

Siri Nørve

Programmet «Forsøksvirksomhet i trygdesektoren»

Evaluering

Prosjektrapport 291
Siri Nørve
Evaluering av forsøksprogrammet
«Forsøksvirksomhet i trygdesektoren»

Emneord: forsøk, trygdeetaten, oppfølging av
sykemeldte, tjenesteutvikling

ISSN 0801-6461
ISBN 82-536-0715-6

300 eks. trykt av
S.E. Thoresen as
Innmat: 100 g Kymultra
Omslag: 200 g Cyclus

© Norges byggforskningsinstitutt 2000

Adr.: Forskningsveien 3 B
Postboks 123 Blindern
0314 OSLO
Tlf.: 22 96 55 55
Faks: 22 69 94 38 og 22 96 55 42

Forord

Programmet "Forsøksvirksomhet i trygdesektoren – 1994-1998" ble iverksatt i 1994 og løper fortsatt. Programmet er nært knyttet til arbeidet med å redusere sykefraværet. Programnotatets tittel var: "Samarbeid mellom trygdeetaten og arbeidslivet for å redusere sykefraværet". Programmet har hatt en årlig ramme på 10 millioner. Programmet er styrt av Sosial – og Helsedepartementet ved Trygdeavdeling og iverksatt gjennom Rikstrygdeverket.

Evalueringsbestillingen

Evalueringen av programmet ble lagt ut på anbud høsten 1995. Den evalueringsmodellen som Sosial- og Helsedepartementet ønsket en evalueringsmodell der det ble lagt relativt stor vekt på egnevalueringer, og der programevalueringen skulle bygge på egnevalueringene. Videre var det ønskelig at evaluator utarbeidet en egnevalueringssmal som måtte kunne tilpasses det enkelte prosjekt eller prosjekttipe, samt at evaluator også burde gi veiledning i forhold til egnevaluering. Det var også poengtert i anbudsinnbydelsen at forsøksprogrammet, ut fra sine mål og delmål, ikke var et program som egnet seg for kontrollerte forsøk i tradisjonell forstand. Det var ønskelig fra departementets side at evalueringsarbeidet ble organisert slik at evaluator (miljøet) hadde en nær og løpende kontakt med programkoordinator i Rikstrygdeverket.

Om vårt arbeid

Programmet har bestått av frittstående forsøk i virksomheter og i offentlige tjenester, initiert av ulike aktører, med ulike tilnærminger og ulik organisering. Den foreliggende rapporten gir en dokumentasjon, oppsummering og evaluering av forsøksprogrammet basert på data og rapporter fra 28 forsøk. Veiledningsarbeidet eller følgearbeidet har vært en stor del av oppdaget. Dette arbeidet er ikke utførlig dokumentert i denne rapporten, men tilbakeført til Rikstrygdeverkets koordinator og programmets styringsgruppe undervegs.

Faglige bidragsytere

NBI ved avdeling for Bolig- miljø- og samfunnsforskning startet evalueringen vinteren 1995/96 ved sosiolog Kjetil Bjørlo og sosialpsykolog Siri Nørve (prosjektleder). Bjørlo gikk senere over i annen stilling, men har fram til sommeren 1999 arbeidet på timebasis for å følge opp de prosjektene der han hadde veiledningsansvaret. Cand. mag. Steinar Østerby har deltatt i drøfting og vurdering av enkelte prosjekter, utarbeid grafer og figurer og bistått ved redigering av rapporten. Sosiolog Tone Alm Andreassen, Arbeidsforskningsinstituttet har vært kvalitetssikrer. En takk til alle for godt arbeid og for å ha stilt opp i diskusjoner om små og stor saker, noe som har vært viktig for prosjektleder i gjennomgangen av et stort og vanskelig materiale. Og en takk til Helene Hannestad som igjen har stått for korrekturlesningen av et omfattende manus.

Men først og fremst må jeg takke alle dem som jeg har samarbeidet med omkring programmet og prosjekter. En takk til Rikstrygdeverkets koordinator, Hilde Furevold for godt samarbeid og diskusjoner og til alle prosjektledere/prosjektarbeidere. Gjennom løpende diskusjoner har de lært meg mye, om tjenesteutøvernes hverdag, om faglige vurderinger og omtjenestenes organisering. De har vist meg et spennende praksisfelt med mange voksne, kreative og idealistiske utøvere.

Det foreligger to publikasjoner fra prosjektet:

Kjetil Bjørlo og Siri Nørve (1996): *Forsøksvirksomhet for å redusere sykefraværet – Forsøk i regi av trygdeetaten*. Et opplegg for felles evalueringskriterier. Byggforsknnotat nr 3

Kjetil Bjørlo (1996): *Oppfølging, attføring og forebyggende arbeid*. En litteraturgjennomgang av tiltak for å redusere sykefraværet. Byggforsknnotat nr.8

Thorbjørn Hansen
Avdelingssjef

Siri Nørve
Prosjektleder

Sammendrag.....	9
1 Bakgrunnen for forsøksprogrammet	16
1.1 Den politiske bakgrunnen - arbeidslinja	16
1.1.1 Attføringsmeldinga	16
1.1.2 Andre sentrale kilder	18
1.2 Endringer og tiltak - Ny arbeidsdeling i feltet	19
Regelendringer	19
Institusjonelle forhold	19
Annet	20
1.3 Trygdens nye rolle.....	20
2 Forsøk som kunnskaps- og endringsstrategi	25
2.1 Forsøksvirksomhet i offentlig politikk.....	25
2.2 Forsøk som omstilling og organisasjonsendring.....	26
2.2.1 Styringsutviklingen og forsøk som virkemiddel.....	26
2.2.2 Forsøk og organisasjonsutvikling	27
2.2.3 Læring gjennom evaluering	29
2.2 Forsøk som kunnskapskilde	31
2.2.1 Eksperimentet.....	31
2.2.2 Stifinnerforsøk	32
2.2.3 Oppsummering – forsøk, evaluering og kunnskap	32
2.3 Evalueringsmodellen og evalueringsbestillingen.....	33
2.3.1 Forholdet mellom prosjekt- og programevaluering	33
2.3.2 Prosjektmodellen.....	34
2.3.2 Fra prosjekt til programevaluering – vår strategi.....	37
3 Evalueringen av programmet – om oppdraget og dets problemstillinger	39
3.1 Bakgrunn for forsøksprogrammet.....	39
3.2 Evalueringsprogrammet – en drøfting av retningen for evalueringen	41
3.2.1 Reduksjon av sykefraværet	42
3.2.2 Helhetlig og samordnet rehabiliterings- og attføringstilbud	43
3.2.3 Bedre livskvalitet	43
3.2.4 Brukerperspektivet.....	44
3.2.5 Økt kompetanse for utviklingsarbeid i trygdeetaten	45
4 En oversikt over forsøksporteføljen	49
4.1 Innledning	49
4.1.1 Inndelingen av prosjekter og kapitler.....	50
4.2 Oversikt over omtale prosjekter	51
4.3 Aktører, arenaer og sentrale ideer	58
4.3.1 Prosjektmakerne og prosjektarenaer	58
4.3.2 Målgruppene	59
4.3.3 Sentrale ideer bak prosjektene	59
4.3.4 Hvem har vært de sentrale prosjektaktører?.....	60
4.3.5 Trekk ved prosjektenes organisasjonsform.....	60
4.3.6 Hvilke oppgaver har trygden fått – hva kan trygden lære?.....	61
Presentasjon av prosjekter – ideer, intervensjoner og erfaringer	63
5 Virksomhetene - arbeidsmiljø og oppfølging av sykmeldte	63
5.1 Innledning	63
5.2 Presentasjon av arbeidsmiljøprosjekter i offentlig virksomhet.....	64
5.2.1 Trøste og bære.....	65
5.2.2 «Reduksjon av sykefraværet gjennom forebyggende tiltak» - Aurskog Høland kommune	68

5.2.3	Medvirkningsprosjektet ved RiT – Husøkonomavdelingen - Sør-Trøndelag fylkestrygdekontor	72
5.3	BedriftsprosjeKter – sykefraværsoppfølging	76
5.3.1	Sykefraværsprosjektet ved Ringnes Gjelleråsen – Akershus fylkestrygdekontor.....	77
5.3.2	Førebygging og oppfølging av arbeidsrelaterte belastningslidinger ved Kværner Leirvik - Fylkestrygdekontoret i Sogn og Fjordane	81
5.3.3	Sykefraværsprosjektet SOT – Rogaland fylkestrygdekontor.....	82
5.4	Oppsummering	84
5.4.1	Endringer er iverksatt.....	84
5.4.2	Hva slags ideer og tilnærminger fant vi?	84
6	Arbeidsgiverkontakt og veiviserrollen	86
6.1	Utviklingen av trygdekontorets arbeid.....	86
6.2	Presentasjon av prosjeKter arbeidsgiverkontakt og veiviserrollen	87
6.2.1	Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Tromsregionen – Fylkes-trygdekontoret i Troms	87
6.2.2	Forebyggende attføringsprosjekt ved Stovner og Furuset trygdekontor - FAPRO.....	90
6.2.3	Ressurscenteret på Sortland – Nordland Fylkestrygdekontor	92
6.2.4	Frisk i Nord-Østerdal - Arbeidslivstjenesten i Hedmark	94
6.2.5	Bedriftsrettet sykefraværsoppfølging – oppfølgingskonsulentene i Østfold ...	95
6.3	Problemforståelse og endringsstrategier	98
6.3.1	Strategier	98
6.3.2	Erfaringer	99
7	Økt kvalitet i den individrettede oppfølgingen.....	100
7.1	Innledning	100
7.2	Presentasjon av prosjeKter.....	100
7.2.1	KOBOKS - Fylkestrygdekontoret i Vestfold.....	100
7.2.2	FASØ – HMS prosjektet 1995/97 - Fylkestrygdekontoret i Hordaland	105
7.2.3	Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane.....	108
7.2.4	Hjelp gjennom samhandling – Ål kommune	112
7.2.5	Trygdekontordelen i andre prosjeKter	113
7.3	Hvilke sentrale prinsipper er prøvd i disse forsøkene?	114
8	Sosial og medisinsk rehabilitering	116
8.1	Innledning	116
8.2	Presentasjon av prosjeKtene	116
8.2.1	Hjerterehabiliteringsprosjektet ved Krokeide yrkesskole - Fylkestrygdekontoret i Hordaland.....	116
8.2.2	Linken – rehabilitering og attføring	119
8.2.3	Høgløkka – Buskerud Fylkestrygdekontor	119
8.2.4	Ringerike-Hallingdalprosjektet – Buskerud Fylkestrygdekontor	120
8.2.5	Buskerud trygdemedisinske kompetansesenter og Buskerud trygdemedisinske poliklinikk	120
8.3	Erfaringer og problemstillinger.....	123
9	Trening som forebygging og rehabilitering	126
9.1	TreningsprosjeKter.....	126
9.2	Trening og resultater. ProsjeKtene	129
9.3	Erfaringer fra prosjeKtene mht. trening.....	135
9.3.1	Hvordan få folk til å trene – og fortsette?	135
9.3.2	Effekter – på trivsel, mestring og sykefraværet	136

10	Aktiv sykmelding.....	139
10.1	Innledning	139
10.2	Presentasjon av prosjekter der aktiv sykemelding -erfaringer inngår	139
10.2.1	Optimalisering av systemet Aktiv Sykmelding - Folkehelsa.....	139
10.3	Aktiv sykmelding som virkemiddel i andre prosjekter	142
10.3.1	Aktiv sykmelding i FAPRO.....	142
10.3.2	Aktiv sykmelding i Medvirkningsprosjektet ved RiT.....	144
10.3.3	Aktiv sykmelding ved Ringnes Gjelleråsen.....	146
10.4	Hva kan vi si om bruk av aktiv sykmelding ut fra porteføljens prosjekter?	146
10.4.1	Om iverksettningserfaringer.....	147
10.4.2	Effekter og resultater.....	148
10.4.3	Hva er målet for aktiv sykmelding?	150
11	Reaktivering av uføre med restarbeidsevne	153
11.1	Innledning	153
11.1.1	Hva vet vi om unge uføre?.....	154
11.1.2	Hva vet vi om attføringsapparatet?	155
11.2	Presentasjon av forsøkene	157
11.3.1	Reaktivering av unge uførepensjonister – Oslo fylkestrygdekontoret.....	158
11.3.2	Unge uføre i arbeid. En modell for utprøving av arbeidskapasitet. Aust-Agder fylkestrygdekontor.....	160
11.3.3	Uførepensjonerte – tilbakeføring til arbeid. Sør-Trøndelag fylkestrygdekontor.....	163
11.4	Problemstillinger ved forsøkene	165
11.4.1	Rekruttering.....	165
11.4.2	Hva slags kurs/støttetiltak?	166
11.4.3	Hva slags arbeidsutprøving?	166
11.4.4	Attføring ”light” i trygdeetaten?	166
Evaluering – effekter, prosessresultater og modeller i sykefraværsoppfølging og iverksetting		169
12	Effekter på sykefraværet.....	169
12.1	Innledning	169
12.2	Sykefraværsstatistikk som effektmål for prosjekter i denne porteføljen	169
12.3	Effekter knyttet til mer omfattende intervensjoner	170
12.4	Hva virker inn på sykefraværet? NHO – LO avtalen.....	175
13	Oppfølging av sykmeldte	179
13.1	Prosessresultater - modeller	179
13.2	Oppfølging av sykmeldte	180
13.2.1	Oppfølging av sykmeldte – en arena med mange aktører.....	180
13.3	Modeller for oppfølging av sykmeldte.....	181
13.3.1	Virksomhetsmodellen - Bedriftsintern avklaring.....	182
13.3.2	Trygdekontormodell 1. Med arbeidsplassen som arena.....	184
13.3.3	Trygdekontormodell 2. Med trygdekontoret som arena	186
13.3.4	Trygdekontormodell 3. Tilbakeføring og rehabilitering som fokus	188
13.3.5	Kommentarer til trekk ved modellene	189
13.4	Hva er den beste modellen?	190
13.4.1	Hva er tidlig oppfølging?	191
13.4.2	Modeller for enhver situasjon	192
13.5	Samarbeid mellom ulike aktører	192
13.6	Medvirkning, utvikling og forankring.....	196
13.6.1	Hvorfor medvirkning?.....	196

13.6.2	Hvordan er medvirkning ivaretatt i forsøkene?	197
14	Erfaringer knyttet til iverksetting av programmet.....	201
14.1	Iverksetting og data	201
14.2	Iverksettingen av forsøksporteføljen.....	202
14.3	Erfaringer knyttet til prosjektorganisering, prosjektstyring, prosjektledelse og forankring	205
14.3.1	Prosjektplanlegging.....	207
14.3.2	Prosjektledelse.....	207
14.3.3	Forankring og eierskap.....	208
14.3.4	Konflikt mellom prosjektarbeid og linjestyring.....	209
14.3.5	Mangler tradisjon for å forankre prosjekter i trygdekontor	210
14.4	Oppsummering av erfaringer knyttet til utviklingsarbeid.....	211
14.5	Prosjektorganisering og friske midler	212
14.6	Hvilke aktører deltar – og hvem andre bør delta i læringen?.....	213
14.7	Søknadsperioden og årsbudsjettering.....	215
15	Avsluttende kommentarer – utfordringer for videre initiering og prosjektutvalg.....	219
15.1	Hva har vi lært av forsøkene?	219
15.2	Hva bør porteføljen legge vekt på framover?	220
15.2.1	Hva slags forsøk skaper mest endring?.....	221
15.2.2	Videreføring av prosjekterfaringer.....	221
15.2.3	Forankring og læringsarenaer	222
15.2.4	Forsøk som anvendt forskning og krav til søknad og søknadsbehandlingen.....	223
	Litteratur.....	224
	Andre kilder	226
	Evalueringsrapporter fra prosjektene	227

Sammendrag

Denne rapporten gir en evaluering av forsøksprogram ”Forsøksvirksomhet i trygdesektoren 1994 – 1998”. Programmet hadde (og har) en årlig ramme på 10 millioner kroner.

Del 1 Bakgrunn

Bakgrunn - Arbeidslinja

Bakgrunnen for programmet handler om bekymringen for avgangen fra arbeidslivet, kostnaden ved sykefraværet og de sammensatte grunner som ligger bak. De gruppene som har vært i fokus for politikktutviklingen på dette feltet har vært personer med muskel- og skjelett-lidelser og lettere psykiatriske diagnoser. Programmet kommer etter at en rekke andre tiltak er iverksatt.

”Arbeidslinja” ble varslet i Attføringsmeldinga (St.meld.nr. 39 1991-92) og la opp til å holde oppe en stor arbeidsstyrke, der personer med redusert arbeidsevne også hadde plass. Dette skulle gjøres gjennom å legge større ansvar og vekt på arbeidsgivers forebygging og oppfølging, gjennom en restrukturering av det offentlige hjelpeapparat og de offentlige virkemidlene. Meldingen reiste tvil om de økonomiske incentivers effekt og ønsket større vekt på faglig hjelp. Ut fra denne strategien ble det opprettet en ny tjeneste, Arbeidslivstjenesten, som skulle være en rådgivingstjeneste rettet mot bedrifter. Yrkesrettet atføring ble overført til arbeidsmarkedsetaten.

Trygdens nye rolle

Trygdeetaten fikk nye oppgaver gjennom sin veiviserrolle. *Veiviserrollen* innebærer å tilrettelegge for bruk av etatens tiltak og virkemidler, være initiativtaker, koordinator og pådriver i en helhetlig rehabiliteringsprosess og gi informasjon om alternative trygdeytelser (St.meld.nr. 39 s. 14). Med veiviserfunksjonen får trygden rollen å gi informasjon og tilrettelegge prosesser, både på individ- og systemnivå. I samme periode endres trygdeetatens organisasjon og arbeidsfordeling gjennom opprettelse av fylkestrygdekontorer.

Forsøksprogrammer på 90-tallet

I tillegg til større strukturelle omlegginger i det offentlige hjelpeapparatet og de offentlige virkemidlene, ble det på 90-tallet iverksatt to ulike ”aksjoner” rettet mot å redusere sykefraværet og frakobling fra arbeidslivet. Det ble opprettet en 3-årig samarbeidsavtale mellom NHO og LO, som skulle arbeide for å få ned sykefraværet innen LO/NHO-området og å få fram tiltak innen det organisatoriske og arbeidsmiljøområdet i bedriftene. Dette samarbeidet mellom partene har fortsatt etter prosjektavslutningen og går i dag under betegnelsen ”Sykefraværspaplyen”. Videre ble det fra 1993-1997 iverksatt et forsøksprogram gjennom Sosial- og helsedepartementet for å *utvikle modeller for behandling og rehabilitering* av personer med diffuse, smertefulle lidelser i bevegelsesapparatet, ”Trygd og rehabilitering”.

Forsøk som endringsstrategi

Forsøk er blitt en sentral strategi for å få til innovasjon og endring i etablerte organisasjoner og for å prøve ut endringer i lite format før det innføres i en større del av en organisasjon. Dette er en gammel tradisjon (jmf. Forsøksrådet for skoleverket). Offentlig virksomhet har gjennomgått en omfattende endring i styringsmåten de siste 15 årene, med økt vekt på rammeloavgivning og rammebevilgninger, noe som har redusert statens muligheter til å påvirke underliggende organisasjoners atferd og prioriteringer gjennom økonomiske incentiver

(gulrøtter). Forsøksvirksomhet er blitt de nye gulrøtter i områder der staten ønsker å påvirke. Statlige forsøkprogrammer trekker opp mål, rammer og prioriteringer og ulike aktører innbys til å gi svar på utfordringen og lokal iverksetting av det foreslåtte tiltaket. Vi ser her forsøksprogrammet "Forsøksvirksomhet i trygdesektoren 1994 - 1998" som et virkemiddel og tilbud overfor trygdesektorene og virksomhetene til å utarbeide nye praksisformer i oppfølgingen av sykmeldte.

Trygdeetatens rolle i forsøksprogrammet

Trygdesektoren har fått "hovedrollen" i forsøksprogrammet gjennom å bli tillagt ansvaret for søknadsbehandling og iverksetting. Rikstrygdeverket har valgt å gi fylkestyregkontorene ansvaret for oppfølging av prosjektene, og Rikstrygdeverket har selv stått for veiledning knyttet til initiering av prosjektsøknader og har hatt den administrative oppfølgingen. Iverksettelsesmodellen er valgt for å trekke fylkestyregkontorene sterkere inn i arbeidet med oppfølging av sykmeldte, og fordi disse kontorene skulle sitte med ressurser og kompetanse til oppfølging av prosjekter i prosjektets geografiske nærhet.

Evaluering

Sosial- og helsedepartementet ønsket en evaluering av programmet (brev av 26.07.95). Prosjektene foretar selv egnevaluering og den eksterne *programevalueringen bygger på prosjektenes egnevalueringene som data*. For å bygge disse to evalueringsnivåene sammen, ble programevaluator også pålagt å gi veiledning i egnevalueringen til det enkelte prosjektet. Et viktig poeng for departementet var at evalueringen skulle være tilpasset de faktiske prosjekter som ble iverksatt og som ville være av typen "stifinnerforsøk". Dette innebærer at programevalueringen måtte utvikles gradvis, parallelt med prosjektene. Videre ønsket departementet at evalueringen kunne si noe om programmets effekter mht. programmets overordnede mål. De ønsket å få svar på hvilke modeller, metoder og samarbeid som synes mest hensiktsmessig i arbeidet med oppfølging av sykmeldte.

Prosjekter, programevaluering og mål

Hvilke mål har vi i programevalueringen valgt å fokusere på? Vi har her sett på programmets mål i relasjon til hvordan vi oppfatter at det er fornuftig å forstå et prosjekt. Vi mener det er fruktbart å ta utgangspunkt i at hvert prosjekt starter ut fra en *teori eller antagelse*, av hva som er problemet og hva de mener som skal til for å løse eller overkomme det påpekte problemet. Her ligger den lokale idéskapingen. De foreslår så et prosjekt, med mål og virkemidler. Ut fra en *strategi* setter prosjektet i gang aktiviteter, f.eks. går på bedriftsbesøk for å informere om aktiv sykmelding eller trygdens virkemidler. Disse aktivitetene skaper ulike *hendelser* i feltet, som at bedriften fremmer ønsker eller etterspørsel etter informasjon og tjenester. Disse hendelsene skaper igjen *prosessresultater*, noe som i dette tilfellet kan være et varig samarbeid mellom ulike tjenester som å få til felles bedriftsbesøk halvårlig. Om dette så fører til at den sykmeldte kommer tidligere tilbake i jobb og fører til et fall i bedriftens sykefravær, *en effekt* (her: avhengig variabel), kan være vanskelig å dokumentere. Effekten kan være vanskelig å dokumentere fordi den evt. ligger langt fram i tid og/eller kan oppstå ut fra kombinasjoner av ulike innsatser.

Dette innebærer at mål av typen "reduksjon av sykefraværet" ikke er like interessant i alle prosjekter fordi deler av prosjektene har mer begrensede mål eller andre resultatmål. Det er også slik at det i mange prosjekter med mål å redusere sykefraværet, ikke foreligger noen god begrunnelse for hvorfor og hvordan den iversatte handlingen skal virke inn på sykefraværet. Ofte vil det være indirekte virkninger av tiltak i en kjede som skal føre til denne effekten.

Oppfølgingsmodeller og kompetanse i utviklingsarbeid

Men alle prosjekter er innrettet mot å skape en aller annen prosess, i en virksomhet eller mellom ulike aktører i hjelpeapparatet og virksomheten, for å drive forebygging og oppfølging. Det vil derfor i programmet foreligge mye empiri om mulige oppfølgingsmodeller, og å trekke ut denne kunnskapen må derfor være et viktig mål for programevalueringen. Forsøkene hadde også som mål å øke kompetansen om utviklingsarbeid i trygdeetaten. Forsøkene var iverksatt gjennom trygden, og trygdens måte å håndtere forsøkene vil derfor kunne gi oss kunnskap om hvordan porteføljen ble ivaretatt som utviklingsarbeid og knyttet til å finne nye praksiser knyttet til veiviserrollen.

Organiseringen av rapporten og stoffutvalg

Vi har valgt å dokumentere det enkelte prosjekt gjennom et resymé. Denne framgangsmåten fører til en omfattende tekst, noe vi har ment har vært rimelig overfor det enkelte prosjektet og for å vise hva programevalueringens drøftinger bygger på: Prosjektenes handlinger og erfaringer er våre data. Vår presentasjonen av alle større utdrag er kvalitetsikret med prosjektleder eller annen sentral prosjektaktør.

Utvalget av stoff er styrt av hva evalueringen legger størst vekt på, oppfølgingsmodeller og organisatoriske erfaringer knyttet til trygdens håndtering av forsøk. Vi har valgt å samle prosjekter med visse likheter i knipper og prøver å trekke sammen prosjekterfaringer kapittelvis. Og som avslutning av rapporten vil tre kapitler oppsummere erfaringer på tvers av kapitler, *effekter på sykefraværet, oppfølgingsmodeller og erfaringer knyttet til iverksetting og håndtering av utviklingsarbeid i trygdens organisasjon.*

For de som ikke vil lese alt, skal det være mulig å få oversikt over alle sentrale erfaringer fra porteføljen ved å lese del 1 og 3, samt *siste hovedpunkt under hvert temakapittel*. Det siste hovedpunktet i hvert kapittel inneholder oppsummeringer, drøftinger og problemstillinger knyttet til de presenterte prosjektene.

Kapittelorganisering

Når vi skal lage en knippevis drøfting av prosjektene, er det flere muligheter for tematisk samling. Vi har her valgt å ta utgangspunkt i *hvilken arena for oppfølging som prosjektene orienterer seg mot* og hvordan de selv organisatorisk er plassert. I en portefølje som dreier seg mye om oppfølging av sykmeldte, må dette kunne være et egnet utgangspunkt for gruppering. Vi kan i hovedsak skille mellom

- Prosjekter som arbeider *i en virksomhet*.
- Prosjekter som arbeider frittstående eller som trygdekontor *mot en virksomhet*.
- Prosjekter som driver individoppfølging eller metodeutvikling knyttet til oppfølgingsamtaler *i trygdekontor*.
- Prosjekter (i trygdekontor) som arbeider mer med andre problemstillinger, som sosial rehabilitering.
- Prosjekter som arbeider med reaktivering av unge uføre.

I tillegg har vi to kapitler som i hovedsak setter fokus på virkemidler i oppfølging- og forebyggingsarbeidet. Et kapittel ser på prosjekter hvor hovedvekten har ligget på *trening* som forebygging og rehabilitering, og et kapittel ser spesifikt på erfaringer knyttet til iverksetting av *aktiv sykmelding*.

Mange prosjekter kombinerer ulike elementer, og det er derfor ikke gitt hvor det enkelte prosjektet skal plasseres i denne analyseplanen. Vi har valgt å legge mest vekt på prosjekter

som arbeider med ulike former for oppfølging av sykmeldte og institusjonelt samarbeid. Det innebærer at prosjekter som legger hovedvekten på trening som forebygging og rehabilitering blir mer skjematisk behandlet. Utvalget er ikke styrt av prosjektenes ”vellykkethet”, med av vår tematiske innretning av programevalueringen, noe vi har gjort rede for under diskusjonene av programmets mål.

I kapittel 4.2 presenterer vi en matrise over alle prosjekter som er referert til i denne rapporten, med prosjektets navn, prosjekteier, driftsperiode og hva prosjektet arbeidet med, i alt 28 prosjekter. I rapporten bruker vi i noen tilfeller kortformer for prosjektet navn og disse forkortelsene er presentert i matrise 4.2

Del 2 Forsøkene

Virksomhetene – arbeidsmiljø og oppfølging av sykmeldte

Vi har her seks prosjekter, der tre legger stor vekt på arbeidsmiljøorientering og tre prosjekter, der hovedvekten ligger på oppfølging og rehabilitering.

Arbeidsgiverkontakt og veiviserrollen

Her behandler vi fem prosjekter som arbeider mot arbeidsgivere for å bidra til bedre oppfølging i bedrift og bedriftsintern attføring. Her ligger trygdens nye roller som veiviser og koordinator i systemet av offentlige hjelpere som retter seg mot virksomheten. Prosjektene handler både om å prøve ut arbeidsmåter i relasjon til andre tjenester og om å utvikle relasjonene mellom virksomhet og trygd.

Økt kvalitet i den individrettede oppfølgingen

Her behandler vi fire prosjekter som arbeider med styrking av oppfølging og bidrag til avklaring av den enkelte klienten. Dette handler om utvikling av nye tilnærminger i klientsaker og utvikling av selve trygdekontorets rolle som oppfølger. Trygden går inn i en ny rolle og *bidrar til avklaringen gjennom en egen oppfølgingssamtale*. Hva trygdekontorene legger i sin nye rolle og etter hvilke prinsipper de utformer den, kan variere. Den nye rollen kan bestå av gruppeinformasjon til den nylig sykmeldte, eller av en individuell avklaringssamtale, der både helse, sosiale forhold og arbeidsplassforhold trekkes inn. Rollen kan også rettes mer inn mot arbeidsplassen og avklaring sammen med arbeidsgiver på arbeidsstedet. Sentralt i dette arbeidet er uansett at det innebærer en utvikling og en kvalitetsmessig styrking av trygdens arbeid knyttet til sykepengeutbetaling.

Sosial og medisinsk rehabilitering

Vi tar her for oss fem og innbyrdes ulike prosjekter. Disse handler om en intensivering og effektivisering av samarbeidet med rehabiliteringsapparatet og å komme over fra rehabilitering til arbeid. Trygden går inn som ekspert og *selekterer personer* som av ulike grunner bør følges opp, utredes, behandles og tilbys aktive tiltak.

Trening som forebygging og rehabilitering

Vi presenterer her 10 prosjekter (eller treningsdelen av prosjekter som allerede har vært gjennomgått) mht. hva disse prosjektene har vært opptatt av, formålet med trening, hva slags trening de har gjennomført og for hvilke grupper av personer. Problemstillingene vi tar opp handler om vilkår som må være til stede for å få folk til å trene, om trening påvirker trivsel og mestring (resultatmål) og ev. derigjennom påvirker sykefraværet. Vi finner flere forsøk som kan vise sammenheng mellom trening og reduksjon av den delen av sykefraværet som kan skyldes belastingsrelaterte lidelser. Metoden som er nyttet er før- og ettermålinger. Men

hvordan få ansatte generelt eller utvalgte grupper til å fortsette å trene? Effekter av trening på sykefraværet blir kortvarige, dersom ikke intervensjonsgruppen fortsetter å trene.

Aktiv sykmelding

Vi presenterer her erfaringer fra iverksetting av aktiv sykmelding i fire prosjekter (tre av dem presentert tidligere). Målet med bruk av aktiv sykmelding er noe forskjellig, men det har vært viktig for mange prosjekter å øke bruken av aktiv sykmelding, noe som har lyktes i relasjon til intervensjonens målgruppe. Dersom aktiv sykmelding skal brukes i relasjon til tidlig oppfølging, ser det ut til at den beste strategien er å innkalle en gitt gruppe uten å gjøre spesifikke vurderinger av det enkelte tilfellet. Den viktigste erfaringen var imidlertid at legen ikke var noen pådriver for aktiv sykmelding og at skal det skje noe, må andre aktører i systemet ta initiativet. Det mest hensiktsmessige synes å være at arbeidsgiver og arbeidstaker lager avtalen og sender den til trygden for rask godkjenning – fire dager uten innvendinger og avtalen er godkjent. En slik bruk av aktiv sykmelding var viktig for arbeidsgivers oppfølging.

Aktiv sykmelding er et virkemiddel som kan tjene mange mål. Vi kan skille mellom to hensikter ved bruk av aktiv sykmelding, at personen beholder kontakten til arbeidsstedet (integrasjon) og at personen prøver ut tilpasset arbeid/arbeidssted, annet arbeid eller egen arbeidskapasitet (tilbakeføring/omskolering). Det går fram av brukerevalueringen og prosjektbeskrivelsen at aktiv sykmelding i prosjektene har vært brukt sosialintegrativt og vært brukt for å komme i gang med aktiv behandling tidlig (trening for ryggpasienter). Det som er minst utprøvd, er å bruke aktiv sykmeldingsperioden til målbevist avklaring og utprøving.

Reaktivering av unge uføre

Vi presenterer her tre forsøk som sikter mot å reaktivere unge uføre. Forsøkene sikter ikke mot dem som kan benytte seg av eksisterende atferingstilbud, men retter seg mot dem som trenger tilrettelagte former med lavere krav enn det som ble tilbudt via arbeidsmarkedsetaten. Med lavere krav menes både lavere tempo, redusert daglig arbeidstid og færre dager pr. uke. Det er snakk om et lavterskeltilbud, og innholdet av disse prosjektene har derfor fellestrekk med prosjekter knyttet sosial og medisinsk rehabilitering, som arbeidet med å komme over fra ferdig behandlet til arbeid (for hjertepasienter og psykiatriske pasienter).

Prosjektene som retter seg mot unge uføre, har en relativt lik oppbygging, med en motiverende kursdel fulgt opp av arbeidsutprøving i bedrift. Et sentralt punkt i alle prosjekter var hvordan en skulle finne fram til de aktuelle unge uføre, de som både hadde helse og lyst til igjen å prøve seg i arbeidslivet. Forsøkene peker her både mot trygdekontorets personkunnskap og om åpne strategier slik at de som er interessert melder seg etter hvert. En annen viktig problemstilling er hvilken etat som har ressurser, metoder og prioriterer å gi unge uføre den tette oppfølgingen som de syntes å trenge under arbeidsutprøving og i en eventuell overgang til yrkesmessig atfering.

Del 3 Evaluering

Effekter på sykefraværet

Det har i prosjektene vært store problemer med å måle endringer i sykefraværet for mer omfattende intervensjoner, og det har vært problemer med å finne komparativ statistikk for bedrifter så vel som for kommuner. Mange av prosjektene hadde lagt opp en strategi for hvordan de skulle måle effekt på sykefraværet. De oppdaget imidlertid fort at forutsetningene ikke var til stede. Alle bedrifter er pålagt å føre statistikk, men ikke alle gjorde det.

Statistikken var ikke utformet slik at den kunne måle fraværsendringer for utvalgte grupper, f.eks. avdelinger i en virksomhet, og i tillegg var statistikken ufullstendig eller galt ført.

Det ble videre pekt på at når prosjektene arbeidet i virksomhetene, måtte de ofte begynne med å rette opp og bedre statistikkføringen, og dette kunne i seg selv føre til at sykefraværet endret seg som resultat av bedre registrering.

Vi diskuterer i dette kapitlet effekter på sykefraværet i fem prosjekter. Vi kan sannsynliggjøre effekter i tre store forsøk, og det synes å være slik at effekten kommer i virksomheter/prosjekter der det er satt inn tiltak på flere områder, og dette er i tråd med evaluering av sykefraværsprosjektet mellom NHO og LO (Andersen 1994).

Oppfølging av sykmeldte

Vi peker her på at oppfølging av sykmeldte er en arena med mange aktører og at det går an å skille ut ulike oppfølgingsarenaer. Vi skiller her mellom

- Virksomhetsmodellen der oppfølging skjer på *arbeidsplassen*.
- Trygdekontormodell 1 der trygdekontoret driver *arbeidsplassrelatert* oppfølging ev. i samarbeid med andre aktører i hjelpapparatet.
- Trygdekontormodell 2 der *trygdekontoret* blir den viktige oppfølgingsarenaen og
- Trygdekontormodell 3 der oppfølgingen av sykmeldte ikke er problemet, men å overkomme andre hindringer enten knyttet til utredning, rehabilitering eller å komme over fra rehabilitering til arbeid.

Hva er den beste modellen? Når vi skal diskutere modellens egnethet, må vi differensiere ut fra *hvilket problem og situasjon en står overfor*. Vi peker på at for å få til tidlig oppfølging, er virksomhetsmodellen den modellen der en kan komme inn virkelig tidlig gjennom godt arbeidsmiljøarbeid og god personalomsorg. Handler det om kompetente bedrifter, blir virksomhetsmodellen den beste. Er virksomhetene mindre kompetente, men motiverte, er Trygdekontormodell 1 godt egnet, men hjelp på arbeidstedet både knyttet til individuelle saker og til mer generelle spørsmål. Er virksomheten verken kompetent eller motivert, er det ikke mye trygden kan gjøre i relasjon til bedriften, og da blir Trygdekontormodell 2 den viktige, med hjelp til avklaring og planlegging for klienten.

Det vi her peker på er at trygdekontoret i sin oppfølging må arbeide differensiert. På denne bakgrunn er mange av de utprøvde arbeidsmåtene aktuelle for virksomhetene og for trygdekontorene, men ikke som generelle modeller.

Trygden skal koordinere i oppfølgingsprosessen og har et pådriveransvar. Hva ser ut til å være gode og mindre gode samarbeidspartnere? Vi finner her at samarbeidet både med Arbeidslivstjenesten og bedriftshelsetjenester går bra og at partene opplever at de utfyller hverandre. Flere prosjekter opplever at de har vært døråpner for bedriftshelsetjenester, som ofte opplever ikke å bli bestilt til eller trukket inn i oppgaver de mener er viktige. Almenlegene er samarbeidets Akilleshæl. Legenes praksis og deltakelse i prosjekter var problematisk i relasjon til den rolle de er tiltenkt i oppfølgingssystemet.

Erfaringer knyttet til iverksetting av porteføljen

Vi fant at fylkestygdekontorene og trygdekontorene forholder seg administrativt til sitt prosjekteierskap. Prosjektene ble delegert til prosjektleder og prosjektgruppen, og det var lite involvering, verken på godt eller vondt, overfor prosjektet. Prosjektleder manglet tilrettelegging og hjelp der det var nødvendig, og det ble ikke lagt til rette for organisatorisk

læring i trygde- eller fylkestrygdekontor (der prosjektdesignet innbød til dette). Dette handler ikke om at trygdens organisasjon nødvendigvis var uinteressert i forsøkene, men at forsøksporteføljen, som forsøksarbeid, manglet forankring i trygdeetaten. Det innebar at forankring og motivering og ev. prosessstilrettelegging ikke fant sted fra fylkestrygdekontoret (som prosjekteier og forsøksansvarlig). Det synes som om fylkestrygdekontorene har forstått forsøksarbeid som vitenskapelige eksperimenter og utelukkende som en kunnskapsstrategi. Å få til endring i praksisformer under vegs, uten vedtak i Rikstrygdeverket, syntes å være en fremmed tanke i flere fylkestrygdekontorer. Vi fant også at arbeidsformer for å forankre prosjekter i trygdekontor, som deltakelse og medvirkning, var lite utbredt.

Videre fant vi at forsøksarbeidet kunne komme i konflikt med styringen av arbeidet i linjen ved at måloppnåelse knyttet til styringsindikatorer ikke kunne frafalles i forsøksområdet i forsøksperioden.

Veier videre

Vi har pekt på at dersom forsøksprogrammet arbeider ut fra en forsøksforståelse, der en viktig side ved forsøk er å få til endring, vil et viktig spørsmål være hva slags forsøk som skaper mest endring og hvilke felt av aktører som synes å være mest interessante. Vi vil tro at det er viktig og nyttig å prioritere sammensatte prosjekter som involverer mange grupper av aktører, der samarbeid og samhandling på tvers av fag og etater står sentralt. En forsøksportefølje kan gi nye muligheter til å prøve ut nye handlinger eller handlinger som er for ressurskrevende til at de normalt inngår i hjelpeapparatets eller virksomhetens daglige repertoar. En forsøksportefølje kan også ta sjanser, forsøk kan være mislykkede og – lærerike. Videre peker vi på forsøk som er gjennomført og som kan være interessante å følge opp.

Men like viktig framover må det være å få til en bedre forankring av porteføljen som endringsarbeid i fylkestrygdekontorene, og å legge til rette for felles læringsarenaer mellom Rikstrygdeverket, fylkestrygdekontorene og prosjektene. Rikstrygdeverket bør også revurdere selve iverksettelsesmodellen, og vurdere et mer delt fagansvar mellom Rikstrygdeverket og fylkestrygdekontorene og en tettere/bredere kobling mellom etatens ulike aktører knyttet til oppfølging av sykmeldte og endringsarbeid. Trygdeetaten har også andre forsøkserfaringer som ikke er blitt tilstrekkelig oppsummert og som kan nyttes i det videre arbeidet (Stønadsfaglig utviklingsprosjekt).

Del 1

1 Bakgrunnen for forsøksprogrammet

Når myndighetene vedtar å iverksette et omfattende forsøksprogram som "Forsøksvirksomhet i trygdesektoren 1994 – 1998" med en årlig ramme på 10 millioner kroner, er dette ikke noe frittstående og historieløst prosjekt. Iverksettelsen av programmet må sees på bakgrunn av problemstillinger, styrings- og arbeidsmåter innen offentlig sektor og erfaringer fra andre omfattende tiltak som tidligere er prøvd ut. Vi vil her kort trekke noen linjer. I store trekk handler offentlig politikk om "Arbeidslinja", hva den innebærer for politikken innen ulike politikksegmenter og for trygden: Hva den innebærer mht. endringer i praksis og arbeidsmåter.

1.1 Den politiske bakgrunnen - arbeidslinja

Bakgrunnen for forsøksprogrammet finner vi spesielt i Attføringsmeldinga, og den samme tenkning og bekymring framkommer i en rekke andre offentlige dokumenter fra samme perioden.

1.1.1 Attføringsmeldinga

Attføringsmeldinga (St.meld.nr. 39 1991-92) hadde som utgangspunkt at sykelønnsordningen var under press. Sykefraværet økte og også tilgangen til uførepensjon. Perioden var preget av stor arbeidsledighet, noe som igjen påvirket tilgangen til attføringspenger og uførepensjon, samt gjorde det vanskeligere å arbeide for yrkeshemmedes muligheter i arbeidsmarkedet.

Det sentrale i Attføringsmeldinga var lansering av "Arbeidslinja". Arbeidslinja er først og fremst samfunnsøkonomisk motivert. Det heter i kap. 1.2.1: "Det er uheldig bruk av individets ressurser og av samfunnets ressurser at en økende andel av befolkningen i yrkesaktiv alder settes utenfor arbeidsmarkedet på mer eller mindre permanente trygdeordninger. Svært mange av f.eks. de uførepensjonerte har både kompetanse og arbeidsevne som det både individuelt og samfunnsmessig er verdifullt å ta i bruk. Fra et samfunnsøkonomisk synspunkt er det også grenser for hvor stor del av arbeidsstyrken som kan overføres på passive trygdeytelser eller andre overføringer før byrden for de yrkesaktive blir for stor. Det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt å styrke innsatsen for å føre personer tilbake til eller inn i arbeidslivet." (s. 8). Meldingen argumenterer for å sikre velferden gjennom å holde oppe en så stor arbeidsstyrke som mulig. En stor arbeidsstyrke sikrer en stor produksjon og slik finansieringen av våre velferdsytelser.

Men arbeidslinja tjener flere formål. Det er også et fordelingspolitisk mål å holde mange i arbeid. Velferdsmeldinga argumenterer for målet om arbeid for alle, som viktig også i en sosial utjevningpolitikk. Sosiale forskjeller oppstår ved at noen står utenfor lønnsarbeidet som ledige og trygdede (St.meld.nr. 35 1994-95). Dette poenget lå også i Likestillingsmeldinga¹ (St.meld.nr. 70 1991-92). Arbeidslinja er også den sentrale strategien i

¹ En hovedlinje i likestillingspolitikken (se St.meld nr. 70, 1991-92), er at kvinner og menn skal få like muligheter i arbeidsmarkedet. Søkelyset rettes i meldingen spesielt mot lønnsnivået for kvinner og

fordelingspolitikken. Fordelingen av goder skjer primært i markedet. Ambisjonen om å drive utjevning mellom de yrkesaktive og de som ikke deltar i arbeidsmarkedet synes å være nedtonet. Arbeidslinja blir viktig for å opprettholde en stor arbeidsstyrke og en stor produksjon til fordeling, og gjennom de manges deltakelse i markedet oppnå fordelingspolitiske mål.

Hindre utgåing fra arbeidsstyrken – en oppgave for flere aktører

Den beste velferdspolitikken går slik gjennom å holde mange i arbeid. Dette peker mot to prosesser:

- Det å føre personer inn i arbeidsstyrken (sysselsettingsperspektivet).
- Det å hindre utgangen fra arbeidsstyrken (attføringsperspektivet).

Det er i attføringsperspektivet at trygdens oppgave ligger. Den handler om å ta fatt i det bekymringsfulle langtidsfraværet (her: over 8 uker). Dette fraværet ser en som inngangsporten til en mer permanent trygdetilværelse (Attføringsmeldinga s. 13).

Det samfunnsøkonomiske problemet ligger i overgangen til varige trygdeytelser. I meldinga heter det: *"I tillegg til selve utformingen av trygdeordningene, må problemet angripes på en rekke fronter og med ulike tilnærminger. Det krever at en mobiliserer alle parter i samfunnet som kan bidra til å demme opp for eller snu den negative utviklingen. Det er vesentlig at arbeidslivets parter også tar ansvar. Det må unngås at problemene knyttet til utstøting og utestenging oppfattes som et rent offentlig ansvar. De viktigste ressursene for å hindre utstøting, gjennom mulighetene for forebygging og tidlig intervensjon, ligger i arbeidslivet. En styrking av det forebyggende og attførende arbeidet i virksomhetene, dvs. før personen er glidd ut av arbeidsforholdet, anses som avgjørende for å kunne stabilisere antallet personer på langvarige kontantytelser."* (ibid:9)

Arbeidsplassen som endringsarena

Politikken peker på at arbeidslivet er problem- og sykdomsskapende, og at arbeidsplassrelaterte forhold er årsak eller utløsende faktor ved frakobling fra arbeidslivet. Derfor heter det i Attføringsmeldinga at en bør legge større vekt på arbeidslivspolitikken. I en arbeidslivspolitikken må sysselsettings- og arbeidsmarkedspolitikken i større grad ses i sammenheng med kvalitative aspekter ved arbeidslivet, arbeidsmiljøpolitikken og bedriftenes bestrebelse på å ivareta sin arbeidskraft (s. 70, spalte 1): *"Presset på pensjonssystemene, kombinert med endringen i størrelsen på og sammensetningen av arbeidsstyrken, kan peke i retning av en økende vektlegging av arbeidsmiljøtiltak og tiltak for å holde på arbeidstakere i arbeidslivet."* Meldinga ønsker å styrke arbeidsgiveransvaret.

Organiseringen av hjelpeapparatet

Attføringsmeldinga peker på at attføringsapparatet ikke fungerer godt nok og peker på manglende ressurser, organisatoriske forhold og dårlig samordning av tiltak. For å sikre effektiv bruk av nye midler som tilføres, ønsket en først å gjennomføre en organisatorisk endring i hjelpeapparatet. Gjennom en organisatorisk endring ville en få til en klarere funksjons- og arbeidsfordeling mellom trygde- og arbeidsmarkedsetaten. En valgte å overføre hovedansvaret for yrkesrettet attføring til arbeidsmarkedsetaten, og å overføre de økonomiske

lønnsdiskriminering. Lønnsdiskriminering av kvinner er klart i strid med likebehandlingsprinsippet. Lønn er viktig for kvinner fordi den er viktig for *kvinnens levekår*. (Min utheving.) En likelønnspolitikk er derfor viktig for å utjevne levekår i Norge. Likestillingspolitikk fortolkes i denne meldinga som velferdspolitikken: Kvinnens velferd skal bedres gjennom hennes bedre posisjon i markedet.

virkemidlene innen yrkesrettet attføring til samme etat. Begrunnelsen var at arbeidsmarkedsetaten hadde større tradisjon og kompetanse i å arbeide tiltaksrettet.

Fra insentivpolitikk til veiledning

Statens økonomiske støtteordninger til attføring bidrar i følge meldingen til en for ensidig fokusering på statens økonomiske bistand. Det ble også reist tvil om effekten av de økonomiske virkemidler, og påpekt at utformingen av disse var slik at det var de største og sterkeste bedriftene som kunne gjøre seg nytte av dem (mønsteravtalene). Meldingen reiste derfor tvil om de økonomiske virkemidlene hadde den ønskede effekten på tidlig inngripen og selvaktivisering i bedriftslivet. For å få større måloppnåelse foreslo meldingen å legge større vekt på faglig framfor økonomisk bistand fra det offentlige.

1.1.2 Andre sentrale kilder

Statsbudsjettet for 1991 (St.prp.nr. 1 1990-91) tar også opp problematikken om det å demme opp tilgangen på nye uførepensjonister. Det foreslås en rekke ulike tiltak i statsbudsjettet. Disse tiltakene kan deles i to typer:

- Kontrolltiltak, m.a. kontroll av legers sykemeldingspraksis gjennom styring av den medisinske kompetansen i Rikstrygdeverket
- Styring av attføringen, gjennom bedre oppfølgings- og attføringstilbud

Temaet følges opp i Statsbudsjettet for 1992 (St.prp.nr. 1 1991-92). Regjeringen tar her utgangspunkt i at utgiftene til uførhet og attføring har hatt den største relative veksten innen folketrygdens utgifter i perioden 1982 til 1990. Veksten i denne delen av budsjettet har vært på 65 prosent målt i faste priser. Veksten i antallet uførepensjonister har vært den viktigste forklaringsfaktoren. Det vises videre til muskel- og skjelettlidelsenes betydning for veksten til uførepensjonen og for økningen i sykefraværet.

I Statsbudsjettet for 1992 foreslås det ulike tiltak for å møte denne utviklingen. En foreslår her et forsøksprogram for å *utvikle modeller for behandling og rehabilitering* av personer med diffuse, smertefulle lidelser i bevegelsesapparatet. Dette forsøksprogrammet ble iverksatt gjennom Sosial- og helsedepartementet, og programmet fikk betegnelsen “Trygd og rehabilitering”. Dette programmet kommer vi tilbake til.

Samtidig tar budsjettproposisjonene opp et poeng fra NOU 1990:23 Sykelønnsordningen. Her hevdes det at det lett oppstår press i retning av å behandle sosiale og økonomiske problemer som sykdom i trygdemessig sammenheng. Sykelønnsutvalget konkluderte med at det er grunn til å gå kritisk gjennom sykdomsbegrepet med sikte på å trekke opp klare grenselinjer. Den samme holdningen finner vi i andre offentlig-politiske dokumenter, som i Forebyggingsmeldingen (St.meld.nr. 37 1992-93). Her hevdes det at det kan være grunn til å betrakte muskel- og skjelettlidelser mer som et samfunnsproblem enn som et medisinsk problem, og at en slik erkjennelse vil være viktig i forhold til det helsefremmende og forebyggende arbeidet (St.meld.nr. 37, s. 31).

Oppsummering

Vi ser at det i offentlig politikk omkring 1990-92 er stor bekymring for avgangen fra arbeidslivet og de sammensatte årsaker som ligger bak. Den gruppen som er i fokus for politikktutviklingen, er de diagnosegruppene der veksten i sykefraværet er størst, samtidig som

de rekrutterer til uføretrygden. Dette dreier seg om personer med muskel- og skjelettdiagnoser og lettere psykiatriske diagnoser.

I disse dokumentene ligger det to grunntanker. Den ene handler om årsaker til avgangen og at avgangen må møtes på *arbeidsplassen* gjennom forebygging og tilrettelegging. Staten er i sin politikk avhengig av at en annen part (virksomhetene) foretar handlinger som stabiliserer arbeidsstyrken. Politikken peker her på oppfølging av arbeidstakere og tilrettelegging/arbeidsmiljøtiltak. Men det har ikke vist seg enkelt å få til. Trygdesystemet er utformet på en måte som ikke konfronterer bedriftene med kostnadene ved langtidsfraværet. Ved omlegging og reduksjoner i virksomheter skyves ansatte ut av arbeidsstyrken og kostnadene over på staten ved trygden gjennom personalpolitiske strategier.

Den andre bekymringen handler om *sykdomsbegrepet* og varsler innskjerpingen av definisjonen av sykdom, samt styrking av kontrollen av sykemeldinger.

1.2 Endringer og tiltak - Ny arbeidsdeling i feltet

Vi fikk denne perioden en vesentlig omlegging i politikken på området, både med hensyn til institusjonelle forhold, arbeidsdelingen i hjelpeapparatet og i trygdens policy, regler og virkemidler. Vi vil her skissere noen hovedtrekk.

Regelendringer

Det ble ved lov av 14. juni 1991 innført en innstramming i de medisinske vilkårene for uførepensjon. Lovendringen legger vekt på at sykdom, skade eller lyte skal være en vesentlig grunn til nedsatt arbeidsevne. Sykdom, skade og lyte skal videre knyttes til et sykdomsbegrep som er vitenskapelig basert og alminnelig anerkjent i medisinsk praksis.

Institusjonelle forhold

Samling av attføringen i arbeidsmarkedsetaten

For å iverksette arbeidslinja, ble det i 1994 foretatt en omlegging av attføringssektoren. Et hovedpunkt er at den yrkesmessige attføringen ble samlet i Arbeidsmarkedsetaten fordi en samling i arbeidsmarkedsetaten var fordelaktig, både fordi etaten hadde et nærmere forhold til arbeidsgiverne, men også fordi en antok at arbeidsmarkedsetaten hadde en sterkere tiltaksorientering. Samtidig fikk etaten tilført nye ressurser til attføringsfeltet. Trygdens rolle i yrkesrettet attføring ble nå å informere om attføringsmulighetene og å oppmuntre personer med yrkeshemninger til å prøve aktive og yrkesrettede tiltak. Og overfor arbeidsgiverne å informere om trygdens virkemidler og veivise overfor andre etater.

Arbeidslivstjenesten

Attføringsmeldingen hadde også lansert en ny tjeneste "Arbeidslivstjenesten". Dette skulle være en bedriftsrettet rådgivningstjeneste. Målet for tjenesten var å "motvirke fravær og frafall i arbeidslivet" og bidra til tidlig intervensjon i prosesser som kunne føre til helsesvekkelse og frakobling fra arbeidslivet. Tjenesten skulle bidra til å ansvarliggjøre arbeidsgiverne, som i følge arbeidsmiljøloven har ansvaret for å sikre bedriftens arbeidsmiljø og for å ivareta yrkeshemmede arbeidstakere. Den skulle også bidra til å skape ryddigere

samarbeidsforhold mellom instansene som er involvert i arbeidsmiljø- og attføringsarbeidet. Tjenesten bygger på veiledning og rådgivning og ble iverksatt i 1994 (Alm Andreassen 1997, Torvatn og Arnfelt 1999).

Fylkestrygdekontorene

Samtidig skjer det andre omlegginger i trygdeetaten. Trygdeetaten omdannes i 1990-91 til et direktorat, med fylkeskontorene som et nytt organisasjonsledd. På bakgrunn av Nordbomutvalgets innstilling ble det opprettet fylkestrygdekontorer med to enheter, en som skulle ta seg av trygdefaglig oppfølging overfor trygdekontorene og en avdeling som skulle være en motor i utviklingsarbeidet i etaten, både mht. til personal- og organisasjonsutvikling ("Støtte og styringsorganer i trygdeetaten" 1988:11). Det er spesielt det administrative utviklingsarbeidet vis a vis trygdekontorene som fylkeskontorene skal dekke.

Fylkestrygdekontorene ble opprettet, men delegasjonen til trygdekontorene ble mindre omfattende enn foreslått av Nordbomutvalget, med den følge at de nye fylkestrygdekontorene fikk mer saksbehandlerarbeid enn utvalget hadde tiltenkt dem. Med fylkestrygdekontorene blir trygdens arbeid regionalisert og arbeidsdelingen mellom nivåene endret. Fylkeskontorene får et ansvar for utviklingsarbeid og tilført ressurser for å løse slike oppgaver. Det opprettes ingen tilsvarende enhet i Rikstrygdeverket.

Annet

Samarbeidsavtalen NHO-LO

Regjeringen Syse la i 1989 fram et forslag om å redusere dekningsgraden i sykestrygden til 90 prosent og å utvide arbeidsgiverperioden fra 2 til 3 uker. For å unngå en endring i den eksisterende sykelønnsordningen (av 1978) inngikk LO og NHO en 3-årig avtale for å redusere sykefraværet. Avtalen innebar at organisasjonene innen 1/1-1991 forpliktet seg til å etablere en organisasjon som på landsbasis skulle arbeide for å få ned sykefraværet innen LO/NHO-området innen utgangen av 1993, og målet ble satt til 20 prosent reduksjon i løpet av avtaleperioden (1991-93). De landsdekkende organisasjonene skulle prøve å få fram tiltak innen det organisatoriske og arbeidsmiljøområdet i bedriftene. Samtidig forutsatte denne avtalen at staten på sin side gjennom arbeidstilsynet prioriterte bedrifter med høyt sykefravær og særlig i offentlige virksomheter, samt at staten prioriterte tiltak for å styrke bedriftsintern attføring og tiltak for å korte ned ventetiden for behandling i sykehus. Ved prosjektets avslutning avtalte partene å fortsette samarbeidet knyttet til å senke sykefraværet, et samarbeid som i dag er kjent under betegnelsen "Sykefraværspaplyen".

1.3 Trygdens nye rolle

Trygden skal fortsatt sikre at borgernes rettigheter blir ivaretatt gjennom sin saksbehandling. Men gjennom reformen blir trygden tildelt nye mål og oppgaver. Trygden skal i relasjon til arbeidslinja, *intervenere i utstøtingen av arbeidslivet*, og hindre at personer unødvendig går ut av arbeidsstyrken. Dette er ikke skissert som en oppgave for offentlige tjenester alene. Dessuten eksisterer det allerede en rekke tjenester innrettet mot den syke og forhold ved arbeidsplassen, som helsetjenestene, arbeidstilsynet og arbeidsmarkedsetaten. Trygdekontoret skulle ikke overta andre etaters oppgaver og heller ikke arbeidsgivers oppgaver og ansvar. Men trygdekontoret skal bidra med informasjon og være koordinator og pådriver overfor andre aktører og samarbeidspartnere. Trygden fikk en systemkoordinerende oppgave,

veiviserrollen, i tillegg til en mer aktiv rolle i oppfølgingen av den enkelte. Trygden skal løse ulike oppgavetyper og styre mot flere mål og mer sammensatte mål enn tidligere.

Ut fra denne bakgrunnen har trygden selv skilt mellom og beskrevet tre roller: *portvokterrollen, veiviserrollen og forebyggerrollen*. (Oppfølging av sykmeldte. Handlingsplan 1. I noen kilder opererer en bare med to roller, der forebyggerrollen ikke er gjort eksplisitt.)

Portvokterrollen består i å kontrollere vilkår for sykmelding og fatte riktige vedtak. Dette har alltid vært en sentral aktivitet ut fra trygdens mål om å sikre individuelle rettigheter og likebehandle like tilfeller. Portvokterrollen ligger i prosessen å registrere og godkjenne sykmeldinger.

Veiviserrollen innebærer å tilrettelegge for bruk av etatens tiltak og virkemidler, være initiativtaker, koordinator og pådriver i en helhetlig rehabiliteringsprosess og gi informasjon om alternative trygdeytelser (alternative virkemidler i trygden). Det er denne rollen som skal oppprioriteres (St.meld.nr. 39, s. 14). Med veiviserfunksjonen får trygden rollen å gi informasjon og tilrettelegge prosesser, både på individ- og systemnivå. Overfor den sykmeldte er det viktig å motivere, samt gi informasjon om alternativer. For den som er i jobb er tiltak, forebygging og tilrettelegging på arbeidsplassen viktig, samt å få en helhet i rehabiliteringsarbeidet.

Forebyggerrollen består i å påvirke leger og arbeidsgivere til å tenke aktiv motivering og jobbtilpasning, for at færrest mulig yrkesaktive blir sykmeldte, og i tilfelle over så kort tidsrom som mulig. Trygdeetaten kan bare i begrenset grad drive forebygging. Men trygdekontoret kan bidra med informasjon, skape dialog om muligheter og perspektiver, og være koordinator og pådriver overfor andre aktører og samarbeidspartnere (Oppfølging av sykmeldte. Handlingsplan 1, s. 4-5).

Oppfølging av sykmeldte

Det er påpekt at oppfølgingsbegrepet ikke er endelig eller omforent definert. Og forståelsen og aktiviteter knyttet til oppfølging av sykmeldte har følgelig vært i utvikling og endring. Vi vil her forstå oppfølging av sykmeldte som alt arbeid som skjer med den sykmeldte, med unntak av grunnlagsfastsettelse og utbetaling (se Rikstrygdeverket-rapport 2/97). Det innebærer at oppfølgingsarbeidet er alt arbeid som er knyttet til sykepengerutinen og til å skape en systematisk handlingsplan for å etablere gode samarbeidsaktiviteter overfor den sykmeldte og samarbeidspartene. Til oppfølging ligger både gamle og nye aktiviteter, både kontroll av vilkårene og sykmeldinger og å veilede. Oppfølging av sykmeldte er slik en blanding av kontroll og veiledning, dvs. trygden aktiverer både portvokter- og veiviserrollen.

For å følge opp sine oppgaver i relasjon til arbeidslinja, legges det opp to hovedstrategier for trygden:

- Oppfølging av sykmeldte, som er arbeidet knyttet til individuelle saker.
- Systemsamarbeid med ulike parter.

Tidlig oppfølging

Trygden satser strategisk på *tidlig oppfølging* av den sykemeldte ut fra den erfaring at det eksisterer en statistikk om samvariasjon mellom lange sykmeldingsforløp og avgang til

uføretrygd (Attføringsmeldingen, s. 76). Poenget i Attføringsmeldingen er at trygdeetaten aktivt skal ta stilling til behovet for sykmelding og om personene er arbeidsuføre pga. sykdom, skade eller lyte. Det er videre viktig at trygdekontoret vurderer behovet for aktiv oppfølging i form av opptrening, medisinsk rehabilitering og/eller yrkesrettede tiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig. Det er trygden som kjenner den enkelte arbeidstakers fraværsmønster og er derfor den instans som også kan presse på arbeidsgiver for å få til bedriftsintern attføring.

Det skal foretas en nærmere gjennomgang av alle saker der en arbeidstaker er sykmeldt over 8 uker, og det ble innført et nytt strategisk punkt i prosessen, 12 ukers vedtaket. Ved 12 uker skal trygdekontoret fatte vedtak i sykepengesaker. Vedtaket bygger på den behandlende leges medisinske vurdering, vurdering av mulige tiltak på arbeidsplassen og vurdering fra trygdekontorets lege.

Det legges også en selvstendig vekt på innkalling og samtale med den sykmeldte, og denne samtalen regnes av trygdekontoret som et vesentlig bidrag til oppfølgingen. Denne (første) samtalen knyttes til et tidspunkt etter to uker og før 12 ukers vedtaket skal fattes.

Systemsamarbeid

Attføringsmeldingen peker mot arbeidsplassen som den viktige arenaen og arbeidsgiver som den viktige aktøren. Videre ønsker en å utvikle offentlige virkemidler av typen kunnskap og støtte mot arbeidsgivere og en bedre koordinering av det offentlige hjelpeapparatet mot arbeidsplassen. For trygden innebærer dette å finne sin plass i dette samarbeidet. Dette innebærer å koordinere inn mot individuelle saker, og det handler om å arbeide mot ulike aktører, i hovedsak med informasjon om trygdens virkemidler og muligheter. I 1988 ble det opprettet basisgrupper som et rådgivende samarbeidsorgan for attføringsarbeid mellom trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten. En annen etablert arena har vært virksomhetenes attføringsutvalg. Samarbeid på systemnivå har tradisjonelt vært informasjonsmøter overfor leger. Ut fra en arbeidsplassorientert oppfølgingspolitikk blir det andre aktører som kommer i fokus. Arbeidsgiverkontakt blir viktig, og i samarbeidet mot arbeidsplassen blir den nyopprettede Arbeidslivstjenesten en sentral aktør i det samme feltet.

Nye virkemidler

Det viktigste nye virkemiddelet knyttet til oppfølging av sykmeldte og nye roller for trygden, har vært Aktiv sykmelding. Det innebærer at det gjøres avtale med den sykmeldte arbeidstakeren om aktiviteter på arbeidsplassen innenfor en periode på 12 uker. Aktiv sykmelding er et virkemiddel som kan ses både som individ- og systemorientert. For individet skal aktivitet på arbeidsplassen bidra til at den sykmeldte ikke mister sosial kontakt og integrasjon i sin arbeidsorganisasjon. Og det er viktig å gå over fra passive til aktive tiltak (innebærer ofte overgang fra fysioterapi til trening). Videre gir aktiv sykmelding perioden muligheter for ulike typer opplegg, fra utprøving av arbeidskapasitet, hospitering og utprøving av nye oppgaver. Aktiv sykmelding gir slik gode bedriftsinterne attføringsmuligheter i sykepengeperioden.

Aktiv sykmelding kan på den annen side brukes systemorientert. Ved å ha et tiltak å tilby virksomheten, kan trygden komme i dialog og derigjennom informere om ordninger og tilby og fremme bruk av andre tiltak, f.eks. attføringsutvalg. Gjennom dialogen kan trygden også ivareta sin veiviserrolle, å informere og vise til andre tjenesteutøvere og tjenester.

Av andre tiltak rettet mot oppfølgingsarbeidet må vi nevne to endringer i Lov om Folketrygd. Det ble innført plikt for arbeidsgivere til å føre statistikk over sykefraværet og på en slik måte at statistikken kan være nyttig i oppfølgingsarbeidet, f.eks. at en kan bruke statistikk til å prøve og belyse virkningene på sykefraværet av igangsatte tiltak. Videre ble trygdekontorene gitt mulighet til å pålegge arbeidsgiver å redegjøre for mulighetene til tilrettelegging på arbeidsplassen for den sykmeldte.

En utfordring for trygden - tjenesteutvikling

Det het i Attføringsmeldingen at attføringspolitikken skulle legge mindre vekt på styring gjennom økonomiske insentiver og legge større vekt på utvikling av tjenester. Iverksettingen av politikken førte til opprettingen av en ny tjeneste, Arbeidslivstjenesten og forventinger om at *trygden skulle utvikle nye tjenester*, knyttet mot arbeidsgiver som informasjon, overfor ulike aktører i tjenesteapparatet gjennom koordinering og overfor den sykmeldte gjennom samtaler og veiledning (oppfølging).

Ser vi på tjenesten overfor arbeidsgiver fra arbeidsmarkedsetaten, ble det opprettet en ny tjeneste for å ivareta oppgaven. *Trygden skulle derimot utvikle nye tjenester i sitt ordinære apparat*. Trygdekontorene ble i perioden 1993-95 tilført 100 ekstra stillingshjemler som skulle knyttes til arbeidet med oppfølging av sykmeldte. Vi vet ikke hvilke kompetanser som her ble tilført trygdekontorene eller hvilke oppgaver innen oppfølging som ble prioritert. Av evalueringen av oppfølgingsarbeidet (RTV-rapport 02/97:10) går det fram at særlig større trygdekontor var representert i bedrifters arbeidsmiljø- og/eller attføringsutvalg og at mindre trygdekontorer var dem som hyppigst nyttet basisgrupper som samarbeidsarena. Rapporten peker ellers på at ett av fire små kontorer og ett av tre store kontorer aldri hadde informasjonsmøte eller samarbeid med bedrifter i kommunene. Rapporten oppsummerer en rekke forhold knyttet til oppfølgingsarbeidet, men det blir lite tydelig hvilke tjenester som utvikles, hvordan bruk av de ulike tiltak er satt inn i en strategi eller system.

Her møter vi trygdens tradisjon. Det har vært viktig å følge regler, fatte korrekte vedtak og fatte vedtak i rett tid. Dette er verdier som står fast og som fylkestrygdekontorer og trygdekontorer følger opp. Trygden er pålagt å drive virksomhetsplanlegging og målstyring. Trygdens styringssystem fastlegger indikatorer for oppfølgingen knyttet til målene. Indikatorne er knyttet til objektive, målbare forhold som viser i hvilke grad vedtak er fattet i tid og for restanser innen gitte områder. Styringsindikatorne knyttet til en forsterket oppfølging av sykmeldte er knyttet til 12 ukers vedtaket og andelen av vedtak fattet i tid. Men når dette blir det viktige kriteriet på ”god oppfølging” kommer andre forhold ved oppfølgingen utenfor fokus.

Styringsutviklingen i offentlig politikk har gått fra styring gjennom regler til mer vekt på rammestyring. Her har man rammelover som trekker opp brede formål som virksomheten skal ivareta, hva slags tiltak og virkemidler som skal brukes, men overlater den mer praktiske utarbeidelsen av mål, virkemidler og ressurser til det forvaltningsnivået som har ansvaret. I tilfeller der formål og mål er mindre presist utformet kan en ikke i samme grad gjennom lovgivning fastsette akkurat hva som skal gjøres for å oppnå målene. Virksomhetsplanlegging og målstyring er styringsmåter som er innført i den offentlige forvaltningen for på disse områdene å kunne gi tilbakeføring. På mange områder er styringsmåten sammensatt.

Oppfølging av sykmeldte er i styringsmessig forstand en sammensatt aktivitet. På den ene siden er det klare regler for hva som skal gjøres, knyttet til sykepengrutinene og følgelig muligheter for å lage enkle mål, f.eks. om aktiviteten er gjennomført, ev. innenfor hvilke

tidsrammer. På den andre siden har trygdeetaten fått nye virksomhetsområder eller nye tjenester som "Veiviserfunksjonen", som er lite spesifikt utformet². Veiviserrollen består også i rådgiving overfor den sykmeldte og arbeidsgiver og koordinering mellom aktører. Overfor den sykmeldte ivaretas denne oppgaven, f.eks. gjennom avklaringssamtaler med den sykmeldte. Samtalen er i seg selv et viktig virkemiddel eller metode i arbeidet. Store deler av dette arbeidet ligger utenfor det etablerte styringssystemet og blir slik ikke synliggjort, verken overfor den enkelte medarbeider i trygden eller overfor ledere på ulike nivåer.

Dette innebærer at den nye tjenesteutviklingen innen trygdeetaten har problematiske utviklingsbetingelser fordi de nye tjenestene ikke er beskrevet godt, det finnes ikke en omforent praksis og det finnes lite virkemidler som setter fokus på tjenestene og utviklingen av disse. Trygdekontorene fikk i en periode tilført ekstra midler til intensivering/omstilling. Den omstilling som løpende skal finne sted, skjer uten tilførsler av midler. Det innebærer at dersom den utadrettede aktiviteten skal styrkes, må det skje en intern omlegging og omprioriteringer i trygdekontorene, i konkurranse med hevdvunne oppgaver og arbeidsformer.

² Eikeland viser at det er knyttet mest arbeid og mest konkrete anvisninger til endring og kontroll knyttet til sykepengrutinen. Eikeland påpeker at loven, forskrifter og rundskriv avspeiler regelverket med en fortsatt sterk vektlegging av kontrollfunksjonene. Særlig er regler om beregning av sykepengegrunlaget detaljregulert. Dette styrker etter hans oppfatning portvaktfunksjonen som den sentrale i trygdens arbeid (Eikeland 1997: 95).

2 Forsøk som kunnskaps- og endringsstrategi

2.1 Forsøksvirksomhet i offentlig politikk

I Norge har vi en lang tradisjon for å drive forsøksvirksomhet for å utvikle og prøve ut tiltak, tjenester og administrative ordninger. Skolesektoren hadde i mange år sitt eget forsøkssekretariat, opprettet i 50-årene. Vi hadde på 80-tallet en mengde forsøk knyttet til den kommunale sektoren med sekretariat i Kommunaldepartementet, Fri kommuneforsøkene. Og vi har på 90-tallet hatt et stort forsøksprogram knyttet til utvikling av rehabiliteringsmetoder med sekretariat i Sosialdepartementet. Videre har vi i boligsektoren hatt en rekke statlig og kommunalt finansierte forsøks- og utviklingsprosjekter. Ofte har prosjektene vært organisert i programmer³ rettet inn mot å stimulere til nytenking og samarbeid på tvers av grupper for å løse oppgaver lokalt. Forsøksbildet er svært forskjellig i de nordiske landene. I Sverige har store programmer dominert. I Norge og Danmark har det vært mer spredt og grasrotinisierte forsøk (Adamsen 1986).

Bak disse forsøkene og forsøksprogrammene har det ligget ulike faglige tradisjoner og føringer. I dette kapitlet vil vi peke på ulike strategier bak å drive forsøksvirksomhet. På den ene siden har vi forsøksprogrammer knyttet til faglig og metodisk tenkning i sosialpsykologi, medisin og delvis sosiologi, der eksperimenter/forsøk er innrettet mot produksjon av kunnskap om f.eks. behandlingsmetoder. På den andre siden har vi en tradisjon knyttet til utvikling av offentlig politikk, der forsøk prøver ut reformer i liten målestokk eller forsøk er en strategi for å få til endring. Endring kan være mer eller mindre styrt, fra lite styrt forsøk som prøver å få til aktivitet og lokal mobilisering (f.eks. innen bomiljø) til forsøk som en styrt reform.

Noen tilnærminger er ment å produsere kunnskap som igjen skal danne bakgrunn for beslutninger om policyutvikling, organisasjon eller metoder osv. Andre tilnærminger danner kunnskap, men som fritt kan iverksettes (endres) innenfor områder der aktørene ikke behøver endringer av rammer eller regler for å gjøre noe nytt. Utvikling av "veiviserrollen" kan være et godt eksempel på områder der trygdekontoret ikke trenger regler og vedtak for å gjøre noe nytt, men fritt kan eksperimentere så sant en holder seg innenfor den arbeidsdelingen som er vedtatt i offentlig politikk.

I programmet "Forsøksvirksomhet i trygdesektoren 1994 – 98" vil ulike forståelsesformer og tradisjoner møtes. Det innebærer at ulike aktører vil kunne ha ulik faglig og metodisk forståelse av hva forsøk er og hva som dermed er viktig for evaluering av forsøk og for evaluering av programmer. Men vi vil vise at selv om utgangspunktene er forskjellige, blir ikke de metodiske konsekvenser for evaluering forskjellige. Vi vil peke på at om vi ser forsøk

³ Det har vært flere programmer. Relevant i denne sammenhengen er blant andre:

- Statens nærmiljøutvalg (1981 - 1990), ledet av Miljøverndepartementet
- Bolig- og miljøfornyelsesprogrammet (1986 - 1990), ledet av Kommunal- og arbeidsdepartementet
- Nærmiljø i by-programmet (1990 - 1993), ledet av Kommunal- og arbeidsdepartementet og Miljøverndepartementet
- Samvirke mellom kommune og frivillige lag og organisasjoner "SAM-programmet" (1993 - 1996), Miljøverndepartementet
- Prosjekt Nabohjelpsområder (1992 - 1995), ledet av Justisdepartementet ved det Kriminalitetsforebyggende råd (KRÅD).

som eksperimenter i et sosialt felt eller som utviklingsredskap i offentlig politikk, må vi ved evaluering fokusere på iverksettelsen, på prosessen.

Men diskusjonene er forskjellige. Ved evaluering av eksperimenter handler diskusjonen om hvordan en sannsynliggjør effekter av tiltak og under hvilke forhold eksperimentator må kontrollerer for iverksettelsen av eksperimentet. Ved evaluering av forsøk i offentlig politikk er en naturligvis opptatt av effekter og resultater og hvordan disse kan beskrives eller måles. Men slike innsatser/programmer er ofte bredere anlagt, har flere samtidige mål og reiser problemstillinger knyttet til hvordan en evaluering skal forholde seg til et forsøk eller et programs mål. Det er ikke greit å måle resultater uten å avklare hva ulike mål innebærer, om de kan operasjonaliseres og måles, om det finnes andre bakenforliggende mål som en også bør ta i betraktning og om virksomheten er av en slik art at dersom en er for målorientert i evalueringen, kan det føre til en for snever kunnskapsinnhøsting.

2.2 Forsøk som omstilling og organisasjonsendring

2.2.1 Styringsutviklingen og forsøk som virkemiddel

Vi vil her peke på en grunn til at forsøk har vært mye nyttet i utviklingen av offentlig politikk. Det handler om hvilke muligheter staten har til å få gjennomført eller utprøvd endringer i underliggende organisasjoner under et styringsregime som har gått bort fra detaljstyring fra toppen, iverksatt gjennom regler og rundskriv.

Offentlig virksomhet har gjennomgått store styrings- og organisasjonsendringer de siste 15 årene, en utvikling som har reist behovet for andre styringsmidler, både mellom staten og underliggende virksomhet og innad i organisasjoner og etater. Tradisjonelt er offentlig virksomhet styrt gjennom lover og forskrifter som har gitt normer og standarder for en likeartet oppgaveløsning. Vi har hatt (og har) et omfattende regelverk.

Kostnadseffektivitet og ansvarsprinsippet

Styringsmåten skapte ulike problemer. Sentrale beslutninger av standardløsninger ville i mange tilfeller ikke gi den best tilpassede og mest kostnadseffektive løsning av lokale problemer. Den overordnede institusjonen skal være tilbakeholden med å engasjere seg i hvordan den underordnede institusjonen legger opp arbeidet, fordi det er de som står for gjennomføringen som best vet hva som er mest rasjonelt. Det var også problemskapende at beslutninger, iverksetting og finansiering av en tjeneste i mange tilfeller ikke var lagt til samme beslutningsnivå (stat-kommune). For å overkomme disse problemene har styringsmåten blitt lagt om, fra standardpolitikk og regelstyring til større grad av rammelovgivning og -finansiering og delegasjon til underordnet nivå.

Rammelover trekker opp brede formål som virksomheten skal ivareta. Man overlater den mer praktiske utarbeidelsen av mål, virkemidler og ressurser til det forvaltningsnivået som har ansvaret. Styringen ligger da på resultater (målstyring) og ikke på framgangsmåter. Men det er likevel slik at på mange områder tilsier hensyn til f.eks. rettssikkerheten at den innholdsmessige styringen må være basert på et detaljert regelverk, som er fastsatt på overordnet nivå. Men styringen av en institusjon kan godt være blandet, der den innholdsmessige styringen er mye regelstyrt, men der en kan ha stor frihet i f.eks. administrative spørsmål (NOU 1989). Valg av styringsmåte varierer fra saksområde til

saksområde og over tid, og det er ikke noe i veien for å kombinere regelstyring og målstyring. En slik kombinasjon vil ofte være ønskelig, der innslaget av regelstyring må være stort ettersom etterlevelse av et regelverk her kan bli et mål i seg selv (NOU 1989:5:65).

Reformarbeidet som foregikk på 80-tallet la vekten på bedre service, regelforenkling, målstyring, desentralisering, forsterkning av linjeledelse og resultatansvar (Saglie 1993). Visjonene om en målstyrt, målorientert, budsjett disiplinert og resultatorientert ledelse av offentlig sektor hadde stor gjennomslagskraft i mange land. (ibid:63)

Med større vekt på rammestyring, ble muligheten for overordnet styring og økonomisk incentivpolitikk (gulrøtter) begrenset. Målstyringskonseptet var ikke noe konsept for endring. Gjennom målstyring kan en styre *eksisterende* virksomhet, men det sier lite om hvor en skal legge inn utviklingsarbeid i en organisasjon (Saglie 1993:64). Det finnes i alle organisasjoner oppgaver av en annen karakter. Ikke noe styringssystem kan avklare målkonflikter eller prioriteringer (ibid). Offentlig politikk måtte utvikle andre styringsmidler.

Forsøksvirksomhet som gulrøtter

Her er det at forsøksvirksomhet kommer inn og kan ses som nye gulrøtter. Når staten eller overordnet nivå i en organisasjon kan ha ønsker om at underliggende organisasjon skal iverksette nye tiltak eller preferanser som ikke den lokale organisasjon selv prioriterer, kan staten/overordnet nivå initiere endring gjennom å iverksette forsøk. Iverksetteren får da prøvd ut et tiltak og høstet erfaringer uten å iverksette en reform fullt ut. Og eier av forsøksvirksomheten får igangsatt ønskede aktiviteter, der økt aktivisering av en gruppe av aktører kan være et mål i seg selv. Forsøksvirksomheten kan videre føre til at den organisasjonen som iverksetter forsøkene, gjennom forsøksperioden, kan endre sine preferanser og etter forsøksperioden selv tilrettelegge/finansiere denne aktiviteten.

Dette perspektivet peker mot forsøksvirksomhet som både styrt ovenfra, gjennom programmer, men også som en virksomhet som åpner opp for initiativ nedenfra, til aktivitet og idéskapning. Fimreite peker på at f.eks. frikommuneforsøkene må kunne sies å være like mye preget av kommunal respons på statlig initiativ som initiativ fra problemorienterte kommuner (Fimreite 1992). Andre programmer kan være mer åpne og mindre styrt. Men uansett ligger det en styring i hvilke områder og problemstillinger som blir lagt ut til forsøksvirksomhet.

2.2.2 Forsøk og organisasjonsutvikling

Utviklingen i offentlig politikk går gjerne steg for steg, der organisasjoner og oppgaver utvikles. Det opprettes ikke nye organisasjoner hver gang staten skal få utført nye oppgaver. Oppgavene blir lagt til eksisterende organisasjon, noe som innebærer at organisasjoner eller iverksettingsapparatet i offentlig politikk, må være endringsdyktige. Organisasjoner må kunne ta opp ny oppgaver og finne nye løsningsmetoder eller arbeidsformer. I denne konteksten brukes forsøk for å få til endring, omstilling og metodeutvikling. Her er problemstillingen ofte knyttet til organisasjon, ledelse og styringsformene. Kanter (1984) har studert private bedrifter. Offentlig virksomhet og virksomheter som forvalter rettigheter, vil være oppbygget for at prosedurale rettigheter skal kunne ivaretas og kan ikke direkte sammenlignes med private bedrifter. Men Kanters arbeid reiser sentrale problemstillinger, selv om ikke løsningen kan være den samme i privat og i offentlig virksomhet.

Lederne er bundet

Det som i følge Moss Kanter (Moss Kanter 1984) kjennetegner lite innovative virksomheter er at organisasjonene er preget av sterke hierarkier og stor grad av sentralisering. Både ledere og underordnede (ledere) er i sin utøvelse sterkt bundet av regler og prosedyrer. De kan i liten grad selv vurdere bruk av ressurser, og det finnes få insentiver for å ta opp nye organisatoriske arbeidsmåter eller nye produkter. Mål og arbeidsmåte er bestemt på overordnet nivå, og lederne på alle nivåer blir målt etter i hvilken grad de får sine tilsatte til å følge standarden. Det blir ikke godt mottatt å gjøre noe på egen hånd.

Bedriftskultur som motvirker endring

Toppen i organisasjonen kan tillate seg å høre på folk og deres ideer, være med osv. så lenge som ledere på underordnet nivå følger regler og standarder og sørger for at ingen ting glir ut, at en ikke mister kontrollen. Dette fører til at ønsket og viljen til innovasjon sitter i toppen av organisasjonene, men som på den annen side er (har gjort seg) avhengig av at lavere nivåer kjører en annen lederstil med tett kontroll. Når organisasjoner som er vant til å lage politikk fra toppen, kan de ikke plutselig frisetten lavere nivåer til å bidra til nye ideer. I slike organisasjoner skaper forsøk på endring ovenfra bare forstyrrelser og frykt for lavere nivå. De skjønner ikke om de var tenkt å være innovative de også, og i tilfelle de skulle eller burde, hadde de ingen virkemidler. Et problem ved utviklingsarbeid i lite innovative organisasjoner, er at ideer eller forsøk på innovasjon går i mot firmakulturen. Det vil i slike organisasjoner være en spenning mellom organisasjonens ønske om innovasjon og den måten som organisasjonen selv blokkerer et hvert forsøk på endring.

Vellykket endring?

Hvordan gjennomfører de i slike organisasjoner utvikling og endring? En vanlig måte er å få inn konsulenter, noe som i følge Kanter, diskvalifiserer egne medarbeidere. En annen måte er å gjennomføre ledelsens ideer og vilje gjennom egne medarbeidere. Det er da en tendens, sier Kanter, til at forskjellen mellom før og etter blir små, fordi de produkter eller prosesser som slik finnes opp, viser seg å ligge tett opp til hva organisasjonen kan og praktiserer fra før. En tredje måte der det framkommer endringer, er der det er "hull" i systemet, der noen gjør noe og ingen skjønner hva som hender, noe som bare fører til forvirring.

Den eneste tilnærmingen til endring og som samtidig gir en "fri" atmosfære for å prøve noe nytt, er i følge Kanter når innovasjoner vedtas av ledelsen, og som delegerer til de lavere nivåer å finne gjennomføringsmåter. Endringsprosessen er da fulgt av systemer som gir tilbakemelding til ledelsen. Å iverksette forsøk, med rapportering og evaluering, ligger tett opp til den iverksettelsesmåten av organisasjonsendringer og innovasjon som Kanter peker på. Forsøk kan slik være et velegnet virkemiddel til å få i stand organisatorisk endring, nye metoder, arbeidsmåter eller organisasjonsmåter i arbeidet. Men som Kanter peker på, ligger det ved iverksettingen problemstillinger knyttet til ledernes rolle og eventuelle blokkering av ny virksomhet, fordi ny virksomhet kan true eller utfordre deres posisjon der (mellom)ledere vurderes ut fra resultater på gitte indikatorer.

Det innebærer samtidig at styringssystemet i en virksomhet kan påvirke utviklings- og forsøksarbeid negativt dersom styringssystemet gir få incitamenter til endring.

2.2.3 Læring gjennom evaluering

Prosessevaluering

De statlige forsøksordningene har organisert opp idéskaping, den har testet ideer og lagt til rette for å lære av disse forsøkene. For å lære av forsøk, har det vært knyttet evaluering til forsøk og forsøksprogrammer. Det finnes mange tilnærminger til evaluering. Forskjellen er knyttet til hva en skal evaluere mot og hva en tror at evalueringen skal bringe kunnskaper om. Noen skiller mellom de målorienterte og de prosessorienterte skolene (Weiss 1972). Vi vil her peke på sammenhengen mellom mål- og prosessevaluering.

Hvordan forholder vi oss til mål? I den tradisjonelle mål-effekt-modellen er en opptatt av å evaluere oppnåelse av mål i relasjon til innsatsene (måloppfyllingsmodellen, se Vedung 1995:36-42). Å forholde oss strengt til mål, er vanskelig av ulike grunner. Dels er det slik at programmer har flere mål og mål av ulik type. Vi må derfor gjøre en analyse av hvilke mål vi forholder oss til. Dersom vi innretter en målevaluering mot et overordnet mål, vil en i denne tradisjonen prøve å operasjonalisere målet slik at grad av oppnåelse kan måles. Men en operasjonalisering trekker ut og fokuserer på noe avgrenset, og som dekker målet på en bestemt og ofte snever måte. Problemet blir da at mye av det som gjøres i et program eller prosjekt faller utenfor hva som måles og faller samtidig ut av vårt fokus eller oppmerksomhet. Vi får da ikke vite hva som har hendt og en ren mål-effekt orientering vil gi et falsk bilde av hva en reform eller et program har handlet om. Det kan være at et program har satt i gang andre aktiviteter som er bieffekter av hva som opprinnelig var intendert. Vedung hevder at det er rimelig å betrakte et program som f.eks. utløser mye energi og virksomhet som bedre enn ett som utløser lite, et mål eller kriterium som ligger utenfor selve programmet (Vedung 1995).

Men vi vet fra 70-tallets studier av offentlig politikk at målene for offentlige tiltak sjelden ble nådd. Om de ble nådd var de fordreid. De som gjennomførte tiltak i offentlig politikk oppførte ikke slik som den besluttede myndighet hadde tenkt seg. Ut fra disse studiene ble det formulerte en erkjennelsen av iverksettingens selvstendige innvirkning på resultatet. Ut fra denne erkjennelsen ble det lagt større vekt på og interesse for selve iverksettingen (Kjellberg og Reitan 1995). Dette er en viktig erkjennelse å trekke med seg i evaluering av forsøk. Det kan rett og slett være mye uforutsett og uplanlagt som hender i prosjekter og som kan ha stor betydning for sluttresultatet eller av andre grunner være av interesse.

Det er derfor viktig å undersøke iverksettingen, både fordi det kan skje uforutsette hendelser og fordi iverksetting påvirker resultatet. Når en setter resultater opp mot mål, er det sammenhengen som undersøkes. For å vite om mål, innsatser og resultater henger sammen, må vi se på hva som faktisk gjøres og hvordan det gjøres. Dersom vi utgår fra mål og bare måler effekter på et utvalg av variabler og dette skjer i et felt med mange hendelser, vet vi egentlig ikke hva som har påvirket og som kan forklare resultatet. Studier av prosesser, av iverksettingen, må sannsynliggjøre at det faktisk er det iverksatte tiltaket som har gitt effekt. Slik kan prosesstudier også vise om trekk ved iverksettelsen har hatt betydning og kan bidra til å forklare effekt eller manglende effekt.

Organisatorisk læring

Evaluering kan knyttes til tenkning om organisatorisk læring (Leeuw, Rist og Sonnichsen 1994). Organisasjoner lærer i den grad noen av dens deler tilegner seg kunnskaper som de anser som potensielt nyttige for organisasjonene. Det innebærer at organisasjonene ikke bare

gjennomfører forsøk og evaluerer, men at de forandrer seg under veis. For at dette skal skje, må det være visse betingelser til stede. Læring skjer når organisasjonens medlemmer setter spørsmålsteget ved de underliggende strategier, normer, teorier eller organisasjonenes mål (March og Olsen 1976). Læring hos nøkkelpersoner/iverksettere er en forutsetning for organisatorisk læring, men forutsetter også en beredskap og utvikling i organisasjonen. Denne kan tenkes som en fasedeling (March og Olsen 1976). I første fase er aktørene kritiske til måter å gjøre ting på, og blir gradvis klar over at de ønsker å gjøre noe annet eller gå fram på en annen måte. I andre fase søker en etter nye måter å gjøre ting på. Den tredje fasen handler om å *finne nye løsninger*. De nye løsningene kan da iverksettes.

Dette kan være vanskelig for en organisasjon fordi det forutsetter at organisasjonene fortløpende kan arbeide selvkritisk og reflektivt. En lærende organisasjon vil være en selvevalueringsorganisasjon. Organisasjonen må videre ha kapasitet til å se seg selv i lys av andre og se sentrale aspekter ved seg selv og sine omgivelser. Organisasjonene må også være i stand til å relatere denne informasjonen til de normer som ligger til grunn for iverksettelsen. Dette er imidlertid vanskelig å få til, fordi de fleste vil ha problemer med å kunne være gode iverksettere samtidig som de er kritiske på grunnleggende spørsmål. Derfor trengs det ofte en informasjon- og perspektivutveksling mellom en organisasjon og dens omgivelser.

Evaluerer innebærer i en slik modell en tilbakeføring til organisasjonen som et bidrag til eget refleksjonsarbeid. Dette skjer bl.a. ved at en evaluering holder opp andre perspektiver og forståingsmåter som bidrag til nye tolkninger av egne erfaringer. Og naturligvis gjennom beskrivelser og dokumentasjon som organisasjonene vil ha problemer med å gjennomføre eller prioriterer i den daglige virksomheten.

Oppsummering

Vi har her pekt på forsøk som virkemiddel til å få i stand endringer og prøve ut tiltak i lite format. Forsøk kan være et godt virkemiddel for å få til fornying i offentlig virksomhet, både for å få virksomheten til å ta opp nye oppgaver og for å utvikle nye arbeidsmetoder eller modeller.

Vi har videre pekt på at evaluering knyttet til forsøk er mer enn å felle dommer og at evaluering av forsøk og forsøksprogrammer ikke bør være lagt opp som måloppfyllingsevaluering, fordi vi da får et for smalt fokus i forhold til de mange hendelser i et forsøk eller program. De mange hendelser kan både ha en selvstendig interesse og være viktige fordi de kan bidra til å forklarer hvorfor et forsøk gikk som det gjorde, og om forhold ved iverksettelsen har påvirket resultatet. Men et prosjekts eller programs mål er ikke uten interesse, evalueringen bør *relatere seg* til mål.

Vi har videre knyttet evaluering til et læringsperspektiv, der en av evalueringens oppgaver er å dokumentere og tilrettelegge forsøks erfaringer til bruk for organisasjonen selv.

Evaluerer er også viktig for å gi andre som ikke deltar innsyn og delaktighet i det som gjennomføres og de erfaringene som høstes. Dette peker på dokumentasjonens betydning i evaluering.

2.2 **Forsøk som kunnskapskilde**

Vi pekte innledningsvis på at ulike aktører vil kunne ha ulik faglig og metodisk forståelse av hva forsøk er, og hva som dermed er viktig for evaluering av forsøk og for evaluering av programmer. Vi har gjennomgått forsøk og evaluering av forsøk knyttet til offentlig politikktradisjon.

Vi vil her peke på hva som er styrende ved evaluering av eksperimenter. Ved evaluering av eksperimenter handler diskusjonen om hvordan en sannsynliggjør effekter av tiltak, og under hvilke forhold eksperimentator må kontrollere for iverksettelsen av eksperimentet.

2.2.1 Eksperimentet

Forsøk kan forstås som et eksperiment. Dette er en metode som tar sikte på å teste en teori eller hypotese under kontrollerte betingelser. Slike forsøk utføres i laboratorier og gjentas flere ganger for å sikret at ikke tilfeldigheter eller målfeil kan forklare effekten. Testing av hypoteser knyttet til teorier foregår gjerne innen en tradisjon eller faglig retning, der en er enige om hvordan sentrale variabler skal operasjonaliseres og måles.

Sosialvitenskapelig vil eksperimenter skje i et sosialt felt og der kontrollen av betingelsene kan være begrenset og replikasjonsmulighetene er begrensede. Forsøkene utføres også ofte uten standardisering av sentrale variabler. Resultatene blir slik frittstående og vanskelig å vurdere. Eksperimenter innebærer å prøve ut en intervensjon overfor en gruppe, og teste om intervensjonen gir et annet utfall på den variabelen en ønsker å påvirke (avhengig variabel) enn utfallet på samme variabel for en gruppe som ikke blir forsøkspåvirket.

Vi har her to framgangsmåter. Forsøksleder kan trekke et tilfeldig utvalg fra en større populasjon og måle før- og ettervirkningen på den uavhengige variabelen, og sannsynliggjøre statistisk at effekten på den avhengige variabelen ikke skyldes tilfeldigheter. Slike utvalg kalles sannsynlighetsutvalg (Hellevik 1977:77).

En annen tilnærming er å matche forsøks- og kontrollgruppen slik at de er like på relevante måter i relasjon til hva som testes. For eksempel ville det ved attføringsforsøk være relevant at helsetilstanden er den samme i begge grupper. Dette kan en gjøre gjennom parvis matching. En trekker da ut to og to "like" personer, der den ene plasseres i forsøks- og den annen i kontrollgruppen. Gjennom matching vil en kunne kontrollere både bortfallet i gruppene og forsikre seg om at det ikke er andre variabler som er vesentlig forskjellig enn de en ved forsøket skal prøve å påvirke. Dette er en forutsetning for å kunne forklare den forventede effekten.

I praktiske forsøk fordeler en ofte klienter tilfeldig i intervensjons- og kontrollgrupper (kvasiexperimentdesign). Da kan en ikke regne med at gruppene har like fordelinger på viktige variabler. Når en skal forklare forskjeller før og etter intervensjon, må en samtidig trekke inn informasjon om andre forhold som kan ha påvirket potensielle årsaksvariabler. Dette kan dreie seg både om egenskaper ved gruppene og forhold i forsøksfeltet som kan påvirke. Dette innebærer at forskjeller mellom grupper ikke kan sannsynliggjøres utelukkende statistisk. Når en skal trekke slutninger om f.eks. effekter av et intervensjonsprogram, blir faglig skjønn viktigere enn statistiske mål (Wholey 1979).

Dette innebærer at det er vanskelig å foreta ”rene” teser av hypoteser/effekter av intervensjoner i feltforsøk. Som oftest er en avhengig av å undersøke flere forhold i feltet eller egenskaper ved personene som kan tenkes å påvirke effekten på avhengig variable, og gjennom slike undersøkelser og drøftinger sannsynliggjøre den målte effekten på avhengig variable. Selv om vi måler og tallfester forskjeller/effekter, er det den argumentative sannsynliggjøringen som trekker på flere kilder til kunnskap, som blir avgjørende for konklusjonen. Det er dette som ligger i det faglige skjønn, der flere kilder og metoder må avveies mot hverandre.

Hvordan kartlegge hva som kan ha påvirket et forsøk? Dette kan en gjøre gjennom å kartlegge veien en går og hva som faktisk hender. En slik prosessanalyse brukes når vi faktisk ikke helt vet hva som vil skje. Gjennom en slik kartlegging kan en ikke kontrollere for ulike påvirkninger på intervensjonen og sluttutfallet, men en kan bli klar over forholdet slik at det kan drøftes og inngå i det faglige skjønnet (Almås 1990). Slik kan kunnskap etableres gjennom forsøk.

2.2.2 Stifinnerforsøk

Men forsøk som kunnskapskilde behøver ikke å tenkes som eksperiment. ”Stifinnerforsøk” har som mål å utvikle f.eks. nye tilbud gjennom utprøving, der det er lov å prøve og feile. Det ligger i premissene at slike forsøk kan utvikles underveis. Forsøket er ikke en intervensjon som skal prøves på likeartet måte over tid, men er ment for tilpassing og endring. Her ligger mange av de forsøktypene som vi knyttet til utviklingen i offentlig politikk og organisasjon. Når en skal utvikle noe, vil fokus ligge på hvordan noe skjer, ikke bare på hvilke sluttresultater en oppnår.

Ser vi først på resultatene, hva en oppnår, handler det i slike forsøk ofte om metoder eller nye samarbeidsformer. Vi kan tenke oss forsøk der trygden prøver ut ulike tilnærminger for sin veiviserrolle, og der resultatet f.eks. er måter/metoder for å nærme seg virksomhetene sammen med arbeidslivstjenesten eller en metode for kompetanseutvikling for å sette trygdefunksjonæren i stand til å veivise.

Kunnskaper om hvordan det skjer, får en gjennom prosesstudier. Slike studier er informative mht. hva som skjer i feltet og gir innsyn for dem som ikke selv har deltatt. Slik gir prosesstudier kunnskap om hvordan organisasjoner og samarbeid faktisk fungerer. Dette er viktig kunnskap for dem som har satt noe i verk eller som er ”eier” av en organisasjon og gir kunnskaper for ev. endring.

2.2.3 Oppsummering – forsøk, evaluering og kunnskap

Vi har pekt på at prosesstudier er viktige for å hente ut kunnskaper om stifinnerforsøk. Men vi viste også at sosiale felteksperimenter uten sannsynlighetsutvalg eller parmatching også må innhente opplysninger om andre forhold som kan påvirke avhengig variabel, og vi kan ikke slutte bare ut fra statistiske sammenhenger etablert gjennom forsøket. I denne porteføljen finnes det ett prosjekt med sannsynlighetsutvalg og ingen forsøk med matchene grupper. At forsøksporteføljen ville få en slik sammensetning, var forutsett i departementets evalueringsbestilling.

Forsøkene vurdert som sosiale eksperimenter må derfor alle i sin evaluering legge vekt på prosessevalueringen, både fordi prosessen er interessant og relevant i seg selv, men også fordi (prosessen) resultater må forklares ut fra hva som er gjort og hvordan det gjøres. Som vi viste, må effekter sannsynliggjøres og kan ikke måles rent statistisk.

Vi har i det foregående argumentert for at vi må ta programmets mål i betraktning, men ikke snevert vurderer måloppfylting. Vi har videre argumentert for hvorfor vi må ta med iverksettingen for å kunne forklare resultatet og for å oppdage bieffekter. Men er det andre hensyn å ta ved evaluering? Det er pekt på at det ikke bare er oppdragsgivers problemstillinger og spørsmål som en evaluator bør forholde seg til (Vedung 1995:57). Det kan være andre aktører i feltet med interesser som det er rimelig å ivareta, eller det kan være at feltarbeidet knyttet til innsamlingen av materialet bringer evaluator på sporet av andre aktuelle problemstillinger.

Samlet innebærer dette at vi i vår programevaluering forholder oss til programmets mål og resultater, men gjør en drøfting og utvalg av de mål vi mener at det er relevant å forholde oss til. På samme måte må vi drøfte hva vi vil mene med resultater og effekter. Videre er iverksettelseserfaringene viktige i seg selv, og for å kunne forklare hvorfor ting går som det går, hva som forklarer de resultater eller effekter vi måler eller beskriver. I en implementeringsanalyse er det viktig å se hvordan et resultat blir påvirket, ikke bare av et program eller prosjekts mål og midler, men også av de ulike gjennomføringsmåter (organisasjon) og lokale forståelsesformer (kultur, verdier), noe som har en selvstendig påvirkning på resultatet (van Meter og van Horn 1975, Patton 1990). Evaluering, slik vi har utviklet resonnetet her, relaterer seg til læring og setter fokus på prosessen.

2.3 Evalueringsmodellen og evalueringsbestillingen

Sosial- og helsedepartementet ønsket en evaluering av programmet (brev av 26.07.95) Her redegjør departementet for en evalueringsmodell og for hva evaluators arbeid bør bestå i og hva programevalueringen bør omhandle. Departementet ønsket en evalueringsmodell der det legges relativt stor vekt på egevalueringen av det enkelte prosjektet. Departementet ønsket en modell for programevalueringen der prosjektet selv foretar egevaluering og programevalueringen bygger på egevalueringene. For å bygge disse to evalueringsnivåene sammen, ble programevaluator også pålagt å gi veiledning i forhold til egevalueringen i det enkelte prosjektet.

Videre legger departementet vekt på at evalueringsmetodikken må være tilpasset karakteren av de fleste prosjekter som vil være av typen ”stifinnerforsøk”. Evalueringen skal videre kunne si noe om programmets effekter mht. programmets overordnede mål. Departementet ønsket å få svar på hvilke modeller for oppfølgingsmetoder og samarbeid som synes mest hensiktsmessige i arbeidet med oppfølging av sykmeldte.

2.3.1 Forholdet mellom prosjekt- og programevaluering

Programevalueringen må forholde seg til programmets mål ut fra de data som ligger i det enkelte prosjektets evaluering. I tillegg har programevaluator egne data, som notater fra møter med prosjektene og foreliggende materiale fra prosjektene. Programevalueringen er da

avhengig av at prosjektene produserer data (rapporter og annet materiell, underveisrapporter, møtereferater osv.) som er egnet til å belyse overordnede mål, program mål.

Samtidig skal evaluator gi veiledning til evaluering til prosjektene. Evalueringsbestillingen ønsker at evalueringen skal tilpasses det enkelte prosjektet, samtidig som de ønsker at det utarbeides en mal for egevaluering. *Dette innebærer at programevaluator gjennom å lage standard og veiledning legger føringer på den egevalueringen som prosjektene produserer og som er programevalueringens materiale/empiri.* Vi oppfatter dette slik at vi legger føringer på hva prosjektene bør rapportere om, ikke hva prosjektene bør mene om dette og hint.

I dette programmet er det få prosjekter som likner hverandre, og prosjektene er med ett unntak stifinnerprosjekter. Å utarbeide en mal eller standard er derfor ikke lett. For å ivareta departementets ønsker om en viss standardisering av prosjektevalueringene og samtidig rette prosjektevalueringene mot programevalueringens innretning og problemstillinger, ble det gjort to grep:

Det ble utarbeidet et hefte, en "mal", som tok for seg temaer som forsøk som læring og hvorfor det er viktig å drive egevaluering. Den er bygget opp om 12 forhold som en evalueringsrapport bør ta med i sin rapportering. Alle disse forholdene er ikke like viktige for hvert prosjekt og "malen" må tilpasses det enkelte prosjektet.

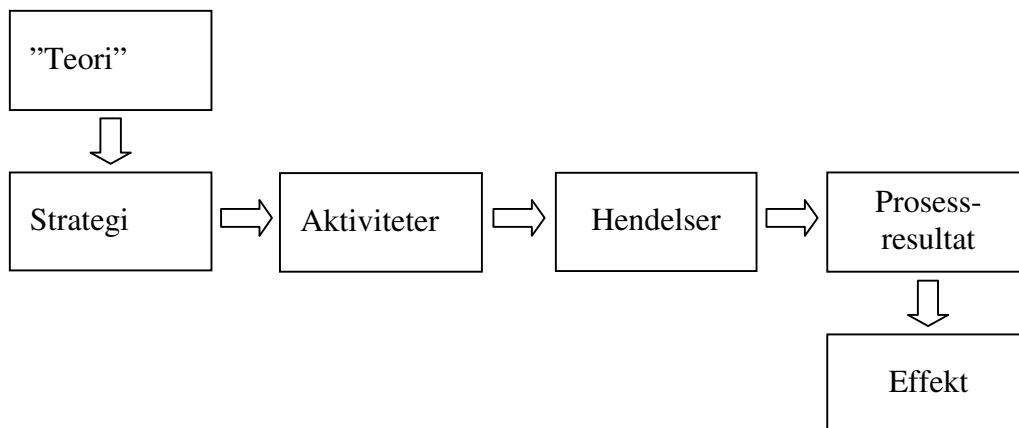
Videre ble det gitt veiledningen til prosjektene. Her ble det understreket at alle prosjekter (ledere) burde se sitt prosjekt ut fra de overordnede målsettinger i programmet og videre legge til grunn for sin evaluering den tenkningen om prosjekt, iverksetting og læring som vi her har gjennomgått. Dette innebærer at vi gjennom veiledning måtte prøve å overføre en teoretisk/metodisk modell for evaluering.

De fleste prosjekter tenker på evaluering som noe en gjør til slutt, en oppsummering. Fordi vår intensjon var å rette fokus mot prosessen og dokumentasjon av prosessen, var det viktig å komme i inngrep med prosjektevalueringen tidlig i et prosjekts forløp. Prosjektene ble derfor bedt om å lage evalueringsplaner. Vår veiledning i evaluering har derfor knyttet seg til utarbeidelse av evalueringsplaner og til rapportskrivingen. Denne veiledningen og kontakten har i hovedsak gått til prosjektleder/arbeidsgruppen, men også styringsgruppene i flere prosjekter er blitt forelagt/har gjennomgått tenkningen for evaluering/evalueringmodellen.

2.3.2 Prosjektmodellen

Vi har knyttet vår forståelse og veiledning til en modell, og vil nytte den samme modellen som bakgrunn for vår framstilling av de prosjekter som vi i de påfølgende kapitler velger å presentere. Modellen framstilles her i to varianter. Den første modellen representerer en modell av et prosjekt og er en variant av Wholeys programlogiske modell (Wholey 1979). Den andre modellen er knyttet nærmere til evalueringsveiledningen og før- og ettermålinger.

Fig 1. En prosjektmodell



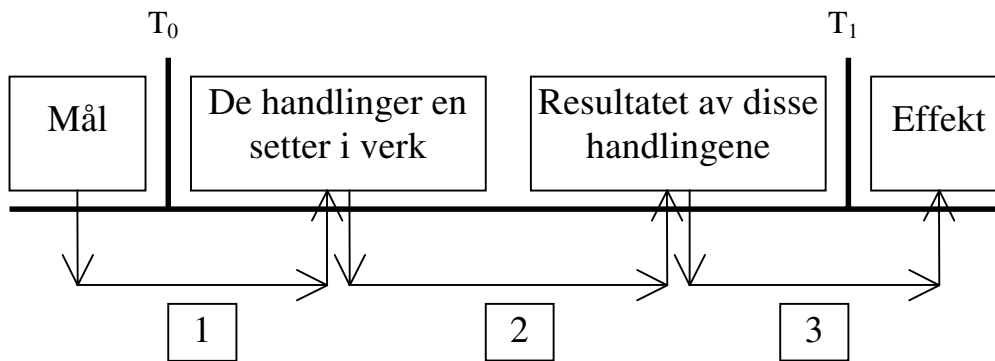
Prosjekt mål og "bakhodeteorier"

I denne modellen starter vi ikke med prosjektets mål. Vi erfarer at de fleste prosjekter ikke er formulert *i relasjon* til programmets mål, men gjør programmets mål til prosjekt mål. De fleste prosjekter har derfor som mål å senke sykefraværet. Det er vel og bra at prosjektene tilstreber å senke sykefraværet, men det er i mange prosjekter ikke noen rimelig sammenheng mellom hva prosjektet tenker og gjør og muligheten til å kunne vise en senkning av sykefraværet. I andre prosjekter kan en kanskje vise endringer i sykefraværet tre måneder etter en intervensjon for f.eks. 10 personer som har deltatt, men der andre sider og mål ved prosjektet er mer interessante og relevante å belyse, som f.eks. samarbeidet i hjelpeapparatet i den nye intervensjonen. Overtakelse av program mål handler derfor ofte om legitimering av et prosjekt, ikke reelle målformuleringer.

Vi mener at det er mer fruktbart å ta utgangspunkt i at hvert prosjekt starter ut fra en *teori* eller *antagelse*, av hva som er problemet og hva de mener som skal til for å løse eller overkomme det påpekte problemet. Her ligger den lokale idéskapingen. De foreslår så et prosjekt, med mål og virkemidler. Ut fra en *strategi* setter prosjektet i gang aktiviteter, f.eks. går på bedriftsbesøk for å informere om aktiv sykmelding eller trygdens virkemidler. Disse aktivitetene skaper ulike *hendelser* i feltet, som at bedriften fremmer ønsker eller etterspørsel etter informasjon og tjenester. Disse hendelsene skaper igjen *prosessresultater*, noe som i dette tilfellet kan være et varig samarbeid mellom ulike tjenester, for å få til felles bedriftsbesøk halvårlig. Om dette så fører til at den sykmeldte kommer tidligere tilbake i jobb og fører til et fall i bedriftens sykefravær, *en effekt* (her: avhengig variabel), kan være usikkert.

I evalueringsveiledningen starter vi derfor opp med en prosjektanalyse, der vi følger denne fasemodellen trinn for trinn:

Fig 2. Fra mål til effekt



Modellen tar utgangspunktet i prosjektets mål og vurderingen av om de er de virkelige målene som prosjektet tenker ut fra og styrer etter. Deretter om de handlingene som iverksettes er gode handlingsalternativer i relasjon til de mål som prosjektet har satt seg. Videre legger modellen hovedvekten på det prosessresultat som de iverksatte handlinger gir, f.eks. hvilket samarbeid og erfaringer med samarbeid i hjelpeapparatet som prosjektet har høstet erfaringer med.

- Er målene reelle? Er det andre forhold prosjektutføreren har hatt i tankene ved formuleringen av prosjektet?
- Se på forholdet mellom mål og handlinger. Er det prosjektet har valgt å gjøre rimelig i forhold til målet eller det en ønsker å oppnå? Bør en supplere prosjektet?
- Når prosjektet iverksetter aktiviteter og det skjer ting i feltet, skaper dette hendelser eller prosesser? Det som skjer er igjen avhengig av både hva prosjektet gjør og hvordan prosjektet gjør det. Prosjektet må følgelig vurdere om det bør gjøre noe annerledes eller noe annet, og om det prosjektet har satt i verk er godt (nok) gjennomført til at de vil tro at det får virkninger. Støter en på uforutsette forhold?
- Deretter må prosjektet se på hva som ble prosessresultatet. Hva ble resultatet av det de satte i gang, av aktiviteter og hendelser i feltet?
- Og til slutt, dersom prosjektet måler effekter på en variabel (sykefraværet, bedret kondisjon og liknende), er det rimelig at det prosjektet har gjennomført og gjennomføringsmåten faktisk gir den effekten de kan måle? Eventuelt kan den forklares på annen måte?

Ulik datakvalitet og bruk av case

Skal den evalueringsmodellen som departementet har gått inn for (og som vi har iverksatt på den beskrevne måte) virke, forutsetter dette at alle parter følger opp. Det innebærer først og fremst at prosjektene er lydhøre for hva slags stoff og problemstillinger som bør behandles, dernest at de gjør det på en akseptabel måte. Hva som er "akseptabelt" vil naturligvis variere med hvilke muligheter/kompetanse det enkelte miljøet har til å bearbeide sitt materiale, så vel effekt- som prosessdata. Det finnes ulike fagtilnæringer i framstillingsform og kildebruk. Ingen former er i utgangspunktet "gale" eller "riktige", så sant hovedintensjonen ved evalueringsopplegget legges til grunn. Hovedpoenget for oss må være å hjelpe den rapporterende så godt som mulig, ut fra det ståsted/kompetanse den enkelte har. Skulle en ha stilt andre krav til evaluering av det enkelte prosjektet, måtte trygden gjennom søknadsbehandlingen også ha foretatt utvalg av prosjekter/prosjektledere/styringsgrupper etter andre kriterier.

Fordi prosjektene er ulikt bemannet og prosjektmedarbeiderne har ulike faglig bakgrunner, vil rapporter fra prosjektene være forskjellige, ”tynne” og ”tykke”. Prosjektene er også forskjellige og rapporterer derfor om ulike forhold. Samtidig er det lagt ulik vekt og arbeid i å rapportere f.eks. prosesserfaringer. Det innebærer at når vi i evalueringen skal gi eksempler eller bruke case til å illustrere et forhold, er det ofte lettere å bruke et rikt materiale enn et materiale som er mindre utskrevet. Det innebærer at i vår rapport blir noen prosjekter mer brukt enn andre, selv om flere prosjekter representerer de samme erfaringene.

Ved organisering av denne evalueringen, kan programevaluator bare veilede og gi råd. Styringsretten ligger i trygdeetaten. Ikke alle prosjekter/prosjekteiere har god tatt en prosessorientert modell. Det innebærer for prosjektevalueringen at det har vært vanskelig å få produsert gode prosessbeskrivelser fra prosjektene og data for programevalueringen. Men vi må tilføye at prosesser der slike problemer oppsto, i seg selv ga programevaluator gode data om forståelse og praksisformer i trygde- og fylkestyngdekantor, og bidro til å danne empiri til rapportens avslutningskapittel, om trygden som lærende organisasjon.

Hva blir programevalueringens data?

Vi har for det første projektrapportene, dette er programevalueringens viktigste datakilde. Videre har vi notater fra besøk og veiledning i prosjektene. Vår nærhet til prosjektarbeidet har spesielt gitt oss god innsikt i trygdens måte å håndtere forsøk. Vi har også hatt annet skriftlig materiale fra prosjektene som har vært nyttig, i tilfeller der vi ønsket å se nærmere på spesielle forhold i et prosjekt. Spesielt har møtoreferater vært til nytte mht. informasjon om selve prosjektutviklingen.

Det har det hvert år vært gjennomført seminarer med sikte på erfaringsutveksling mellom prosjektene, noe som også har gitt nyttig informasjon om hvordan prosjektarbeidet utviklet seg, og hvilke problemstillinger som syntes å bli sentrale. Og i siste runde har vår framstilling av enkeltprosjekter blitt kvalitetssikret⁴ ved prosjektlederen, som har gitt oss tilbakespill på vår forståelse og framstilling.

2.3.2 Fra prosjekt til programevaluering – vår strategi

Forsøksprogrammet består av mange forsøk og kunnskaper i det enkelte forsøket skal dannes av prosjektet selv. Hvordan skal vi sammenstille prosjekterfaringer opp mot programmets mål?

Vi velger å betrakte hvert forsøk som et case. Hvert forsøk er unikt i seg selv. Vi starter derfor ut med å forstå og gjennomgå det enkelte forsøket. Derfor kan vi ikke komme utenom å beskrive det enkelt forsøket og forsøkets erfaringer. Dette gjør vi ut fra den prosjektmodellen vi har presentert, se fig.1. Dette er grunnlaget, empirien.

Noen forsøk er likevel likere enn andre, og vi har prøvd å gruppere forsøk som har felles trekk. Hvilke dimensjoner vi har gått ut fra, redegjør vi for i kapittel 4.

⁴ Alle større prosjekter og prosjektutdrag er kvalitetssikret. Dette gjelder ikke forprosjekter, små prosjekter eller prosjekter som er under arbeid/ikke avsluttet.

Ut fra de enkelte case vil vi prøve å trekke sammen noen hovedtråder og konstruere modeller. Modellene låner trekk og erfaringer fra ulike forsøk og representerer en forenkling og generalisering av den erfaringsrikdom som de enkelte casene uttrykker.

Videre vil vi prøve å trekke sammen prosjektenes erfaringer knyttet til samarbeidspartnere, for å prøve og peke på gode og på problematiske relasjoner. Gjennom den iverksettingsmodellen som Rikstrygdeverket har valgt, skal alle prosjektene skal være forankret i trygden. I noen prosjekter har trygden en liten rolle, i andre prosjekter er det trygden som har prosjektledelsen eller deler av prosjektarbeidet foregår eller er lokalisert til trygdekontoret.

Vi vil videre trekke sammen erfaringene knyttet til trygdens måte å styre og organisere prosjektarbeidet, og gjennom dette se på i hvilke grad eller på hvilken måte trygden har oppfattet eller brukt forsøkene til å øke kompetansen knyttet til utviklingsarbeid i etaten.

3 Evalueringen av programmet – om oppdraget og dets problemstillinger

Innledning

Vi vil i dette kapitlet redegjøre for programnotatet, dets mål og vinklinger. Tilbudet på evaluering og evalueringens problemstillinger var formulert uten at vin på det tidspunkt kjente prosjektporteføljen. Etter hvert som prosjekter initieres og søknader innvilges, avklares også innholdet i porteføljen. Evalueringen må tilpasse seg og forholde seg til de prosjekter som blir vedtatt. Det faktiske innholdet i porteføljen får også følger for evalueringen, og for hvilke mål som blir sentrale å belyse. Iverksettingserfaringer knyttet til både programmet og til prosjekter har også påvirket vår oppfatning av målene.

3.1 Bakgrunn for forsøksprogrammet

Programnotatet viser til at regjeringen i sitt budsjett for 1994 signaliserte en utvidet satsing på forskning og forsøksvirksomhet, blant annet i forhold til rehabilitering. Prosjektnotater trekker fram hvilke forsøksprogrammer Sosial- og helsedepartementet tidligere har iverksatt. Spesielt omtales programmet ”Trygd og rehabilitering”.

Forsøksprogrammet ”Helse og rehabilitering”

Programmet ”Helse og rehabilitering” ble i følge notat fra Sosialdepartementet juli 1992 opprettet på bakgrunn av bekymringen for økningen i antallet uførepensjonister, spesielt for kvinner i alderen 30 - 50 år og med kroniske muskelsmertesyndromer, uspesifikke ryggsykdommer og revmatiske lidelser, uten nærmere angitte årsaksforhold. Gruppen med denne typen lidelser har vært økende, og mange har opplevd den behandlingen de ble tilbudt som lite tilfredsstillende. Den tradisjonelle medisinske behandlingen hadde så langt vist liten effekt. Programmet la vekt på at forsøkene skulle utvikle et bedre, mer relevant og tilgjengelig tilbud til brukerne, og gjennom ny tjenesteutvikling redusere varigheten av sykmeldinger i målgruppen og redusere avgangen til uførepensjonen i målgruppen. Det ble i perioden 1992 til 1997 iverksatt ca. 30 forsøk med en kostnadsramme på 70 millioner kroner.

Ulike rehabiliteringsmiljøer kom med innspill og prosjektforslag. Prosjektene ble ikke initiert fra departementet.

Prosjekter knyttet til programmet ”Helse og rehabilitering” ble evaluert på tre nivåer: På programnivå (Bruusgaard og Eriksen 1998) av ekstern evaluator og som egevaluering. Evalueringen av den samlede porteføljen i programmet bygger på 27 prosjekter (Bruusgaard og Eriksen 1998). Programmet var åpent både for kontrollerte forsøk (eksperimenter) og for stifinnerforsøk. Programevalueringen ønsket å bygge sin effektevaluering bare på kontrollerte forsøk ved å måle innovasjonens effekt på sykefraværet som avhengig variabel, før og etter tiltak. Grunnlaget for evalueringen ble derfor begrenset til de prosjektene som hadde kontrollgruppe (13 stykker), og av dem igjen til de prosjektene som lyktes i å gjennomføre det kontrollerte forsøket på tilfredsstillende måte (antallet ikke oppgitt). Programevalueringens effektvurdering bygger slik på en liten gruppe av de 27 prosjektene som ble iverksatt.

På bakgrunn av data fra denne lille gruppen av prosjekter ble det konkludert mht. effekter av forsøkene. Programevalueringen fant at det var liten eller ingen effekt av forsøkernes metoder på klientenes tilbakevending til arbeid i det første året etter at personene hadde gjennomgått en gitt intervensjon (Bruusgaard og Eriksen 1998). Om forsøkene utviklet bedre, mer relevante eller tilgjengelige metoder ut fra brukerens perspektiv eller ut fra andre kriterier, ble ikke drøftet i programevalueringen, ut over at (prosjekt)evalueringene viste i hovedsak god brukertilfredshet og økt livskvalitet hos brukerne. Forsøksprogrammets evaluering hadde derfor lite å si om hvordan utvikle og forankre et bedre hjelpetilbud.

En erfaring vi knyttet til dette programmet, er at det ikke var samsvar mellom hvilke prosjekter som ble besluttet iverksatt og den evalueringsmodellen som ble valgt for programmet, noe som førte til at sentrale program mål, som hvordan utvikle og forankre et bedre hjelpetilbud, ikke ble belyst. På grunn av programevalueringens innretning, ble det liten sammenheng mellom de ulike typer prosjektevaluering (egenevaluering og ekstern evaluering) og programevalueringen, noe som førte til at et stort evalueringsarbeid ikke ble oppsummert og sammendradd og derfor er vanskelig tilgjengelig.

Forsøksprogrammet "Samarbeid mellom trygdeetaten og arbeidslivet for å redusere sykefraværet"

Vi ser programmet "Samarbeid mellom trygdeetaten og arbeidslivet for å redusere sykefraværet" som en frittstående oppfølger av "Trygd og rehabilitering". Målgruppene er i hovedsak de samme, arbeidsrelaterte sykdommer og spesielt personer med muskel- og skjelettlidelser. Men fokus har endret seg, fra rehabiliteringstenkning med vekt på hjelpeapparatets metoder og tilnærminger, til større vekt på forhold ved arbeidsplassen og arbeidsorganisasjonenes ansvar for forebygging, oppfølging og tilrettelegging. Programnotatet peker på at i programmet "Trygd og rehabilitering" var det få prosjekter med en sentral forankring på den enkeltes arbeidsplass og lite samarbeid med arbeidslivets parter. Det heter i programnotatet at det er departementets oppfatning at det er nødvendig med økt innsats når det gjelder rehabilitering knyttet til den enkeltes arbeidsplass (Programnotatet:2). Videre viser programnotatet til evaluering av Sykefraværprosjektet i LO-NHO området. Denne evalueringen viste at det var helhetlig og entydig forebyggende tiltaksstrategier som ga resultater. Programnotatet peker videre på hvilket ansvar partene i arbeidslivet har for å redusere sykefraværet, og introduserer programmet "Samarbeid mellom trygdeetaten og arbeidslivet for å redusere sykefraværet" som en støtte til partenes arbeid.

Det som etter departementets mening skiller det nye forsøksprogrammet fra dets forløpere, er tre forhold. Programmet tar sikte på at:

- arbeidslivets parter er aktive med i prosjektutformingen og i enkeltprosjekter
- tiltakene skal forankres på den enkeltes arbeidsplass
- trygdeetaten skal ha en sentral rolle i prosjektene/forsøksvirksomheten

Programmet skisserer tre hovedtilnærminger, rehabiliteringsmodellen, attføringsmodellen og reaktiveringsmodellen. *Reaktiveringsmodellen* handler om å finne ut hva som skal til for å få unge uføre tilbake i arbeid. Rehabiliterings- og attføringsmodellen bygger begge på tidlig inngripen i en sykmeldingsperiode. *Rehabiliteringsmodellen* legger hovedvekten på å etablere et tverrfaglig rehabiliteringstilbud som trekker inn forhold på arbeidsplassen.

Attføringsmodellen legger større vekt på å tilpasse arbeidet og å prøve ut spesielle metoder. Det vil under attføringsmodellen være aktuelt å samarbeide med bedrifthelsetjenester, Arbeidslivstjenesten og arbeidsmarkedsetaten. Videre legges det vekt på at forsøkene bør

holde seg innenfor arbeidsdelingen mellom de offentlige etatene, samt at det skal legges vekt på metodeutvikling.

Iverksetting

Programnotatet viser til at trygden er tillagt oppgaver og oppfølgingsansvar som gir trygden en sentral rolle for å sette i gang tiltak. For å få til et helhetlig oppfølgings- og rehabiliteringsarbeid forutsettes et tett samarbeid mellom bedrift/arbeidsliv og trygdeetaten. Programmet skal iverksettes gjennom trygdeetaten, der Rikstrygdeverket skal stå for søknadsvurdering og innstilling overfor departementet, og vil ha ansvaret for oppfølging av prosjekter som har fått støtte. Søknadene skal fremmes via fylkestrygdekontorene.

Initiering av prosjekter

Det er lagt opp til at initiering av prosjekter skal skje nedenfra, fra aktører i det offentlige hjelpeapparatet, fra partene i arbeidslivet og deres organisasjoner, fra kommuner og fylkeshelsetjenesten, fra bedriftshelsetjenester og fra idrettslag og andre organisasjoner. Det er også åpnet for at den sentrale rådgivingsgruppen nedsatt av Sosial- og helsedepartementet selv skal kunne initiere prosjekter.

Programmet har tre overordnede målsettinger:

- 1. Bedre livskvalitet ved å legge til rette for at brukeren, så langt det er mulig og hensiktsmessig, skal være i aktivitet og arbeid**
- 2. Helhetlig og samordnet rehabiliterings- og attføringstilbud som er forankret i vedkommendes arbeidssituasjon**
- 3. Reduksjon av sykefraværet**

Videre har programmet delmål på personnivå, systemnivå og mht. behandlingsopplegg/innhold.

På personnivå legger programmet vekt på økt livskvalitet, kortere sykmeldings- og rehabiliteringstid, flere tilbake i arbeid og økt bruk av kombinasjonene trygd/arbeid.

På systemnivå legger programmet vekt på utvikling av oppfølgingsrutiner, utvikling av gode samarbeidsrutiner mellom ulike aktører, kunnskaper om nye måter å organisere et helhetlig tjenestetilbud, kunnskaper om betydningen av å samarbeide med arbeidslivets parter, utvikling av modeller for mer aktiv deltakelse fra bedriftshelsetjenestens side og økt kompetanse om utviklingsarbeid i trygdeetaten.

3.2 Evalueringsprogrammet – en drøfting av retningen for evalueringen

Ser vi på programmets mål og delmål, er de av svært ulik art. Vårt evalueringsprogram (anbud) hadde opprinnelig skisserte, mulige problemstillinger under seks hovedavsnitt:

- Helhetlige og samordnede rehabiliterings- og attføringstilbud
- Reduksjon av sykefraværet
- Rutiner for tidlig oppdagelse av sykdom
- Medvirkning og helse for den enkelte
- Samarbeid med arbeidslivets parter
- Økt kompetanse for utviklingsarbeid i trygdeetaten

På det tidspunktet tilbudet ble gitt, var ikke innholdet i porteføljen klart og vi kjente innholdet av et fåtall prosjekter. I oppstartfasen hadde flere av prosjektene en noe annen innretning enn det som senere ble vedtatt, og noen av de problemstillingene vi skisserte har falt bort fordi helse- og rehabiliteringsorientering ble svakere i porteføljen enn hva det kunne se ut til ved oppstarten. Ettersom evalueringen skulle tilpasses de prosjekter og den porteføljen som ble vedtatt, må vi følgelig også revidere hvilke mål og problemstillinger som blir sentrale for evalueringen.

Vi vil her gå litt inn på hver av hovedmålene i programnotatet og trekke fram delmål vi mener er av særlig betydning. Vi vil i tillegg trekke opp en problemstilling som ikke fremkommer tydelig i grunnlagsmateriellet for evaluering, men som vi ut fra forskningsdokumentasjonen på feltet, mener har stor betydning ved tjenesteutvikling og klientbehandling. Dette dreier seg om brukerperspektivet.

3.2.1 Reduksjon av sykefraværet

Sykefravær er et svært sammensatt fenomen av både sosial og helsemessig art, der fraværet vil være et resultat av et utall samvirkende faktorer - på og utenfor arbeidsplassen (Hansen 1999). Det foreligger en omfattende forskning om hva som påvirker sykefraværet, men uten at en kan peke på klare enkeltstående forhold som påvirker sykefraværet på mikronivå. Studiene belyser betydningen av kjønn, utdanning og oppvekstvilkår, arbeidsledighetsnivå og arbeidsmiljø (Hansen 1999). Det synes å være en omvendt sammenheng mellom arbeidsledighet og sykefravær, sykefraværet stiger når arbeidsledigheten synker. Og forskningen tyder på at arbeidsmiljøet har betydning for fraværet. Men Hansens gjennomgang av foreliggende forskning peker på at sammenhengen mellom arbeidsmiljø og fravær ikke er enkel å etablere (Hansen 1999:134-141). Det er også pekt på at Arbeidslinja innebærer en stor arbeidsstyrke, noe som innebærer at det vil være flere personer med svak helse i arbeidsstyrken enn i situasjoner med en liten/mindre arbeidsstyrke. Dette vil i sin tur føre til en stigning i sykefraværet. Arbeidslinja har som konsekvens et høyere sykefravær (West Pedersen 1996).

Når sykefraværet skal reduseres, kan en søke å påvirke å påvirke sykdomsskapende forhold og /eller korte ned det enkelte sykefraværet gjennom innsatser fra ulike aktører i oppfølgingsarbeidet.

Vi har tidligere argumentert for at det ikke er hensiktsmessig å drive en direkte måloppfølgingsanalyse. Har det enkelte prosjektet klart å senke sykefraværet (for en aktuell gruppe eller utvalg)? Vi må foreta en målbasert evaluering, der vi ser både på mål, iverksetting og resultater. Det er gjennom å vise sammenhenger fra mål til prosessresultat at vi kan sannsynliggjøre eventuelle effekter. Ut fra West Pedersens resonnement kan vi risikere at sykefraværet stiger av grunner som ligger utenfor det et forsøk kan påvirke. Ut fra de prosjekter som er vedtatt iverksatt, blir målet om redusert sykefravær ikke det mest sentrale målet, fordi det er mange av de iverksatte prosjektene som ikke har lagt opp til sykefraværsmålinger. På grunn av foreliggende statistikk, var det færre enn de som hadde planlagt sykefraværs mål som kunne gjennomføre dette. For vurderingen av prosjektene er det derfor viktig å se på andre suksesskriterier knyttet til prosjektet og prosjektgjennomføringen, og som er sterkere relatert til prosjektene enn selve sykefraværs målet i mange tilfeller er.

Reduksjon av sykefraværet blir i porteføljen et normativt mål som alle strever mot, men der effektene av handlingene i de fleste tilfeller ikke kan avleses direkte i sykefraværsutviklingen.

3.2.2 Helhetlig og samordnet rehabiliterings- og attføringstilbud

Et helhetlig og samordnet rehabiliterings- og attføringstilbud er ett av forsøksprogrammets overordnede mål. Dette tilbudet skal være forankret i vedkommendes arbeidssituasjon. Et av målene med Attføringsmeldingen var å komme fram til en klarere ansvarfordeling mellom ulike etater mht. attføringsarbeidet, og samtidig sikre gode samarbeidsrutiner (St.meld.nr. 39 1991-92:11). Dårlig tilgjengelighet eller dårlig samordnet rehabiliteringstilbud som fører til at pasienter passiviseres, og gjennom passivering mister selvtillit og motivasjon for å komme tilbake i arbeid eller i yrkesmessig attføring. Meldingen hevder at denne forsinkelsen lett kan føre en pasient inn i en uførepensjon (ibid:49). Videre stiller meldingen spørsmål ved incentivpolitikkenes virkning og ønsker å legge større vekt på faglig bistand fra det offentliges side. ”Dette betyr en bistand som er mer prosjekt- og prosessorientert, gjennom kompetent personell kan spre erfaringer mellom bedrifter og hjelpe arbeidslivet .” (ibid :74).

Det måtte derfor ryddes opp i ansvarsforholdene. Videre ble det lagt større vekt på tjenesteutvikling, ved innføring av en ny rådgivingstjeneste for å gi råd i forhold til organisering av attføringsarbeidet og bidra til informasjonsutveksling mellom bedrifter (:75). Yrkesmessig attføring ble overført til arbeidsmarkedsetaten og trygdeetaten ble gitt nye oppgaver med veivisning – å vise klienter og arbeidsgivere til riktig myndighetsinstans og til relevante tiltak (ibid:61).

Vi forstår porteføljens mål som ønske om samarbeid både mellom virksomheten og det offentlige hjelpeapparatet og mellom de ulike tjenester i hjelpeapparatet. Spesielt er samarbeidet mellom trygden og Arbeidslivstjenesten interessant fordi Arbeidslivstjenesten er den nye kunnskapsbaserte tjenesteproduzenten rettet mot bedriftens arbeid knyttet til rutiner og attføring. Dette samarbeidet og tjenesteutviklingen skulle ha skjedd som en følge av restruktureringen av hjelpeapparatet og tildeling av nye oppgaver. Men det har vist seg at nye handlinger ikke vokser fram i den grad og så raskt som forutsatt i offentlig politikk. Det synes f.eks å være begrenset hva som har skjedd i trygdeetaten mht til utviklingen av veiviserrollen. Vi forstår her forsøksprogrammet som et forsøk på å styrke utviklingen av handlinger eller praksisformer. Det er derfor interessant for porteføljen hvilke praksismåter, arbeids- eller samarbeidsmodeller forsøkene prøver ut, og hvilke erfaringer forsøkene gjør i denne praksisutviklingen. Kanskje finner vi gode modeller, kanskje finner vi handlemåter i systemet som ikke fremmer endring og utvikling innen forebyggings-, oppfølgings- og attføringsområdet.

3.2.3 Bedre livskvalitet

Det er et overordnet mål for programmet ” å bedre livskvalitet ved å legge til rette for at brukeren, så langt som mulig og hensiktsmessig, fortsatt kan være i aktivitet og arbeid”. Dette er et lite konkret mål og uttrykker programmets bakenforliggende norm, at å være i arbeid kan være et gode for brukeren. Arbeid er en egenverdi, både kulturelt sett og personlig for individet. Arbeid er kilde til inntekt, sosial kontakt og anseelse. Livskvaliteten har vist seg å være høyere for dem med tilknytning til arbeidslivet enn f.eks. hos arbeidsledige.

(Mastekaasa, Moum, Næss og Sørensen 1988, Halvorsen 1984). I slike tilfeller er det viktig å legge til rette for arbeid, ev. i kombinasjon med trygd.

Programmålet viser til betydningen av den bedriftsinterne tilretteleggingen og oppfølgingen for å tilrettelegge for den yrkeshemmede og annen atfføringsinnsats, ev. kombinasjoner av arbeid og trygd, til rehabiliteringsinnsats og viser retning til hjelpapparatets innsats.

Programsmål kan ikke uten videre overføres som prosjektmål og til grunnlaget for evaluering. Skal en vurdere om livskvaliteten bedres, kan vi se på graden av arbeidsdeltakelse (arbeidet som gode). Men arbeidet er ikke det eneste godet, lønnsarbeidsdeltakelse er for individene ett blant flere goder.

Det finnes ulike sosiologiske tradisjoner i tilnærming til og forståelse av livskvalitet. I den ene tradisjonen velger forskeren selv å definere hva livskvalitet er (en paternalistisk tilnærming), og det finnes standardiserte mål (Mastekaasa, Moum, Næss og Sørensen 1988). Forskeren operasjonalisere og måler endringer før og etter intervensjon for å finne effekt på livskvalitet. Men det finnes en annen tradisjon for forståelse av livskvalitet som vi her slutter oss til: Livskvalitet er goder som den enkelte definerer i eget liv, noe som innebærer at verdiene er subjektivt bestemt. Ut fra denne tilnærmingen er det lite aktuelt å operasjonalisere livskvalitet ved at forskeren utformer indikatorer på livskvalitet. Skal livskvalitet kartlegges, må det ev. være gjennom intervjuer med personene selv..

En kan imidlertid argumentere for at helse i seg selv er en spesiell livskvalitetsdimensjon. Helse kan ses både som indikator på livskvalitet og som et mål i seg selv. I en avgrenset datainnsamling på individnivå, kunne det derfor være aktuelt bruke selvrapportert helse som indikator på livskvalitet.

Vi vil imidlertid peke på at det er lite rimelig at livskvalitet i mer grunnleggende forstand lar seg påvirke av mindre, målrettede intervensjoner. For programevalueringen oppfatter vi økt livskvalitet som et normativt mål, som i liten grad kan operasjonaliseres eller gjøres relevant for evalueringen i en programportefølje med så ulike prosjekter og innretning.

3.2.4 Brukerperspektivet

Det heter i programnotatet at ”dette programmet ivaretar brukerperspektivet på en ny måte” (s. 3). Det er uklart hva som menes med dette. Vi kan se brukerperspektivet i relasjon til at tiltakene skal forankres på den enkelte arbeidsplassen, altså nær individet eller brukeren. Dette gjelder både rehabiliterings- og atfføringsorienterte forsøk. Men dette sier oss lite om hvilket brukerperspektiv programmet eller prosjektene skal tilstrebe og om de mål som evalueringen bør søke å belyse. Hva kan være aktuelle hensyn å ta i relasjon til brukeren? Vi bør her se på hvem som er tenkt som brukere av tiltakene. Målgruppen er primært arbeidsrelaterte lidelser, med særlig vekt på personer i risikozonen, med muskel- og skjelettlidelser eller andre kroniske smertetilstander. Vi vet generelt at for klienten kan samhandling med hjelpeapparatet undergrave selvtillit og pågangsmot (Dahl 1995). Muskelsmerteklienter opplever ikke å bli trodd, både i forhold til sine smerter, og ikke blir tatt alvorlig i relasjon til hvem de er (Nørve og Alm Andreassen 1998). Kunnskapsstatusen oppsummerer en negativ trend i brukererfaringer knyttet til rehabilitering, der brukerne erfarer å få liten hjelp, blir kasteballer i systemet og mangel på tillit til dem som personer. De blir mistenkeliggjort. De blir utsatt for diagnostiseringsprosesser som vektlegger det

problematiske til fortrensel for positive muligheter (Helgøy 1999:88). Dette er den samme hovedtendensen som framkommer i svensk litteratur (Bäckström 1992).

I et program med prosjekter som også retter intervensjoner mot individer, er det derfor god grunn til å skaffe seg kunnskap om og vurdere hvilke tilnærminger som nyttes overfor individer. Dette handler ikke bare om kundebehandling, men handler om grunnleggende trekk ved det å be om hjelp og hva som hjelper. Det at brukeren/klienten skal få hjelp til å hjelpe seg selv, skal ansvarliggjøres og stilles overfor krav mht. å medvirke ved rehabilitering eller attføring, inngår i hjelpeapparatens strategiske tenkning. Skal de hjelpe seg selv, bidra til egen rehabilitering, forutsetter det at individet er oppegående og handlingsdyktig. Dersom selve samhandlingen undergraver selvtillit og pågangsmot, må det være noe grunnleggende galt med hjelpeapparatets metoder og klientbehandling. Selvtilliten er selve drivkraften.

Men er selvtillit og selvrespekt en oppgave for offentlig politikk og for hjelpeapparatet/forsøkene? Det er med selvtillit som men lykke, hevder Lane, det er ikke noe myndighetene kan skape for den enkelte. Men det en gjennom politikken kan tilstrebe, er *å unngå fornedrelse og vanære* (Lane 1982). Å arbeide for å holde folk i arbeid (arbeidslinja), kan være et ledd i en slik strategi. Men da forutsettes det noe mer: Selve møtet med hjelpeapparatet må være slik at ikke det bidrar til å fornedre eller frata en person ære og aktelse, og slik sett bryte ned selvrespekten, og selvrespekten som drivkraft for videre utvikling - i og utenfor arbeidsmarkedet. Dette er et normativt krav til politikken på feltet og en utfordring for *metodeutviklingen* i alle deler av hjelpeapparatet. Dette forsøksprogrammet arbeider nettopp med metodeutvikling og påberoper seg brukerperspektivet. *Hvordan brukeren blir møtt, er derfor et viktig tema.*

3.2.5 Økt kompetanse for utviklingsarbeid i trygdeetaten

Forsøkene skal også øke kompetansen for utviklingsarbeid i trygdeetaten. Dette er et delmål i forsøkvirksomhetens program. Dette er en annen type mål enn de mer substansielle spørsmålene knyttet til utviklingen av oppfølgingsarbeid i trygden, i virksomhetene og i samarbeidet med ulike tjenester. Å drive utviklingsarbeid er ikke fremmed for trygdeetaten. På 90-tallet har det vært gjennomført prosjekter rettet mot stønadsfaglig utviklingsarbeid, og der bedre oppfølging av sykmeldte har vært det sentrale målet. Vi vil peke på Stønadsfaglig utviklingsprosjekt, ARGUS-prosjektet⁵ og oppfølging av sykmeldte, Handlingsplan 1 og 2.

Trygden, styringsutviklingen og utviklingsarbeid

Trygdeetaten har tradisjonelt vært regelstyrt med stor vekt på å ivareta borgernes rettigheter og sentrale prinsipper som likebehandling. I trygdeetaten har det tradisjonelt vært en regelorientert kultur. Dette er sentrale styringsprinsipper som trygden må holde fast ved.

Endrede oppgaver – endret styrings- og arbeidsmåte

Men styringssystemet skal ikke bare ivareta hensynet til innholdet i virksomheten og samordning. Statlig virksomhet skal også innrette sin organisasjon og styringsformer slik at de unngår å stivne til, at de klarer å tilpasse sin drift til de behovene virksomheten er ment å dekke. Virksomheten må vise tilpassningsevne innen sitt virkefelt, formål og i sine aktiviteter (NOU 1989:5:73). Alle typer av organisasjoner må over tid utvikle seg ut fra hvilke oppgaver

⁵ Utviklingsprosjektet innen oppfølging av sykmeldte gjennomført på fire trygdekontor i Hordaland. Prosjektets strategi var å utvikle målstyring innen området ved å utvikle resultatindikatorer knyttet til virksomhet som f.eks. oppfølging av langtidssykmeldte. Evaluert av Colbjørnesen og Tobiassen 1996.

eller krav de står ovenfor. Vi har pekt på at styring for endring er et viktig krav til styring av offentlig virksomhet.

Trygdens oppgaver har også vært under endring. Trygden skal ikke bare håndtere rettigheter, den skal også utvikle tjenester. Trygden skal følge opp sykmeldte, ut over kontroll av inngangsvilkårene og trygden har fått en veiviserfunksjon. Dette er andre typer av oppgaver. Vi pekte også på at offentlig politikk legger opp til en større grad av tjenesteutvikling, at en i offentlige tjenester skal yte hjelp og veiledning, som erstatning for en økonomisk incentivpolitikk. Videre pekte vi på at nye oppgaveløsninger skal utvikles i trygdekontorene, parallelt til alt annet arbeid de er pålagt.

Trygdens organisasjon og støttesystemer

Norbom-utvalget vurderte trygdeetatens støtte- og styringsbehov (Norbom 1988). Utvalget pekte på styringsutviklingen og problemer i relasjon til trygdeetaten. Det er vanskelig å få større innslag av rammestyring inn i etatens arbeid med forvaltning av folketrygdens rettighetsregler. Utfordringen er å få til mål- og resultatorientert virksomheten samtidig med som det tas hensyn til det lovverket som etaten er satt til å forvalte (:47).

Det utvalget fant i sin kartlegging var at det var viktig å sikre det administrative utviklingsarbeidet vis a vis trygdekontorene. Det ville være sentralt å drive utviklingsarbeid og støtte til ledelsen i kontorene for å få til gode arbeidsopplegg, god organisering og utvikling av kompetanse i trygdekontorene (ibid, Arbeidsnotat 2:13). For å gjennomføre dette ble det gjort organisatoriske endringer, med innføring av et fylkeskontor som skulle gi en bedre støttefunksjon nærmere trygdekontorene. Fylkeskontorene fikk to avdelinger, en trygdefaglig avdeling og en utviklingsavdeling. Utviklingsavdelingen skulle ta seg av oppgaver innenfor administrasjon, utviklingsarbeid, arbeidet med trygdefaglig oppfølging og kvalitetssikring i etaten (Norbom 1988:7). Særlig viktig var det å legge gjennomføringen innen organisasjons- og personalutvikling til fylkeskontorene. Endringene trådte i kraft i 1990-91.

De nye fylkeskontorene ble evaluert av Statskonsult i 1993. Rapporten peker på at målsettinger knyttet til organisasjonsutvikling, lederutvikling og kompetanseutvikling i mindre grad var nådd (Rapport 1993:12:9). Det ble også påpekt at fylkeskontorene og Rikstrygdeverket i liten grad matchet hverandre, fordi Rikstrygdeverket for det meste var fagorientert, mens fylkeskontorene i stor grad var orientert mot plan- og utviklingsoppgaver (:12). Rapporten pekte på at en svakhet ved oppstarten kunne knyttes til mangelfull oppfølging av fylkestygdekontorene og mangel på faglige støttepunkter i sentralorganisasjonen. Det området som fylkestygdekontorene var minst fornøyd med var Rikstrygdeverkets arbeid med organisasjons- og lederutvikling. Rapporten peker også på manglende match mellom det trygdefaglige arbeidet og utviklingsarbeidet. For eksempel blir det pekt på det ulike synet på styringsdata og styringsbehov mellom fylkestygdekontorene og trygdekontorene. Fylkeskontorene hadde laget målstyringsindikatorer knyttet til virksomhetsplaner, og trygdekontorene opplevde at viktig arbeid i etaten ikke passet i forhold til indikatorene (:19). Vi ser av evalueringen at det var problemer med match og samarbeid både horisontalt og vertikalt i organisasjonen og problematisk å gripe faglig viktig arbeid gjennom indikatorer knyttet opp mot målstyring.

Stønadsfaglig utviklingsprosjekt (SUP)

Trygden har også gjennomført egne store utviklingsprosjekter som gir erfaringer knyttet til samarbeid mellom nivåer og forventinger til hverandre. Trygdeetatens stønadsfaglige

utviklingsprosjekter ble startet 1.1.1994 og avsluttet 31.12.1996. Prosjektene var rettet mot utvikling av nye arbeidsmåter i etaten, både ved det enkelte trygdekontor og i samhandling mellom etatens nivåer. Kjernen i utviklingsarbeidet besto i å koble arbeidet med nærtstående kapitler i Folketrygdloven, bidra til en bedre oppfølging av klientene og en bedre samordning av trygdens ytelser overfor den enkelte klient. En gruppe av utviklingsprosjektet satte fokus på oppfølging av sykmeldte. Samtidig var tanken om oppfølging under endring. Utadrettet virksomhet ble vektlagt i større grad enn før, og saksbehandlerne ble pålagt aktiv oppfølging av klientene. Dette skulle innebære at klienten skulle kontaktes for samtaler, der saksbehandleren gir informasjon og veiledning og utvikler samarbeid med lege, arbeidsgiver og trygdekontor (Feiring 1995, 1997). Vi ser her at den virksomheten som gjennom prosjektet SUP skulle fremmes, på mange måter var lik den virksomheten som forsøksporteføljens arbeider med. Det er også mange felles trekk ved organisasjonsmodellen, med en sentral samarbeidsgruppe i Rikstrygdeverket, og der fylkestrygdekontorene skal gi veiledning og støtte i prosjektarbeidet og sikre fremdrift (Feiring 1995:9).

Det framgår av underveisevalueringen fra tre kontorer at organisasjonen hadde problemer med å forholde seg til dette utviklingsarbeidet. Trygdesjefene etterlyste praktisk hjelp til prosjektgjennomføringen fra fylkestrygdekontorene og Rikstrygdeverket, eller at det ble stilt personer til rådighet. Trygdekontorene hadde for mye å gjøre. Det etterlyste større ansvar og oppmerksomhet fra Rikstrygdeverket, spesielt for å peke på hvilke virkemidler som var egnet. Videre var det problemer med å få forum for å diskutere erfaringer. Møtene med Rikstrygdeverket ble en fortelling fra prosjektet og ikke en diskusjon mellom flere. Evalueringen viste at Rikstrygdeverket hadde sluppet sin posisjon som den som styrer. Rikstrygdeverket hospiterte og hørte på deres erfaringer. Dette kan bli forstått som at "Rikstrygdeverket halter etter...eller sitter på lasset" (Feiring 1995:21).

Slik vi leser evalueringen, har partene i det vertikale samarbeidet problemer med forventinger til hverandre og med roller og arbeidsdeling i utviklingsarbeidet. Spesielt er ikke trygdekontorene vant til og komfortabel med at Rikstrygdeverket ikke styrer hierarkisk. Evalueringen peker på at prosjektutviklingen lett kan gå i stå, dersom det lokalt er behov for rettledning og støtte og dette behovet ikke møtes fordi en fra sentralt hold er redd for å blokkere lokale erfaringer (Feiring 1995:25). Men det peker ikke bare mot Rikstrygdeverkets rolle. Det er fylkestrygdekontorene som har ansvaret for utviklingsarbeidet, og det burde være disse enhetene som ga trygdekontorene hjelp og pekte på virkemidler.

Problemstillinger knyttet til forsøk som utviklingsarbeid i trygden

Vi kan se dette forsøksprogrammet som et "gulrot"-program. Det departementet gjennom programmet først og fremst vil oppmuntre til er, som vi tidligere har vist, forsøk som prøver å koordinere i systemet for oppfølging av sykmeldte, både mellom ulike offentlige tjenester og mellom tjenester og arbeidsgivers system for oppfølging og atføring av sykmeldte. Programmet kan ses som en "gulrot" til å utprøve andre handlinger enn den praksis som normalt foregår ved trygdekontoret, hos arbeidsgiver osv.

Det heter i programnotatet at trygdeetaten skal ha en sentral rolle i prosjektene og forsøksvirksomheten, og at det er et delmål for programmet å øke kompetansen om utviklingsarbeid i trygdeetaten. På gjennomføringssiden er dette fulgt opp med at trygdekontoret/fylkestrygdekontoret skal være prosjektansvarlig, og at fylkestrygdekontorene vil ha ansvaret for å trekke det lokale trygdekontoret inn i prosjekter der dette ikke er gjort.

Ut fra denne gjennomgangen av fylkeskontorenes rolle og evaluering av fylkestrygdekontorene, samt evaluering av tidligere utviklingsarbeid, kan en danne seg noen problemstillinger knyttet til iverksettingen av porteføljen og hva det kan være grunn til å se etter ved gjennomgangen av prosjekter.

Det er viktig å kartlegge *hvordan trygdekontorene og fylkestrygdekontorene velger å forstå sin rolle og prioriterer forsøksarbeidet*. Spesielt vil det være viktig hvordan fylkestrygdekontorene løser sine oppgaver, fordi de er prosjekteiere i den gjennomføringsmodellen som Rikstrygdeverket har valgt. Får prosjektene hjelp og støtte? Legges det opp til organisatorisk læring? Her kommer det an på både hvilken motivasjon for endring som er til stede (March og Olsen 1976) og hvordan prosjektene er organisert i relasjon til trygden, og på hvilken forståelsesform trygden har av forsøk. De mest interessante mht. organisatorisk læring, er gjennomføringen av de prosjekter som er gjennomført som prosjektet i trygdens organisasjon.

Vi har tidligere pekt på at forsøksvirksomhet kan ses som en måte å få til endring, gjennom at grunnplanen får iverksette egne ideer ut fra nærmere optrukkede rammer og med plikt om rapportering. Dette er i samsvar med Kanter's tanker om endringer, der rammene er vedtatt i ledelsen (gjennom de krav og den innstyring som forsøksprogrammet og utvalg av prosjekter gir) og følges opp med rapportering. Men som Kanter peker på er det ikke gitt at dette går av seg selv, fordi det kan eksistere motkrefter i organisasjonen fordi forsøkene/endingene i arbeidsmåten kan gå mot en bedriftskultur som legger stor vekt på å forholde seg til og følge opp den styringen som går gjennom linjen. Fordi trygden er vant til regelstyring kombinert med målstyring knyttet til restanser og maksimaltider, vil vi tro at Kanter's påpekning *av mellomledernes interesser av å være "linjetro" og slik lite villig til å ta risiko eller fremme ideer nedenfra, vil ha relevans i trygden* (Kanter 1984). Hvorfor da drive forsøk med alternativ oppfølging av sykmeldte, dersom det ikke umiddelbart påvirker andelen av 12 ukers vedtak fattet innenfor fristen?

4 En oversikt over forsøksporteføljen

4.1 Innledning

I denne porteføljen har invitasjonen til å utarbeide prosjekter vært åpen og gir vide muligheter for hva som skal iverksettes og hvem som skal være aktører. Det eneste som er fast er at tiltakene skal ha tilknytning til arbeidsplass og at Trygdeetaten/Fylkestrygdekontoret skal være prosjektansvarlig. Programnotatet gir føring og mål, skisserer strategier og hovedtilnærminger og åpner opp en rekke ulike koblinger og muligheter.

Den primære målgruppen som prosjektene skal rette seg mot er personer i et arbeidsforhold, og som har arbeidsrelaterte lidelser med særlig vekt på muskel- og skjelettlidelser eller andre kroniske smertetilstander. Videre legges det vekt på at for å få til et helhetlig oppfølgings-, rehabiliterings- og attføringsarbeid forutsettes et tett samarbeid med bedrift/arbeidsgiver.

Programmet inviterer derfor både arbeidsliv og trygdesektoren til å komme med innspill og forslag til forsøksvirksomhet. Også aktører av ulike slag er invitert inn, fra idrettslaget og bedrifter til ulike offentlige og private tjenester.

Hva inneholder porteføljen av prosjekter?

Vi vil i dette kapitlet gi en oversikt over de prosjektene som gjennomgås eller refereres til i den videre teksten. I denne programevalueringen bruker vi ikke alle prosjekter i porteføljen. Vi bruker alle store prosjekter som er avsluttet og ikke er evaluert av annet forskningsmiljø. Det innebærer at forprosjekter og ikke avsluttede prosjekter normalt ikke inngår i vårt erfaringsmateriale. Vi har vurdert det slik at prosjekter evaluert fra andre forskningsmiljøer allerede er godt dokumentert og at avsluttede prosjekter pr. 31. januar 2000 ikke var tilstrekkelig langt kommet til at vi har den nødvendige dokumentasjonen av handlinger og resultater. Videre har vi normalt sett bort fra prosjekter som er delfinansiert (sluttfinansiering av prosjekter fra tidligere eller andre programmer) og prosjekter som ikke er forsøk (utredninger). Vi har gjort noen unntak fordi enkelte temaområder ikke ble dekket. Derfor har vi tatt med tre ikke-avsluttede prosjekter, et prosjekt med delfinansiering og et forprosjekt. Samlet bruker vi erfaringer fra 29 prosjekter.

Vi har sett det slik at det er vanskelig å få oversikt over forsøksarbeid som gjøres, og at en rapport som denne også har en oppgave i å dokumentere porteføljen.

Når vi skal trekke ut erfaringer knyttet til så mange ulike prosjekter, har vi valgt å samle prosjekter med visse likheter i knipper og prøve å trekke sammen prosjekterfaringer kapittelvis. Og som avslutning av rapporten vil tre kapitler oppsummere erfaringer på tvers av kapitler.

Rapporten er organisert i tre deler:

- **Del 1** handler om bakgrunnen for forsøkene, forståelsen av forsøkene, metode og tilnærming for evalueringen, diskusjon av sentrale problemstillinger og oversikten over porteføljen.
- **Del 2** handler om de ulike forsøkene, der disse dokumenteres og diskuteres.

- **Del 3** handler om evaluering på tvers av alle prosjekter og er sentrert omkring tre temaer, effekter på sykefraværet, modeller for oppfølging av sykmeldte og erfaringer fra iverksettingen av porteføljen.

Vi har valgt å dokumentere det enkelte prosjektet gjennom et resymé. Utvalget av stoff er styrt av hva evalueringen legger størst vekt på, oppfølgingsmodeller og organisatoriske erfaringer knyttet til trygdens håndtering av forsøk. Vår presentasjon av alle større utdrag er kvalitetssikret med prosjektleder eller annen sentral prosjektaktør. Denne framgangsmåten fører til en omfattende tekst, noe vi har ment har vært rimelig overfor det enkelte prosjektet og for å vise hva programevalueringens drøftinger bygger på. Prosjektenes handlinger og erfaringer er våre data. Derfor blir del 2- omfangsrik. Men vi mener at det går an å lese del 1 og 3, samt *siste hovedpunkt under hvert temakapittel* uten å sette seg inn i alle forsøkene eller casene. Det siste hovedpunktet i hvert kapittel inneholder oppsummeringer, drøftinger og problemstillinger knyttet til de presenterte prosjektene.

4.1.1 Inndelingen av prosjekter og kapitler

Når vi skal lage en knippevis drøfting av prosjektene, er det flere muligheter for tematisk samling. Vi har her valgt å ta utgangspunkt i *hvilken arena for oppfølging som prosjektene orienterer seg mot* og hvordan de selv organisatorisk er plassert. I en portefølje som dreier seg mye om oppfølging av sykmeldte, må dette kunne være et egnet utgangspunkt for gruppering. Vi kan i hovedsak skille mellom

- prosjekter som arbeider *i en virksomhet*
- prosjekter som arbeider frittstående eller som trygdekontor *mot en virksomhet*
- prosjekter som driver individoppfølging eller metodeutvikling knyttet til oppfølgingssamtaler *i trygdekontor*
- prosjekter (i trygdekontor) som arbeider mer med andre problemstillinger, som sosial rehabilitering
- prosjekter som arbeider med reaktivering av unge uføre.

I tillegg har vi to kapitler som i hovedsak setter fokus på virkemidler i oppfølgings- og forebyggingsarbeidet. Et kapittel ser på prosjekter der hovedvekten har ligget på trening som forebygging og rehabilitering, og et kapittel ser spesifikt på erfaringer knyttet til iverksetting av aktiv sykmelding.

Mange prosjekter kombinerer ulike elementer, og det er derfor ikke gitt hvor det enkelte prosjektet skal plasseres i denne analyseplanen. Vi har plassert prosjektet ut fra hva vi har oppfattet som prosjektets sentrale virksomhet. Alle prosjekter får heller ikke like fyldig omtale. Vi har valgt å legge mest vekt på prosjekter som arbeider med ulike former for oppfølging av sykmeldte og institusjonelt samarbeid. Det innebærer at prosjekter som legger hovedvekten på trening som forebygging og rehabilitering blir mer skjematisk behandlet. Utvalget er ikke styrt av prosjektenes ”vellykkethet”, men av vår tematiske innretning av programevalueringen, noe vi har gjort rede for under diskusjonene av programmets mål.

Men prosjekter innen det feltet vi har valgt ut, er heller ikke like fyldig rapportert. Dette handler om hva vi under metodediskusjonene kalte ”tynne” og ”tykke” rapporter. Det er ulikt i hvilken grad den enkelte rapporten har gjort rede for hva de har gjort og hva de har erfart. Når erfaringer knyttet til f.eks. oppfølging i trygdekontoret mangler i prosjektets egen rapport,

er dette erfaringer som ikke er tilgjengelige for andre og heller ikke for evalueringen. Følgelig kan ikke prosjektet refereres på dette området og blir slik ”tynnere”.

4.2 Oversikt over omtale prosjekter

Prosjektnavn Fylkeskontor Prosjektperiode Ref. til kapittel	Hva var prosjektets intervensjon
”Trøste og Bære” Oppland FTK sep. 95 - juli 97 <i>Kap. 5.2.1</i>	Arbeidsmiljørettet, forebyggende prosjekt gjennomført i de hjemmebaserte tjenestene i Lillehammer kommune. Arbeidsmiljøkartlegging, bearbeidet på lokalt nivå i organisasjonen. Holdningsskapende og motiverende arbeid blant de ansatte. Førte til endring av organisasjon og ledelse og nye rutiner for oppfølging. Prosessen ble gjennomført av avdelingen selv.
”Reduksjon av sykefraværet gjennom forebyggende tiltak” Akershus FTK des. 96 - des. 98 <i>Kap. 5.2.2</i>	Arbeidsmiljørettet, forebyggende prosjekt gjennomført i alle avdelinger av Aurskog-Høland kommune. Arbeidsmiljøkartlegging, bearbeidet på lokalt nivå i organisasjonen. Utvikling av rutiner for HMS og oppfølging av sykmeldte. Lagt opp som en bred prosess med politisk og administrativ behandling og oppfølging av tiltaket. Prosjektledelse fra rådmannens stab og tett samarbeid med bedriftshelsetjenesten.
”Medvirkningsprosjektet ved RiT” Sør-Trøndelag FTK okt. 96 - mai 99 <i>Kap. 5.2.3</i>	Arbeidsmiljørettet, forebyggende prosjekt gjennomført i Husøkonomavdelingen ved Regionsykehuset i Trondheim. Kartla arbeidsmiljøet gjennom arbeidsdeltakelse og spørreskjema. Gjennomførte lokale tiltaksmøter. Prøvde ut vikarpool og ekstravaktlister. Prøvde ut aktiv sykmelding med tett oppfølging og etablerte nye rutiner for oppfølging av sykmeldte.
”Sykefraværprosjektet ved Ringnes Gjelleråsen” Akershus kommune FTK jan. 96 - juli 98 <i>Kap. 5.3.1 og 10.3.3</i>	Prosjekt rettet mot å utvikle oppfølgingen av sykmeldte, med særlig vekt på samarbeidet mellom trygdekontor og virksomhet. Ble gjennomført ved Ringnes’ anlegg på Gjelleråsen i Nittedal kommune. En ansatt/prosjektleder ved trygdekontoret arbeidet ved bedriften og fungerte bl.a. som trygdekontor for bedriften i forsøksperioden. La vekt på å arbeide med aktiv sykmelding og få til basisgruppemøter i saker der bedriften ikke kunne gjøre mer.

<p>Prosjektnavn Fylkeskontor Prosjektperiode Ref. til kapittel</p>	<p>Hva var prosjektets intervensjon</p>
<p>”Forebygging og oppfølging av arbeidsrelaterte belastningslidinger ved Kværner Leirvik” Sogn og Fjordane FTK juni 96 - des. 97 <i>Kap. 5.3.2 og 9.2</i></p>	<p>Var rettet mot arbeidsmiljø og trening som forebygging. Ble gjennomført på Kværners anlegg i Leirvik, Hyllestad kommune og omfattet alle. Bedriften bygd treningsrom. En gruppe på 45 med selvrapporterte belastningslidelser og lidelser i bevegelsesapparat, ble tilbudt å trene i arbeidstiden. Av denne gruppen trente 17 regelmessig (2-3 ganger pr. uke over en periode på minst tre måneder), og denne gruppen viste en klar nedgang i den delen av sykefravær som skyldes belastningsrelaterte lidelser.</p>
<p>”Sykefraværprosjektet SOT” Rogaland FTK april 96 - april 97 <i>Kap. 5.3.4</i></p>	<p>Prosjekt rettet mot forebyggende trening for å bedre arbeidshelsen. Prosjektet utviklet også bedriftsinternt arbeid med utvikling og iverksetting av sykefravær rutiner. Rutineutviklingen skjedde gjennom partssammensatte idédugnader. Virksomheten fikk egen kontaktperson i trygden, som også deltok i dette utviklingsarbeidet. Prosjektet omfattet alle ansatte i Stavanger og Omegn Trafikkselskap.</p>
<p>”Arbeidsgiverkontakt - oppfølging av sykmeldte i Sør-Tromsregionen” (Sør-Troms-prosjektet) Troms FTK mai 96 - mai 98 <i>Kap. 6.2.1</i></p>	<p>Prosjekt rettet mot tidlig oppfølging av sykmeldte i de 7 kommunene som utgjør Sør-Troms trygderregion. Rettet både mot arbeidsgivers oppfølging av sine sykmeldte og mot trygdekontorets egen oppfølging. Prosjektet gjennomførte kontaktmøter og organisatoriske arbeidsmiljøkartlegginger i kommunene, og gjennomførte utviklingsarbeid i regionens 7 trygdekontor. Iverksetting av aktiv sykmelding var et viktig virkemiddel i denne strategien.</p>
<p>”Forebyggende attføringsprosjekt ved Stovner og Furuset trygdekontor” FAPRO Oslo FTK høsten 95 - høsten 98 <i>Kap. 6.2.2 og 10.3.1</i></p>	<p>Samarbeid mellom 7 virksomheter, Stovner og Furuset trygdekontor og Stovner arbeidskontor. Tok sikte på å bedre kontakten mellom virksomheter og hjelpeapparatet, særlig med sikte på å iverksette aktiv sykmelding. For å få til rask iverksetting, fungerer trygdekontorene som bedriftstrygdekontor for prosjektbedriftene og godkjente avtalene om aktiv sykmelding i løpet av fire dager.</p>

Prosjektnavn Fylkeskontor Prosjektperiode Ref. til kapittel	Hva var prosjektets intervensjon
”Ressursenteret på Sortland” Nordland FTK nov. 95 - april 97 <i>Kap. 6.2.3</i>	Prosjektet tok sikte på å utvikle gode arbeidsformer i trygdeetaten og i arbeidslivet gjennom være pådriver overfor alle aktører. Ble gjennomført i Sortland kommune. Arrangerte kurs i sykefraværsoppfølging, i endringsledelse, gjennomførte Friskvernseminar og bidro til opprettelse av kvalitetsteam ved sykehjem. Trygdekontoret arbeidet med utvikling av gruppebasert veiledning.
”Frisk i Nord-Østerdal” Hedmark Arbeidslivstjeneste mars 95 - april 97 <i>Kap. 6.2.4</i>	Prosjektet arbeidet med å samordne ulike offentlige og aktører inn mot kommunenes behov innen atferdsfeltet. Prosjektet ble gjennomført i Alvdal, Os og Rendal kommuner. I hver av kommunene ble det opprettet lokale samarbeidsgrupper mellom kommunen og tjenestene og det ble gjennomført tiltak som kurs om psykososialt arbeidsmiljø, kurs innen ergonomi og løfteteknikk for omsorgssektoren og arbeidsmiljøkurs. Samtidig ble det arbeidet med rutineutvikling knyttet til sykefraværsoppfølging.
”Bedriftsrettet sykefraværsoppfølging - oppfølgingskonsulentene i Østfold” Østfold FTK våren 94 - juli 96 <i>Kap. 6.2.5</i>	Utgangspunktet for prosjektet var at oppfølging av sykmeldte har vært for smalt definert: Det er bedriften som er hovedarena for sykefraværarbeidet. Prosjektet arbeidet derfor mot fylkets virksomheter med høgt sykefravær. Det ble satt sammen en ressursgruppe av trygdekonsulent, representant for Arbeidslivstjenesten og bedriftshelsetjenester, som sammen arrangerte informasjonsmøter med virksomheten og som tilbød videre tjenester ut fra virksomhetens etterspørsel.
KOBOKS (Koblingsboksen) Vestfold FTK juli 97- jan. 00 <i>Kap. 7.2.1</i>	Prosjektet rettet seg mot det problemet at sykefraværsoppfølgingen var dårlig organisering og manglet tverrfaglig kompetanse. Prosjektet opprettet et kontor som sto for all informasjon og veiledning av den sykmeldt. KOBOKS gjennomførte en avklaringsamtale og tok etter behov kontakt med arbeidsgiver. Prosjektet rettet seg mot personer med muskel- og skjelettlidelser, og ble gjennomført i Borre og Holmestrand kommuner.

Prosjektnavn Fylkeskontor Prosjektperiode Ref. til kapittel	Hva var prosjektets intervensjon
”FASØ – HMS-prosjektet” Hordaland FTK mars 95 - juli 97 <i>Kap. 7.2.2</i>	FASØ står for Fjell, Askøy, Sund og Øygarden kommuner. Prosjektet var rettet mot 6 fiskeribedrifter i disse kommunene, og målet var å innføre gode rutiner for sykefraværsoppfølging, tilpasset den enkelte bedrift. Prosjektet prøvde også ut avklaringsmøte for sykemeldte gjennomført på bedriften, der sykmeldte, støtteperson bedriftshelsetjenesten, trygdekontoret og i noen tilfeller representanter for arbeidsmarkedsetaten deltok.
”Muskelsmerteprosjektet i Sogn og Fjordane” Sogn og Fjordane FTK aug. 97 - mai 99 <i>Kap. 7.2.3</i>	Ønsket å prøve ut en rehabiliteringsmodell overfor den sykmeldte som var orientert mot arbeidsplassen og å støtte under oppfølgingen ved å gi et systemrettet tilbud til virksomhetene. Målgruppen var 7 større virksomheter. Prosjektet iverksatte en sammensatt intervensjon overfor individet med trening og samtaler i grupper, samt kontakt med arbeidsplassen. Hver deltaker var på arbeidsplassen 1- 2 dager i uken, der de bl.a. kartla egen arbeidsplass og la denne kartleggingen fram i et møte med ledelse, verneombud og bedriftshelsetjenesten til stede.
”Hjelp gjennom samhandling” Buskerud FTK 1993 - 96 <i>Kap. 7.2.4</i>	Rehabiliteringsprosjektet gjennomført i Ål kommune. Opprettet rehabiliteringsteam med helsepersonell, sosionom og konsulent for funksjonshemmede. Hver pasient fikk sin egen kontaktperson i teamet. Prosjektet skulle finne fram til hjelpetiltak for den enkelte gjennom bruk av det lokale hjelpeapparatet. Prosjektleder hadde brukerkontakten og veiledet brukeren i relasjon til hjelpeapparatet.
”Hjerterehabiliteringsprosjektet ved Krokeide yrkesskole” Hordaland FTK 1996 - 1998 <i>Kap. 8.2.1</i>	Utgangspunkt var at det syntes å være vanskelig å komme i jobb for ferdig behandlede hjertepasienter. Prosjektet arbeidet med tilbakeføring av hjertepasienter ved å arrangere kurs for livsstilsendring, samt samtaler med trygdekonsulent for å kartlegge arbeidssituasjonen og utarbeide handlingsplan ved behov.

Prosjektnavn Fylkeskontor Prosjektperiode Ref. til kapittel	Hva var prosjektets intervensjon
”Linken” Buskerud FTK januar 2000 - <i>Kap. 8.2.2</i>	Terskelen til arbeid og til yrkesmessig atferd er for høy for mange personer med psykiske lidelser. Prosjektet driver arbeidsforeberedende aktiviteter for personer med psykiske problemer og drives av arbeidsmarkedsbedriften Eileli AS.
”Høgløkka” Buskerud FTK Forprosjekt 1994 <i>Kap. 8.2.3</i>	Kartla det eksisterende tilbudet til pasienter med psykiske lidelser for kommunene Lier, Hurum og Røyken. Tanken var å utvide Høgløkka ressurscenter i Røyken kommune. Ble ikke iverksatt.
”Ringerike-Hallingdalprosjektet” Buskerud FTK Oppstart nov. 1999 <i>Kap. 8.2.4</i>	Tilbyr beslutningsstøtte til allmennpraktikere mht. å stille muskel- og skjelettdiagnoser korrekt tidlig i forløpet av sykdommen.
”Buskerud trygdemedisinske poliklinikk – kompetansesenter.” Buskerud FTK 1993- 97 Delfinansiering <i>Kap. 8.2.5</i>	Kompetansesenteret skulle stå for trygdemedisinsk utredning av potensielt langtidssykmeldte, ved rediagnostisering av pasienter og utvikling en tiltaksplan. Denne skulle oversendes behandlende lege og trygden som videre har primæransvaret mht. oppfølging. Prosjektet er forskerevaluert men er likevel tatt med i evalueringen fordi det representerer en annen trygdekorttilnærings enn hva som ligger i porteføljen forøvrig. Kompetansesenteret ble ikke videreført.
”Belastingslidelser og muskulær mestring (BMM)” Rogaland FTK sep. 95 - mai 96 <i>Kap. 9.2</i>	Prosjektet testet om et program med muskeltrening, kunnskapsformidling og opplæring ville føre til opplevelse av muskulær mestring og til reduksjon av sykefraværet. Gjennomført i Norske Meierier, Klepp, ostepakkeriet. Deltakerne trente to ganger pr. uke i ½ år og kurs i avspenning og mestringsteknikk 8 ganger. Finner fall i sykefravær som skyldes muskel- og skjelettplager etter ca. 4 mnd. trening.

Prosjektnavn Fylkeskontor Prosjektperiode Ref. til kapittel	Hva var prosjektets intervensjon
”Gilde Agro” Rogaland FTK 1994-96 <i>Kap. 9.2</i>	Treningsprogram, øvelser til musikk, gjennomført på to grupper; en gruppe med begynnende høgt sykefravær og en gruppe med mer kroniske plager. Fant at gruppen med begynnende høgt sykefravær hadde størst utbytte av treningsprogrammet mht. reduksjon av sykefraværet.
”Aktiv Helse” Vest-Agder FTK Forprosjekt 1995 <i>Kap. 9.2</i>	Utprøving av intervensjon rettet mot langtidssykmeldte med diffuse skjelett-/muskellidelser og lettere mentale lidelser. Personene ble plukket ut fra trygdekontoret. Delt i grupper på 8 - 10 personer og gjennomgikk en intervensjon bestående av læring, øving, forståelse og trening (LØFT) over 5 uker og oppfølging over 3 mnd. Viste seg vanskelig å plukke ut egnede personer ut fra trygdekontorets lister og etter diagnose. Videre prosjekt ikke iverksatt.
”Dyno Ryggskole” Akershus FTK 1995 <i>Kap. 9.2</i>	Intervensjonsprogram rettet mot mestring av oppgaver knyttet til arbeidssituasjonen for personer med ryggliedelser. Intervensjonen inneholdt egentrening og 3 samlinger med øvelser i løfte- og arbeidsteknikk o.l. Gjennomført i Dyno industrier, Lillestrøm.
”Frisklivssentralen i Modum” Buskerud FTK mars 96 - feb. 99 <i>Kap. 9.2</i>	Utvikling av et ikke-kommersielt treningstilbud som supplerer idrettslagenes virksomhet og retter seg mot brede grupper. Virksomheten var rettet både mot rehabilitering av sykmeldte og som et generelt tilbud til befolkningen. Det ble utviklet mange nye tilbud. Vanskelig å få leger og trygdekontor til å etterspørre trening som rehabilitering, og å finne finansielt grunnlag for videre drift av virksomheten.

Prosjektnavn Fylkeskontor Prosjektperiode Ref. til kapittel	Hva var prosjektets intervensjon
”Optimalisering av systemet Aktiv Sykmelding” Oslo FTK jan. 97 - des. 99 <i>Kap. 10.2.1</i>	Intervensjon i tre fylker for å øke iverksettelsen av aktiv sykmelding for ryggpasienter. For å få iverksatt flere tilfeller av aktiv sykmelding i målgruppen, tilbyr prosjektet kunnskaps- og beslutningsstøtte til aktører som møter den sykmeldte tidlig i sykmeldingsperioden. Den viktigste aktøren for prosjektet, er legen. Beslutningsstøtten besto av kliniske retningslinjer for behandling av målgruppen og standardbrev til lege og arbeidsgiver, samt ressursperson/fysioterapeut, som skulle gi praktiske bidrag. Opplegget fungerte ikke etter intensjonen. Ressurspersonene måtte tre inn som koordinatorene for å følge opp de sykmeldte.
”Reaktivering av unge uføre” Oslo FTK 1996 <i>Kap. 11.3.1</i>	Rettet mot personer med arbeidsrelaterte lidelser valgt ut fra saker ved tre trygdekontorer. Det viste seg vanskelig å rekruttere unge uføre på denne måten. Av 367 gjennomgåtte saker satt prosjektet tilbake med tre kandidater, ni deltok. Intervensjonen besto av 5 ukers kurs og deretter arbeidstrening i bedrift 8 uker.
”Unge uføre i arbeid. En modell for utprøving av arbeidskapasitet” Vest-Agder FTK <i>Kap. 11.3.2</i>	Ønsket å etablere et arbeidstreningstilbud for unge uføretrygdede i Arendal, som ikke kunne benytte seg av arbeidsmarkedsetatens tilbud fordi terskelen er for høy. 34 deltagere deltok. Rekrutterte personer som meldte seg på trygdekontoret, gjennom avisannonse og henvisninger fra andre instanser. Intervensjonen besto av kurs over 2 uker og 12 ukers arbeidstrening (4 dagers uke).
”Uførepensjonerte – tilbakeføring til arbeid” Sør-Trøndelag FTK <i>Kap. 11.3.3</i>	Samarbeidsprosjektet mellom trygdekontorene i Klæbu, Melhus og Malvik og arbeidsmarkedsetaten ved Trondheim Syd, Melhus og Hommelvik. 11 personer deltok, plukket fra lister ut fra lokal kjennskap til personene. Intervensjonen besto av kursdel på 8 uker og arbeidstreningssdel på 12 uker.

4.3 Aktører, arenaer og sentrale ideer

For et utvalg på 22 av disse prosjektene⁶ har vi gjort en analyse av hvem som har initiert prosjektene, hvem som har vært sentrale aktører i prosjektene, hva har vært prosjektens arena, hvilke ideer prosjektene presenterer som de sentrale og i hvilke oppgaver trygden har deltatt i.

Ut fra dette vil vi spørre om programmet traff sitt ”marked”, eventuelt om vi kan peke på grupper/interesser/ideer som er svakt representert i porteføljen. Vi baserer oss her på de opplysninger som er gitt i prosjektrapportene.

4.3.1 Prosjektmakerne og prosjektarenaer

Bak flere av prosjektene står det flere aktører, enten et samarbeid mellom to eller tre eller en sammenslutning av aktører. Bak 22 forsøk kan vi identifisere 35 initiativtakere. I to tilfeller kan vi ikke identifisere hvem som har stått bak. Vi finner fire store aktører, trygdeetaten, arbeidsmarkedsetaten, bedriftshelsetjenester og virksomhetene selv. Bedriftshelsetjenester har vært involvert i initiering av seks forsøk, fylkestrygdekontor har deltatt i initieringen av seks forsøk, lokal trygdekontor i fire. Arbeidsmarkedsetaten har deltatt både gjennom Arbeidslivstjenesten, arbeidskontorer og en arbeidsmarkedsbedrift, til sammen i seks forsøk. Vi finner tre initiativer fra private bedrifter, to fra kommunene og en fra en fylkeskommunal virksomhet. Partene i arbeidslivet er involvert i to initiativer. Den instans som oftest er alene bak initiativet, er fylkestrygdekontorer som er alene i tre av de seks initiativene de har deltatt i.

Brede samarbeid

Vi finner flere sammenslutninger av aktører som initiativtakere. Vi finner tidligere etablert samarbeid som utgangspunkt for å danne prosjektene. Dette dreier seg om Tirsdagsforum (FAPRO) – et forum for helse, miljø og sikkerhet i Furuset og Stovner bydel, initiert fra trygdekontorene i bydelene og Stovner arbeidskontor og om KOBOKS som ble initiert av fem ildsjeler med arbeidsplass og bakgrunn i trygdeetaten, fysikalsk institutt, bedriftshelsetjeneste, en representant for en større virksomhet i Horten og Arbeidslivstjeneste. Vi kan også peke på et samarbeid på fylkesplan i Oppland fylke, der det i 1994 etter initiativ fra fylkestrygdekontoret ble opprettet en tverrfaglig referansegruppe med representanter fra fylkeslegen, LO og NHO, arbeidstilsynet, fylkesarbeidskontoret og trygdeetaten. Denne gruppen initierte ”Trøste og Bære”. Den siste sammenslutningen vi vil peke på var organiseringen av den nye trygderegionen i Sør-Troms, som ble stående som initiativtaker til et prosjekt. Vi finner at det er mange aktører representert, men vi finner også at arbeidslivets parter ikke står bak mange initiativ. Vi finner at det er mange typer av brede samarbeid.

Arenaer

Men det ingen sammenheng mellom hvem som initierer et prosjekt og hva som er prosjektets arena. Selv om partene i arbeidslivet ikke var av de store initiativtakerne, foregikk seks av 22 prosjekter i private bedrifter, to i kommunale organisasjoner og en i fylkeskommunal bedrift. Ytterligere seks prosjekter var rettet mot bedrift, mot bedriftens behov for hjelp til avklaring.

⁶ Vi har her ikke med reaktiveringsprosjektene, forprosjekter, prosjekter som er delfinansiert av denne porteføljen og store prosjekter med egen følgeforskning.

Bare ett av de 22 konsentrerte seg alene om trygdekontorets arbeid (KOBOKS). Mange prosjekter orienterte seg mot både bedrift og trygdekontorarbeidet.

4.3.2 Målgruppene

Programmets målgruppe var primært arbeidsrelaterte lidelser, med særlig vekt på muskel- og skjelettilstander og kroniske smerter. Når vi skal se på hva som er prosjektenes målgrupper, er dette mer komplisert i denne forsøksporteføljen. Det er slik i mange prosjekter at intervensjonen er sammensatt. For eksempel arbeider et prosjekt for å bedre arbeidsmiljøet, og her er alle ansatte målgruppe samtidig som en arbeider med trening for eller oppfølging av sykmeldte, i en avdeling av organisasjonen og innen en gitt diagnosegruppe. Her er en yrkesgruppe og/eller diagnosegruppe målgruppen. En stor del av prosjektene har systemrettede mål, der bedriften, dens systemer og liknende er målet for forbedringsarbeidet. Dette vil framkomme i omtalen av de enkelte prosjekter.

Ser vi på bransjer som er representert, er de alle bransjer med stort innslag av belastingsrelaterte lidelser. Vi finner tre prosjekter i omsorgsbransjen, tre i næringsmiddelindustrien. Videre er fiskeindustri, transport, verftsindustri, tradisjonell industri og rengjøring representert. Noen prosjekter retter seg til flere bedrifter i en region/flere bransjer.

4.3.3 Sentrale ideer bak prosjektene

Vi finner fire grupper av ideer bak disse 22 prosjektene. I fire prosjekter er flere ideer koblet. Dette innebærer at i 22 prosjekter finner vi 26 ideer. Vi skal her gjennomgå de enkelte grupper ut fra den popularitet de har blant prosjektmakerne.

Den mest populære hovedideen, som vi finner i åtte prosjekter, handler om at arbeidstakerne er i for dårlig form og bør trene og endre sine levevaner. Vi har ideen i to hovedutforminger:

- Trening bedrer kondisjon og muskelstyrke, noe som vil senke sykefraværet hos deltakerne.
- Trening øker trivselen, øker mestringen og derigjennom senker sykefraværet.

Til denne gruppen har vi også tatt med antagelsen om at legen mangler kunnskaper om aktiv behandling for en gitt gruppe og trenger beslutningsstøtte (for å få i gang aktiv rehabilitering).

Den neste hovedideen som vi finner i sju prosjekter, er at *hjelpeapparatet må framstå samlet og koordinert*, det er samarbeidet i hjelpeapparatet som må utvikles. I seks prosjekter finner vi hovedideen at *sykefraværet senkes gjennom å bedre arbeidsmiljøet*. Det må arbeides med HMS arbeid. Den siste hovedideen handler om betydningen av *god oppfølging av sykmeldte* på bedriften og *at bedriften er hovedarena* for sykefraværsarbeidet. Dette finner vi i fem prosjekter. De ideene som oftest kobles er ideen om koordinering av hjelpeapparatet og oppfølging i bedrift.

Av disse hovedideene følger prosjektets handlinger. Men de aller flest prosjekter har handlinger koblet til mer enn en hovedidé. Hva som har vært prøvd ut på handlingsplaner, kommer vi tilbake til ved presentasjon av prosjektene. Denne gjennomgangen er organisert i sju kapitler. Vi har gruppert prosjekter i grupper ut fra hva de har arbeidet med.

4.3.4 Hvem har vært de sentrale prosjektaktører?

Vi må her skille mellom to nivåer i prosjektene. Vi har styringsgruppene, normalt med fylkestrygdekontoret som styreleder. Og vi har prosjektgruppene, de som har bistått prosjektleder med gjennomføringen av prosjektets aktiviteter. Men i noen tilfeller var aktører som satt i styringsgruppen tildelt oppgaver, f.eks. som sekretariat. Disse aktørene med gjennomføringsoppgaver har vi her tatt med. Et problem med å lage en slik oversikt, er hvordan prosjektledere(ledelsen) skal kategoriseres. I prosjekter som er bygget rundt en trygdefaglig person som driver prosjektet i en virksomhet eller i et trygdekontor, er det regnet som om trygdekontoret er med i handlingene. At det ikke alltid er kontoret som deltar, skal vi komme tilbake til i evalueringen av iverksettingen.

I 15 av 22 prosjekter har trygdekontoret deltatt. Men som vi senere skal se ikke alltid i "hovedroller". Arbeidslivstjenesten deltar i 10 prosjekter, og i tre av disse er prosjektet helt eller i perioder/delprosjekter drevet av Arbeidslivstjenesten.

Den aktøren som oftest er inne i prosjektarbeid, er bedriftshelsetjenester. Deres roller i prosjektene er svært forskjellige og avspeiler forskjellen i hva bedriftshelsetjenester driver med. I noen prosjekter er bedriftshelsetjenesten aktør på systemnivå og bistår ved utarbeiding av oppfølgingsrutiner, ev. sammen med Arbeidslivstjenesten og/eller trygdekontoret. I andre tilfeller er bedriftshelsetjenesten prosjektleder for f.eks. friskvernsprosjekt i bedrift med trening og undervisning i arbeidsstillinger som viktigste oppgaver.

I 10 prosjekter er ledere eller virksomhetens linjeorganisasjon aktive i handlingen. Vernetjenesten og tillitsmannsapparatet er ofte med ved at de har gitt samtykke, sitter i styringsgruppe eller de er med gjennom at arbeidsmiljøutvalget eller attføringsutvalget har fått en sentral rolle, enten i informasjonsgangen, i styrkingen eller i det prosessuelle arbeidet.

I 10 prosjekter er treningsfaglig eller ergonomisk kompetanse sentralt. Vi finner ellers at i ca. 1/3 av prosjektene har det vært koblet inn annet personell. Deres oppgaver har f.eks. vært å drive prosessen framover, det har vært forskningsinstitutter som står for utførelsen av prosjektet, det har vært trykket inn kompetanse knyttet til avspenning og undervisning om spesifikke tema.

4.3.5 Trekk ved prosjektenes organisasjonsform

Frittstående prosjekter

Vi har tidligere pekt på at forsøk kan trenge frihet for å prøve ut noe nytt. En måte å gjøre dette på er å etablere frittstående prosjekter, som tilbyr en ny tjeneste ev. samhandler med etablerte aktører eller gjør noe som f.eks. etablerte organisasjoner i hjelpeapparatet burde eller kunne gjøre. Eller de løser en gitt oppgave. Vi finner at ni prosjekter av 22 er etablert som frittstående. Denne gruppen av prosjekter varierer fra forskningsinstitutter som driver kontrollerte eksperimenter, rehabiliteringsorienterte prosjekter organisert ut fra fylkestrygdekontor og prosjekter som ønsker å styrke oppfølgingsarbeidet gjennom å gi hjelp og veiledning til ulike parter i samarbeidet.

Det vil i frittstående prosjekter være frihet til å få prøvd ut handlingene, men vanskeligere å videreføre dem fordi det ikke finnes noen forpliktet aktør som ønsker, har kompetanse eller ressurser til å følge opp. Når prosjektet er gjennomført, hvor hører ev. videre handlinger

hjemme? Kan et vellykket prosjekt/intervensjon plasseres hos aktører i hjelpeapparatet/virksomhetene, eller må det opprettes en ny instans/ny tjeneste for å videreføre erfaringene?

Men det kan også være at slike frittstående prosjekter er godt forankret i en eller flere medvirkende organisasjoner og inngår i en metodeutvikling knyttet til f.eks. utvikling av tjenestene.

Forsøk etablert i en organisasjon

Vi finner her to hovedformer; gjennom et sentralt forankret prosjekt som utarbeider eller utprøver nye praksiser i organisasjonene eller gjennom et prosjekt som er lagt utenfor linjen, og som ikke arbeider internt, med eller i sin egen organisasjon. Den siste varianten er f.eks. nye måter å arbeide med oppfølging i trygdekontor, men der det vanlige trygdekontorarbeidet ikke er direkte berørt.

- Forsøk der en arbeider gjennom egen linjeorganisasjon
- Forsøk knyttet til en organisasjon

Vi finner her at *seks* av 22 prosjekter handlet gjennom linjen. I disse seks prosjektene foregikk aktiviteten gjennom og i tett samarbeid med linjeorganisasjonen. Det dreier seg her om ett trygdeprosjekt, to i kommuner, ett i fylkeskommunal virksomhet og to i private virksomheter.

Videre finner vi *sju* prosjekter som arbeider i organisasjoner eller i del av en organisasjon. Fire av disse foregikk i privat bedrift, i de fleste tilfeller nært knyttet til bedriftshelsetjenesten og personalavdelingen. Oppgaven i disse prosjektene handlet om å få til trening som forebygging og rehabilitering og å bygge opp oppfølgingssystemer for fravær.

4.3.6 Hvilke oppgaver har trygden fått – hva kan trygden lære?

Dersom det er et mål for programmet at trygden skal lære og utvikle seg som lærende organisasjon, vil læringen avhenge av hva trygden har vært med på og kan lære noe om, og av hvordan gjennomføringen/iverksettingen har skjedd.

Hva har trygden vært med på, hvilke roller har den hatt i ulike prosjekter? Har trygden vært iversetterne, har trygden ytt tjenester eller har trygden i hovedsak stått for styringen?

Vi finner at trygden har hatt en noe perifer rolle i 10 av disse 22 prosjektene. Når trygden har hatt en perifer rolle, kan det være at trygdens rolle har vært å foreta utplukk av deltakere og ta ut statistikk på sykefraværet (evaluering), eller har sittet i arbeids- og/eller styringsgruppen (fem tilfeller). I noen av tilfellene var det ikke intensjonene at trygden ikke skulle ha en rolle i intervensjonen. Vi har videre noen prosjekter der trygden har en liten rolle, de hjelper til med en avgrenset oppgave som å gi informasjon på en kursdel i en intervensjon.

Ser vi på hva trygden har vært med på, handler det om fem oppgaver/områder:

- Trygden har deltatt i forsøk der de har vært med å *utarbeide sykefraværsrutiner*, rutiner for virksomheten eller mellom trygden og virksomheten. Dette er den mest vanlige aktiviteten å delta i for trygden. I mange tilfeller har arbeidet vært knyttet til innføring av aktiv sykmelding.

- Et annet hovedområde har vært arbeidet med *arbeidsgiverkontakt*, som vi finner i sju forsøk.
- Videre har trygden prøvd ut relasjonene mellom bedrift - trygdekontor, med å være *bedriftstrygdekontor*.
- Trygden har også arbeidet med *systemrettet bistand*, gjerne på runder sammen med Arbeidslivstjenesten. Dette ble gjennomført av trygden, men var ikke alltid planlagt av eller for trygden. Her vil vi komme tilbake til at arbeidslivstjenesten hjalp trygden inn i nye roller.
- Og den femte oppgaven/området er gjennomføring av *individrettet oppfølging*, med samtaler og avklaring. Men dette er ikke innholdet i mer enn tre av de 22 prosjektene.

Dette innebærer at trygden i ca. halvdelen av prosjektene har hatt en perifer rolle og en aktiv rolle i den andre halvdelen. Der trygden har hatt en aktiv rolle er det ikke det rene trygdekontororienterte arbeidet som har dominert, men relasjoner mellom trygden og virksomhetene. Der trygden har hatt en perifer rolle, handler det ofte om prosjekter i bedrift eller kommune, eller om prosjekter der trygdekontoret foretar utvalg/statistikk.

Del 2

Presentasjon av prosjekter – ideer, intervensjoner og erfaringer

5 Virksomhetene - arbeidsmiljø og oppfølging av sykmeldte

5.1 Innledning

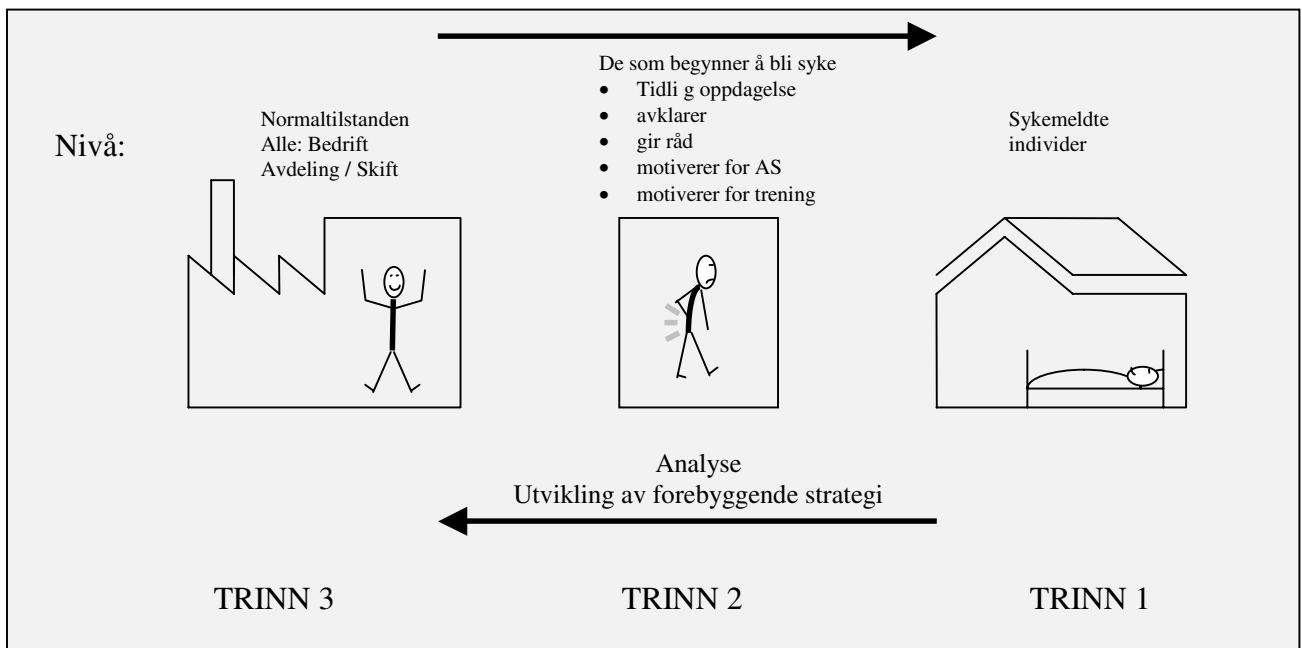
En av programmets overordnede målsettinger har vært å prøve ut modeller der et helhetlig og samordnet rehabiliterings- og attføringstilbud er forankret i vedkommendes arbeidssituasjon. Denne målsettingen kan følges opp på ulike måter. Noen prosjekter tar utgangspunkt i individet, andre i virksomheten. De virksomhetsorienterte prosjektene har vi prøvd å dele i to grupper: Vi har de prosjektene som arbeider i virksomheten og med virksomheten, og vi har de prosjektene som i likhet med trygdekontoret arbeider mot virksomheten eller bedriften. Vi samler den siste prosjektgruppen under betegnelsen arbeidsgiverkontaktprosjektene, og behandler dem i kapittel 6.

I dette kapitlet vil vi gjennomgå de prosjektene som arbeider i virksomheten og med virksomheten. Vi kan dele dem i to grupper:

- Prosjekter som tar utgangspunkt i arbeidsmiljøet
- Prosjekter som legger hovedvekten på utvikling og iverksetting av rutiner for å følge opp sykmeldte.

Vi har også andre bedriftsrettede prosjekter, der trening eller ryggskole er hovedaktiviteten. Disse presenteres i kapittel 9. Der presenteres også treningserfaringer og resultater for prosjekter som er presentert i dette kapitlet. Dette er gjort for å kunne diskutere treningserfaringer og resultater samlet.

Vi kan plassere prosjektene i relasjon til den modellen som ble utarbeidet av Andersen og Nytrø, som en oppsummering av deres evaluering av sykefraværprosjektet i regi av LO/NHO.



Kilde: Andersen og Nytrø 1995:1.

Modellen peker på at sykefravær kan forebygges med utgangspunkt i tre nivåer, normaltilstanden, i arbeidstakere som holder på med å bli syke og arbeidstakere som er sykmeldte. Andersen og Nytrøs tese er at det forebyggende arbeidet må gjennomføres trinnvis og at en må starte opp med de sykmeldte, så ta de som begynner å bli syke og ende opp med forbedringer av normaltilstanden. Gjennom å arbeide med problemene i denne rekkefølgen, mener Andersen og Nytrø at en i arbeidets gang vil kunne sortere ut hva arbeidet med helse og miljø skal handle om på en gitt arbeidsplass - om tiltakene skal rettes mot den enkelte, mot grupper av arbeidstakere eller mot alle (ibid). Porteføljens prosjekter har her ulik orientering. Noen er i stor grad bedriftsinterne og er slik enkle å se i relasjon til Andersen og Nytrø. Deres studier dreier seg om virksomhetene og det bedriftsinterne arbeidet. Andre prosjekter jobber også med det bedriftsinterne, men trekker også med seg relasjonene mellom trygden og bedriften, slik som rutineene mht. iverksetting av aktiv sykmelding. Dette gjør at oppmerksomhet og innretning blir noe annerledes, i det prosjektarbeidet involverer relasjonene også til aktører i hjelpeapparatet.

Tre prosjekter i denne forsøksporteføljen har arbeidd med en bred og arbeidsmiljørettet tilnærming og rettet seg mot flere av trinnene i Andersen og Nytrøs modell. Dette var prosjekter forankret på arbeidsplassen, i virksomheten, og alle var prosjekter i offentlig virksomhet (Lillehammer kommune, Aurskog-Høland kommune, Regionsykehuset i Trondheim). Disse presenteres i avsnitt 5.2.

I avsnitt 5.3 skal vi presentere tre prosjekter i private bedrifter (Ringnes Gjelleråsen, Stavanger og omegn trafikkselskap og Kværner Leirvik på Stord), der hovedfokus ligger på oppfølging og rehabilitering.

5.2 Presentasjon av arbeidsmiljøprosjekter i offentlig virksomhet

Matrise1 Presentasjon av arbeidsmiljøprosjektene

Prosjektets navn	Hvem er målgruppen	Overordnet mål
«Trøste og bære»	De hjemmebaserte tjenestene i Lillehammer kom. Kvinner	Bedre arbeidsmiljøet og bedre kvaliteten av oppfølgingsarbeidet
«Reduksjon av sykefraværet gjennom forebyggende tiltak»	Hele den kommunale virksomheten i Aurskog-Høland Ca. 70 % kvinner	Etablere gode rutiner for HMS som en del av den daglige driften
”Medvirkningsprosjektet ved RiT”	Husøkonomavdelingen Kvinner	Utvikle arbeidsplassen til et sted for læring og ressursutvikling

5.2.1 Trøste og bære

I Oppland ble det i 1994 etter initiativ fra fylkestrygdekontoret, opprettet en tverrfaglig referansegruppe med representanter fra fylkeslegen, LO og NHO, arbeidstilsynet, fylkesarbeidskontoret og trygdeetaten. Ut fra gruppens kjennskap til sykefraværproblematikk, skulle den bidra til å utvikle nye samarbeidsformer mellom de aktuelle aktørene, særlig i saker knyttet til arbeidsmiljø og sykefravær oppfølging. Denne gruppen tok initiativet til dette prosjektet. Gruppen valgte å gå inn i en kommune, fordi kommunene ofte representerer de største arbeidsgiverne for trygdekontoret. I dette tilfellet ble Lillehammer kommune den samarbeidende part.

Prosjektets hovedidé er at i yrker med tungt arbeid og mye muskel- og skjelettsykdommer, er det viktig å se på arbeidsmiljøet og finne tiltak der problemene oppstår. Det er også viktig å finne gode oppfølgingsrutiner og samarbeidsrutiner mellom de ulike parter i sykefravær oppfølgingen.

Prosjektet er rapportert i Toril Kvalen, 1998: Sykefraværet i "Trøste og Bære"-yrker. Et sykefraværprosjekt i hjemmebasert omsorg i Lillehammer kommune. Fylkestrygdekontoret i Oppland. Prosjektet ble gjennomført fra september 1995 til juni 1997.

Mål og målgruppe

Prosjektet hadde to delmål:

1. Forebygge fravær og sykdom gjennom bedring av arbeidsmiljøet
2. Bedre kvaliteten på oppfølging av de sykmeldte

Alle ansatte i de hjemmebaserte tjenestene var i målgruppen, både for arbeidsmiljø- og forebyggingsdelen og for arbeidet med å utvikle bedre oppfølgingsrutiner.

Tiltak og iverksetting

Prosjektet fikk hjelp av en ekstern konsulent til å gjennomføre en arbeidsmiljøkartlegging i de hjemmebaserte tjenestene, basert på spørreskjema. Resultatene av undersøkelsen ble bearbeidet på distriktsnivå av arbeidsleder og representanter for de ansatte. Dette ga utgangspunkt for diskusjoner om forbedringstiltak. Diskusjonene om forbedringer skjedde internt i de hjemmebaserte tjenestene. Det ble arrangert møter for de ansatte i hvert distrikt, som sammen kom fram til en felles tiltaksplan. Arbeidet med informasjon ble lagt til allerede kjente arenaer og med lederen for de hjemmebaserte tjenestene som ansvarlig. Utvikling av arbeidsmiljø ble koordinert internt i tjenesten. Gjennomgang av arbeidsmiljøundersøkelsen skulle også danne grunnlag for bedre oppfølging av sykefravær.

Samtidig ble det gjennomført holdningsskapende og motiverende arbeid gjennom seminarer for de ansatte om temaer som yrkesstolthet og ansvar for egen helse og eget sykefravær. En brukte også aktivt de arenaer en hadde, som personalmøte, rapportmøte og medlemsmøter i de ansattes organisasjoner.

Arbeidsmiljøet

Arbeidsmiljøkartleggingen viste at det mest slitsomme ved arbeidet var å ikke kunne tilfredsstillende de eldre hjelpebehov og tidspresset, samt at arbeidet var spesielt fysisk slitsomt. Dessuten ble det rapportert at den faglige utviklingen og opplæringen var for dårlig. Organisatorisk peker undersøkelsen på at distriktsledelsen har for mange oppgaver og derfor

blir for lite til stede, noe som svekker dens muligheter til å løse konflikter eller hjelpe ved problemer. Ledelsen fikk også for mange brukere å holde oversikt over. Lederfunksjonen var dessuten lite synlig, fordi lederne deltok i det daglige arbeidet (ibid:37). Det var mindre legitimt å drive ledelse. Denne utformingen av lederrollen skapte problemer for arbeidet i organisasjonen.

Fornyhet organisering og nye rutiner

Resultatet av undersøkelsen ble en ny organisasjonsmåte, der de hjemmebaserte tjenestene fikk en bedre planlegging av aktiviteter og en bedre intern kommunikasjon, samt tydeliggjøring av ledelsesfunksjonene. Det ble innført et nytt møte, sonemøtet, som omfattet en mindre gruppe enn rapportmøtet. Det var derfor et bedre egnet forum for å diskutere detaljer, og avlastet det daglige rapportmøtet. Det ble videre prioritert at sykepleier skulle skrive arbeidslister hver dag, for å få oversikt over og fordele ressurser. Det ble også lagt vekt på å bedre kanalene mellom leder og ansatt. Det skulle åpnes muligheter til samtaler om belastende situasjoner, medarbeidersamtaler skulle brukes systematisk, og en skulle vurdere tiltak for å bedre tilgjengeligheten til ledere.

Avdelingsledelsen fant også veier til å ta opp tjenestens rammebetingelser, å gi signaler om ressurser i relasjon til nåværende oppgaver overfor politisk og administrativ ledelse. Et av de viktigste tiltakene var å gjøre hjemmebesøk hos dem som søkte tjenester, se på hjelpebehovet og vurdere om tjenesten hadde kapasitet til å ta inn nye brukere. Gjennom disse tiltakene fikk tjenesten en bedre tilpasning mellom oppgaver og ressurser.

Oppfølgingsrutinene ble også endret. Distriktslederne samlet seg og lagde et utkast til nye rutiner, og deretter ble det i et møte mellom distriktslederne og den eksterne konsulenten utarbeidet en ny modell. Denne ble så iverksatt. Poenget med modellen er at den klarere plasserer ansvaret ved sykefravær hos lederen for hjemmebasert omsorg og hos distriktslederne. Modellen synliggjør både ansvaret for oppfølging og lederansvaret generelt.

Bedriftshelsetjenesten var den utenforliggende tjenesten som var deltaker i dette prosjektet. De var med i arbeidet med å utforme nye rutiner, og deltok i hele forbedringsprosessen.

Resultater og erfaringer

Hvordan kan en vurdere om en har lyktes i å bedre arbeidsmiljøet gjennom å avgrense arbeidet og arbeidsforpliktelsen for den enkelte, samt bedre interne rutiner og gjennomføring av arbeidsplanleggingen? På sikt kunne en tenke seg at sykefraværet vil synke. I dette prosjektet er det av ulike grunner ikke mulig å si noe om tiltakenes virkning på fraværet, både på grunn av mangel på statistikk på gruppenivå, samt at det allerede før prosjektstart var foretatt tiltak for å skjerme deler av arbeidskraften mot belastninger. Ut fra den sykefraværstatistikken som forelå var sykefraværet stabilt gjennom prosjektperioden.

Vi har i dette prosjektet liten tilbakemelding fra de ansatte om tiltakene. Omorganisering mht. planlegging og rapportering av arbeidet oppleves positivt. Det ble holdt et "Motivasjonsseminar" i oktober 1997, og det er vanskelig å ta tilbakemeldingene her til inntekt for at prosjektet har bidratt vesentlig til en bedring av arbeidsmiljøet eller sykefraværsoppfølgingen. De som har opplevd størst nytte av prosjektet er lederne i distriktene og for den hjemmebaserte omsorgen, ved at lederfunksjonen er blitt tydeligere og ansvaret ved oppfølging klart plassert. Lederne har også fått et eierforhold til personalansvaret.

Endring av oppfølgingsrutiner – medvirkning og kontroll

Ser vi på prosjektets resultater mht. utvikling og iverksetting av rutinene ved oppfølging av sykmeldte, er hele oppfølgingsarbeidet blitt mer ryddig og ansvaret plassert. Dette er en administrativ vurdering av prosjektets resultater. Det er imidlertid kommet reaksjoner fra de ansatte på den nye oppfølgingen av sykmeldte, der de ansatte i starten følte de nye rutinene som kontroll (Kvalen 1979:55). Det ble her pekt på utforming av skjemaer som kunne være uheldige, samt at det manglet informasjon. Det tok også litt tid før distriktslederne fikk et eierforhold til samhandlingsrutinene - det var styringsgruppen som hadde størst eierforhold til tiltakene i starten.

Disse erfaringene peker mot involveringen av de ansatte i utviklingen av prosedyrer og nye organisatoriske mønstre. De ansatte ble trukket med når prosjektet skulle gjennomgå resultatene av arbeidsmiljøundersøkelsen. Men når det gjaldt utviklingen av rutiner, var de ansatte muligens blitt godt informert og motivert, men kanskje ikke tilstrekkelig rådspurt og hørt? Poenget kan være at forankring og engasjement må vedlikeholdes under veis, at dette ikke er gjort en gang for alle. Her vet vi dessverre ikke så mye om prosessen fram til nye rutiner og om graden av intern prosess kontra «ekspertbistand» fra konsulenten.

Også leger har følt seg kontrollert, noe som i følge prosjektleder ikke har med dette prosjektet å gjøre. Kontroll av legers sykmeldinger ligger i trygdekontorets generelle oppfølgingsarbeid, uavhengig av prosjektet. Det er her prosjektets erfaring at det er kvaliteten på kommunikasjonen som bestemmer om legene opplever seg kontrollert eller ikke.

Videre erfarte prosjektet at "tidlig oppfølging" må presiseres. I utgangspunktet skulle alle fravær følges opp av trygdekontoret etter 14 dagers varighet. Dette ble for tidlig, fordi mange kom tilbake i arbeid den tredje uken. De som hadde tidligere hyppige fravær ble imidlertid fulgt opp tidlig. Det behøver ikke være noen automatikk i å følge opp alle sykmeldte etter to uker. Prosjektet kom fram til at det viktige var å avklare prognosen eller sykmeldingsforløpet så tidlig at en kunne få satt inn aktive tiltak i de aktuelle tilfellene.

Noen endringer er det vanskelige å få gjennomslag for

Det var tidligere gjennomført en omstilling av de hjemmebaserte tjenestene som følge av prosjektet "Gjennomgang av hjemmetjenesten". For at ingen skulle miste jobben, ble hjemmehjelpsressurser dreiet inn i hjemmesykepleie turnus. Hjemmehjelperne fikk dermed en stor merbelastning med oppgaver de ikke hadde kompetanse for å løse, samt at tidspresset økte. En forutsetning for denne dreiningen, var at ledige stillinger etter hvert skulle omgjøres, fra stillinger for hjemmehjelpere til stillinger for sykepleiere (Kvalen 1998:38). Dette viste seg vanskelig å få til, fordi omgjøringer av stillinger måtte behandles politisk. Avdelingen fikk i første runde ikke politisk aksept for omgjøringen. Etter hvert fikk avdelingen imidlertid aksept for en tiltakspakke, der fire hjemmehjelpsstillinger ble omgjort til sykepleierstillinger. De nye sykepleierne ville komme på plass etter hvert som det ble ledige hjemmehjelpsstillinger.

Det viste seg vanskelig å omplassere ansatte som av helsemessige årsaker ikke fungerte i sine opprinnelige stillinger. Det var to grunner til dette. Det viste seg gjennom arbeidet med organisering at mange ansatte i de hjemmebaserte tjenestene allerede hadde fått tilpasset arbeid eller turnus, men uten at dette var synliggjort (ibid:51). Det var slik ikke mye å hente. Den andre grunnen til at det var vanskelig å omplassere ansatte, var at det i andre deler av den kommunale organisasjonen var foretatt omorganiseringer på grunn av overtallighet. Det var

derfor (for) mange å omplassere, og som det uformelt ble sagt, ”vi har ikke flere plasser i malerisamlingen”.

Trygdens rolle og trygdens læring

Hver ansatt på trygdekontoret skulle i prosjektperioden tildeles ansvar for noen bestemte leger og noen bestemte arbeidsplasser, for å kunne orientere oppfølgingsarbeidet bedre mot arbeidsplassene. Men dette skjedde ikke. Sakene på trygdekontoret ble fortsatt fordelt etter fødselsdato. Trygdekontoret ble opplevd som firkantet av hjemmetjenestens representanter. Erfaringene fra samhandlingen mellom trygdekontoret og de hjemmebaserte tjenestene viste at det var liten endring i trygdekontorets håndtering av kontakten. Kontakten mellom arbeidsplass og trygdekontor kom derfor ikke over i nye spor. De som hadde ansvaret for oppfølging av sykmeldte på trygdekontoret var ikke blitt involvert eller hadde ikke latt seg involvere i prosjektet.

5.2.2 «Reduksjon av sykefraværet gjennom forebyggende tiltak» - Aurskog Høland kommune

Dette prosjektet var initiert fra Aurskog-Høland kommune. Prosjektets utgangspunkt var at kommunen ikke hadde skriftlige rutiner for oppfølging av sykmeldte eller iverksetting av aktiv sykmelding.

En hovedtanke var at kommunen så sykefraværarbeidet som et viktig arbeidsgiveransvar og et viktig personalpolitikk satsingsområde. Personalpolitisk satsing på arbeidsmiljøområdet var forventet å gi økonomisk gevinst, i form av både mindre fravær og bedre tjenesteyting. Utvikling av HMS-virksomheten ble derfor sett som viktig.

Prosjektet så ikke utvikling av rutiner som et spørsmål om tekniske systemer og rutiner, men like mye om *holdningsskapende arbeid*. Prosjektet ble derfor lagt opp som en bred prosess, med forankring i det politiske og administrative systemet. Her har bedriftshelsetjenesten vært en viktig medspiller i prosjektarbeidet og deltatt i gjennomføring av en arbeidsmiljøundersøkelse og oppfølgingen av denne. Trygdeetaten har deltatt og gjennom deltakelse fått læring, som har ført til utvikling av nye rutiner i trygdekontoret og nye kontaktmønstre mellom trygden og virksomheten.

Prosjektet ble gjennomført i perioden 01.12.1996 – 31.12.1998 og er rapportert i Kjell Borstad (1998): ”Reduksjon av sykefravær gjennom forebyggende tiltak”, Aurskog-Høland kommune og Aurskog-Høland trygdekontor.

Mål og målgrupper

Prosjektets hovedmål var å utvikle gode rutiner for HMS (internkontroll) som en del av avdelingenes daglige drift, og gjennom godt HMS-arbeid å senke sykefraværet. Prosjektets operasjonelle mål var:

- Alle etater skal arbeide systematisk med granskning og behandling sykefravær, ulykker og personalomsetting
- Utvikle gode sykefravær rutiner forankret i IK-systemet
- Redusere sykefraværet

Prosjektet hadde alle kommunens avdelinger og virksomheter og alle ansatte som sin målgruppe. Prosjektet ville legge spesiell vekt på kvinnearbeidsplasser og turnusarbeidere, og prioritere tiltak rettet mot omsorgsetaten (Borstad 1998:21).

Tiltak og iverksetting

Tilnærming og metodikk

Selve sykefraværarbeidet bygger på Andersen og Nytrøs modell, der handlingsplanene først bygges opp for de langtidssykmeldte, deretter for de som begynner å bli syke og så for normale forhold/forebygging. Gjennom å etablere gode rutiner for HMS (internkontroll) ønsket prosjektet å holde en systematisk kontroll over arbeidsmiljøet og arbeidsmiljørelaterte problemer. Disse rutinene skal ligge i IK-systemet og være en del av daglig drift. De rutinene som prosjektet kommer fram til som gode og egnede, skulle forankres i det bestående i internkontrollsystemet.

En hovedsak for prosjektet var å gjennomføre utviklingen av rutiner på en slik måte mht. organisasjon og metodikk at tiltakene ville fortsette etter avsluttet prosjekt. Tenkningen om læring og iverksetting var i dette prosjektet at læring skjer samtidig som en går veien.

Organisering og forankring

Prosjektet var vedtatt i formannskapet. Prosjektleder satt i stab hos rådmannen og hadde knyttet til seg konsulent fra Arbeidslivstjenesten som veileder og rådgiver. Arbeidsmiljøutvalget hadde deltatt i utformingen av søknaden og senere av prosjektopplegget, og er gjort til prosjektets styringsgruppe. Partene i arbeidslivet var involvert ved at partene i AMU kan bruke sine organisasjoner etter behov. Attføringsutvalget med tillegg av trygdesjef (fast medlem av utvalget) og prosjektleder har vært prosjektgruppe. Etatsledergruppen har vært referansegruppe for prosjektet. Prosjektleder har hatt ansvar og oppgaver som i videreføringen vil ligge på personalsjefen og leder av bedriftshelsetjenesten.

I hver avdeling ble det opprettet en arbeidsgruppe som samarbeidet med prosjektgruppen. I de fleste tilfellene var arbeidsgruppene tidligere etablerte IK-grupper, som hadde bestått av en representant fra arbeidsgiversiden (avdelingsleder) og en representant for arbeidstakersiden (verneombud/tillitsvalgt).

De ansatte ble trukket aktivt med i både å utrede problemer og beslutte om mål. For å få til bred medvirkning ble det gjennomført holdningsskapende arbeid både på etats- og avdelingsnivå. I prosjektgjennomføringen spilte prosjektet på ledelsen i linjesystemet. Ved gjennomføringen av arbeidsmiljøundersøkelsen tok rådmannen resultatene opp i medarbeidersamtaler med sine ledere i linjen. Etatslederne videreførte intensjonene i møter med sine avdelingsledere. Planer som "Plan for oppfølging av ansatte i Aurskog-Høland kommune med lange sykefravær-rehabilitering", ble etter behandling i AMU også vedtatt av administrasjonsutvalget, formannskapet og kommunestyret.

Denne organiseringen og prosjektgjennomføringen gjennom de etablerte systemer i virksomheten, ble valgt med tanke på å få til varig drift av det forebyggende sykefravær-arbeidet.

Faser i prosjektet

Prosjektet ble startet opp ved møter i de enkelte avdelinger, hvor det ble informert om prosjektet. Her møtte også bedriftshelsetjenesten. Prosjektet tok utgangspunkt i

sykefraværstatistikk, og ønsket å bevisstgjøre avdelingene på bruk av denne statistikken. Hver avdeling fikk hver måned et diagram fra prosjektet over utviklingen i eget sykefravær⁷.

I første fase skulle avdelingene sørge for å få på plass oppfølging av de langtidssyke (trinn 1 i Andersen og Nytrøs modell). Prosjektleder og bedriftshelsetjenesten gikk rundt til avdelingene. De fleste avdelinger hadde laget prosedyrer for oppfølging. Tiltak skulle iverksettes etter 1 - 2 uker. I 4 - 6. uke av sykefraværperioden skulle bedriftshelsetjenesten gjennomføre obligatoriske miljø- og sykeutredningssamtaler med sykmeldte, etter anmodning fra avdelingslederne. I prosjektperioden ble 63 langtids- og korttidssyke planmessig fulgt opp, og i 26 tilfeller ble aktiv sykmelding nyttet som ett av tiltakene (Borstad 1998:11).

Arbeidsmiljøundersøkelsen

I andre fase tok prosjektet tak i dem som begynner å bli syke. Her tok prosjektet utgangspunkt i en kartlegging av det psykososiale arbeidsmiljøet i den enkelte avdelingen.

Undersøkelsen tok for seg 10 miljøfaktorer knyttet til psykososialt arbeidsmiljø. 61 avdelinger og 775 ansatte deltok i undersøkelsen, og oppslutningen om undersøkelsen var svært god (91 prosent svarte). Innen en måned fikk alle avdelingene tilbakemelding om resultatene i form av en oversikt over miljøfaktorene og en rekke andre forhold, en såkalt miljøprofil. Her kunne hver enhet/avdeling se sin egen score sammenliknet med kommunegjennomsnittet. Ut fra disse resultatene skulle den enkelte avdeling foreslå tiltak. Den enkelte linjeleder hadde ansvaret for å følge opp resultatene av undersøkelsen og trekke personalet med i prosessen med å finne mål og tiltak. Prosjektleder og bedriftshelsetjenesten gikk aktivt inn med støtte og veiledning i dette arbeidet.

Av miljøprofilen kom det fram at de største problemene for kommunens avdelinger syntes å være knyttet til løsning av interne konflikter, idéskapning og idéstøtte, og intern informasjon i organisasjonen. *Mellommenneskelige relasjoner gikk igjen i alle enhetene som et problemområde og skilte seg klart ut som et viktig innsatsområde.* Ut fra undersøkelsen fant en også at det er et klart samsvar mellom helseplager i jobben, dårlig score på mellommenneskelige relasjoner og antall personer med lange sykefravær (ibid:31).

Tredje fase (trinn 3 i Andersens og Nytrøs modell: Normaltilstand og oppfølging av kartleggingen) var under arbeid ved prosjektets slutt. Dette var stort sett en bearbeiding av det som var gjort i de to første fasene. Her så prosjektet på tilbakemeldingen fra arbeidsmiljøundersøkelsen igjen. På bakgrunn av denne, skulle hver avdeling danne mål for sitt videre HMS-arbeid for en periode på 2 - 3 år.

Annet

Det ble i perioden utprøvd individuelle tiltak som aktiv og gradert sykmelding, og utformet rutiner. Det ble også innenfor prosjektet laget rutiner for utlysning av ledige stillinger som skulle ivareta muligheten for å bruke stillinger i attføringsarbeid.

Resultater og erfaringer

Prosjektet ble i all hovedsak godt mottatt av både ansatte, ledere og det politiske miljøet. Noen ledere syntes det var vanskelig å skulle forholde seg til arbeidsmiljøundersøkelsens resultater. Prosjektet var klar over at linjeorganisasjonen synes at det er tyngende med

⁷ Det bemerkes at KS-statistikken kan bli bedre (Halvårsrapport 01.12.1996 - 01.07.1997)

prosjektarbeid ved siden av daglige driftsoppgaver, noe som har hatt som konsekvens at personalarbeid og arbeidsmiljøtiltak ofte bli nedprioritert. Motivasjon i hele systemet var derfor en stor utfordring for prosjektet og en viktig oppgave for å gjennomføre sykefraværprosjektet.

Med hensyn til å drive (sykefravær-)prosjekter i linjeorganisasjonen, erfarte prosjektet at ting tar tid, og at det oppstår problemer med prioritering av oppgaver. Noe må også nedprioriteres for at nye oppgaver, oppfølging av sykmeldte og arbeidsmiljøarbeid, skal innpasses. Prosjektet peker på at dette problemet burde være forutsett og behandlet i etatsledergruppen, og deretter behandlet nedover i linjeorganisasjonen for å ha en beredskap når problemene meldte seg.

Det er høstet positive erfaringer med utprøving av aktiv sykemelding. De sykmeldte har opplevd at kontakten med arbeidsplassen har stimulert rehabiliteringsprosessen, og avdelingsledere har opplevd at de har fått utført arbeid som ellers ville blitt liggende.

Trygd, deltakelse og læring

Trygdesjefen har i hele perioden samarbeidet med prosjektleder, og trygdesjefen har vært leder av styringsgruppen⁸. Trygdesjefen og en ansatt fra trygdekontoret har vært fast medlem i prosjektgruppen, og gjennom prosjektgruppen deltatt i utformingen av rutiner i kommunens avdelinger. På bakgrunn av denne nære kjennskapen til kommunens problemer og kommunens nye rutiner, har trygdesjefen drøftet egen praksis med sitt personale og gjort endringer i egen organisasjon. Dette dreide seg om endringer eller nye rutiner på seks områder:

- Trygdekontoret har kommet fram til nye rutiner ved oppstart og gjennomføring av aktiv sykemelding.
- Trygdekontoret vil trekke vekslere på miljø- og sykeutredningssamtalene som kommunens bedriftshelsetjenesten gjennomfører, med tanke på opplysninger for 12 ukersvedtaket.
- Trygdekontoret vil oppnevne en fast representant for personer med lange fravær.
- Trygdekontoret har begynt å innkalle sykmeldte etter 7 uker etter behov.
- Trygdekontoret har inngått et utvidet samarbeid med attføringsutvalget i kommunen.
- Trygdekontoret har innført faste informasjons- eller samarbeidsmøter overfor legene, der også bedriftshelsetjenesten og Arbeidslivstjenesten/arbeidsmarkedsetaten inviteres.

Evaluering

En kan ikke vente effekter på kort sikt av den typen tiltak som her iverksettes. Det er også vanskelig å si hvordan sykefraværet ville utviklet seg, dersom det ikke hadde blitt satt i verk tiltak, sett i relasjon til den generelle utviklingen i fraværet. Derfor hadde prosjektet lagt opp en rekke *resultatmål* knyttet til gjennomføring av prosesser og utvikling av nye rutiner. Samlet viser disse resultatindikatorene at prosjektet har nådd sine mål (se Borstad 1998:3-34):

Før prosjektstart hadde ingen avdelinger skriftlige rutiner for oppfølging av sykmeldte eller gjennomføring av aktiv sykemelding. Ved prosjektets avslutning oppgir alle avdelinger at de har utarbeidet skriftlige prosedyrer for oppfølging, og alle avdelinger kjenner til aktiv sykemelding som virkemiddel. 85 prosent av avdelingene oppgir også at de kjenner prosedyren for aktiv sykemelding. De som har benyttet tiltaket, oppgir å ha gode erfaringer.

⁸ Det var i prosjektperioden tre forskjellige trygdesjefer ved kontoret, noe som ikke er heldig for kontinuitet og læring.

I miljøarbeidet har alle avdelinger utarbeidet en handlingsplan og alle er i gang med å iverksette tiltak. Med hensyn til involvering svarer 80 prosent av avdelingene at de har involvert alle sine medarbeidere. HMS arbeidet er kommet i fokus. 60 prosent av avdelingene har en HMS-sekvens på hvert personalmøte, og 90 prosent bekrefter at det som kommer fram i møter følges opp med tiltak. Men noen peker på at det kan ta litt lang tid før det iverksettes tiltak. Rapporten peker på noen områder der sykefraværarbeidet og HMS-arbeidet kan følges bedre opp.

5.2.3 Medvirkningsprosjektet ved RiT – Husøkonomavdelingen - Sør-Trøndelag fylkestrygdekontor

Direktøren ved regionsykehuset i Sør-Trøndelag tok initiativet til dette prosjektet. Han tok kontakt med Arbeidslivstjenesten som utarbeidet en skisse. På dette stadiet ble også fylkestrygdekontoret koblet inn. Disse tre partene videreutviklet sammen søknaden som ble bakgrunnen for prosjektet. Husøkonom-avdelingen ble også koblet inn før søknaden var endelig utformet.

Ideen bak prosjektet var å senke sykefraværet gjennom å bedre arbeidsmiljøet, og gjennom dette også å bedre sykehusets økonomi. Høyt fravær er i seg selv et problem for arbeidsmiljøet fordi mange vikarer betyr tap av kompetanse og stabilitet i arbeidsmiljøet.

Som Aurskog-Høland-prosjektet bygger også dette prosjektet på Andersen og Nytrøs fase-delte modell, der en først tar fatt i de langtidssykmeldte og til slutt ser på ”de friske” eller normaltilstanden.

I sykehuset ble Husøkonomavdelingen valgt som arena for intervensjonen. En anså at renholderne, som en støttegruppe for produksjonen i sykehuset, lett kunne bli en ”glemt” yrkesgruppe sammenliknet med helseprofesjonene. Avdelingen hadde også høyere fravær enn andre avdelinger og yrkesgrupper. Det kunne derfor være mye å hente ved å ta utgangspunkt i renholderne som gruppe når en ville arbeide med arbeidsmiljøforbedringer.

Prosjektet har vært frittstående organisert, men plassert i husøkonomavdelingen. Det ble gjennomført fra oktober 1996 til mai 1999. Prosjektet er rapportert i Lisbeth Andersen og Marianne Karlsen (1999): Medvirkningsprosjektet for Husøkonomavdelingen – RiT, Avslutningsrapport. Fylkestrygdekontoret i Sør-Trøndelag.

Mål og målgruppe

Prosjektets mål var:

- Å utvikle varige, selvberende prosesser for arbeidsmiljøutvikling blant renholdsarbeidere.
- Å utvikle rutiner for tidlig inngripen og oppfølging av sykmeldte.
- Å gi trygdeetaten økt kunnskap om medvirkningsbaserte prosjektmodeller som fremmer arbeidsmiljøutvikling og fraværreduksjon.
- Å utvikle et atferdingstilbud overfor langtidssykmeldte som bygger på kompetanseheving og sosial kontakt med arbeidskollegaer.

Målgruppen var alle ansatt i Husøkonomavdelingen, i størrelsesorden 360 personer.

Tiltak og iverksetting

Tilnærming og metodikk

For å realisere målsettingene, benyttet prosjektet en prosessrettet modell bygget på prinsipper for organisasjonsutvikling. Som det framgår av prosjektets tittel, var medvirkning i dette prosjektet en vesentlig del i prosjektets metodikk. Medvirkning, eller å høre den ansatte, var derfor noe som kom inn på ulike trinn i prosjektet. Prosjektet hadde også karakter av "aksjonsforskning", i det forskerne deltok i aktiviteter og var utforskere sammen med dem som utførte renhold. Visjonen var å utvikle arbeidsplassen til et sted for læring og ressursutvikling. Dette var både på grunn av avdelingens omfang og metodikken et stort og arbeidskrevende prosjekt.

Organisering og forankring

I prosjektets idéfase, men etter at den første skissen var produsert, ble det innledet et samarbeid mellom Arbeidslivstjenesten og Husøkonomavdelingen for å videreutvikle ideen. Etter avdelingens ønske skulle prosjektet bygge på medvirkning. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med representanter fra alle nivåer i Husøkonomavdelingen, samt en representant for bedriftshelsetjenesten på RiT, en representant fra fylkestrygdekontoret og en fra arbeidskontoret.

Etter at prosjektet hadde fått bevilgninger, ble prosjektet organisert med prosjektgruppe (de som gjennomførte), styringsgruppe og referansegruppe. Prosjektgruppen/prosjektleder ble rekruttert utenfra og ansatt i midlertidige stillinger, og prosjektets kontor ble plassert i de lokalene der områdelederne og resten av ledelsen på Husøkonomavdelingen satt. Prosjektet var integrert i avdelingen ved at de deltok på de ukentlige seksjonsmøtene. Styringsgruppen hadde medlemmer fra RiT (både fra toppledelsen og avdelingsledelsen), fra Arbeidslivstjenesten og fra fylkestrygdekontoret.

Faser i arbeidet

Prosjektet startet med å arrangere informasjonsrunder i alle de ulike renholdsområdene. Det ble foretatt en bred kartlegging gjennom intervjuer med arbeidsformennene. Dette skulle gi prosjektet oversikt over arbeidsoppgavene, prioriteringen og organiseringen av arbeidet, og over hvordan formennene så sin egen rolle i sykefraværarbeidet. Deretter deltok prosjektmedarbeiderne i arbeidet i ulike renholdsenheter, for gjennom observasjon og deltakelse å skaffe seg informasjon om arbeidssituasjonen til renholdsarbeiderne. Prosjektmedarbeiderne var ute og vasket på ulike steder 21 ganger. Dette ble fulgt opp gjennom samtaler og uformelle intervjuer med renholdere. Det ble også foretatt intervjuer med ledere og tillitsvalgte. Dette materialet ble brukt som grunnlag for videre kartlegging og intervensjon. Senere ble det arrangert en fagdag, der arbeidsmiljø var temaet.

I neste fase ble det foretatt en arbeidsmiljøkartlegging ved hjelp av spørreskjema. Undersøkelsen er rapportert.⁹ Kartleggingen viste at assistentene trivdes og at det først og fremst var kolleger og samarbeidet med dem som bidro til trivselen (Andersen, Johnsen og Karlsen 1997:27). Assistentenes situasjon var ulik, avhengig av hvilke avdelinger de jobbet i. Det var en viktig miljøfaktor å ha et godt forhold til de andre yrkesgruppene i avdelingen der en jobbet, og å være fornøyd med å ha gjort en faglig god jobb. Rapporten peker på flere uheldige forhold, som arbeidspress, vikarproblemer, bestemte endringer i organiseringen av

⁹ «Der skoen trykker.» Kartlegging av arbeidsmiljøet blant renholdsassistenter på RiT. Ved Lisbeth Andersen, Arild Johnsen og Marianne Karlsen. Trondheim, 1997.

arbeidet, og forholdet mellom leder og assistent. Det ble også rapportert som slitsomt med så mange vikarer, og det var mye som skulle løftes og bæres. Videre var det problemer med kommunikasjon, både fra ledelsen til de ansatte og knyttet til de ansattes mulighet til å gi tilbakemeldinger til ledelsen.

På 90-tallet hadde det skjedd en omlegging til nye og lettere renholdsmetoder. I 1993 kom det krav om økonomiske innsparinger, noe som førte til store endringer i Husøkonomavdelingen. Arbeidsoppgavene ble tilpasset endringen i ressurser ved at det ble innført nye renholds-frekvenser. Assistentene opplevde at disse endringene bidro til press og stress, fordi de følte at de ikke fikk gjort skikkelig rent med de nye metodene og frekvensene. Mange følte at de måtte jobbe som før for å få det skikkelig rent, noe som førte til for stor arbeidsmengde og press.

Som et ledd i kartleggingen ble det også gjennomført intervjuer med 20 langtidssykmeldte for å skaffe seg kunnskap om sykdomsforløp, årsaker bak sykefraværet og de sykmeldtes syn på arbeidsmiljøet.

Kartleggingsfasen tok ca. 1 år. I denne perioden ble det også satt i gang tiltak i samarbeid mellom prosjektet og avdelingen. Det ble laget lister over assistenter som ønsket å ta ekstravakter på fridager, og slik kunne gå inn i stedet for en vikar. Dette har bidratt til mer stabil arbeidskraft (Andersen og Karlsen 1999:42). Det ble også prøvd ut en ordning med vikarpool på ett område. Her var det 32 stillinger fordelt på nærmere 50 assistenter. Posten var preget av overbelegg. Bemanningen i poolen ble fastsatt ut fra det gjennomsnittlige korttidsfraværet på dette området året før. En kom da fram til at poolen skulle være et team på tre fast ansatte og opplærte assistenter. Ved mindre fravær, kunne teamet ta seg av periodiske renholdsoppgaver. Videre ble det innført mer systematisk registrering av fravær.

Tiltaksfasen

Etter at all kartlegging var gjennomført, fulgte tiltaksfasen. Prosjektet hadde en serie møter med assistentene. Disse ble kalt tiltaksmøter. Her ble alle orientert om rapporten, og assistentene foreslo selv tiltak for å bedre arbeidsmiljøet. Det ble til sammen arrangert 26 slike møter, og alle forslag ble dokumentert. I denne fasen tok prosjektet initiativ til kontakt med trygdekontoret. En seksjonsleder, en områdeleder, en representant for bedriftshelsetjenesten og prosjektmedarbeiderne hadde et møte med representanter for et trygdekontoret for å orientere hverandre om den praksis hver av partene fulgte i sykefraværsoppfølgingen. Senere var en representant fra trygdekontoret på besøk på Husøkonomavdelingen for å orientere om trygdens bidrag og ordninger.

I samme periode forelå sykefraværsstatistikken for det første året. Denne viste to ulike fraværsmønstre, de langtidssykmeldte og dem med hyppige og kortere fravær.

Rutiner for oppfølging av sykmeldte

Det siste halvåret av prosjektperioden ble det arbeidet med å få på plass rutiner og praksis for å få til en helhetlig oppfølging av medarbeiderne ved avdelingen. Dette ble gjort gjennom tre fagdager for alle områdelederne og fagmøte med bedriftshelsetjenesten. På fagdagene sto medarbeideroppfølging i fokus. Områdelederne arbeidet med å avklare hvem som skulle følge opp den sykmeldte, med felles mal for iverksetting av aktiv sykmelding og oppfølging av sykmeldte. Det ble også arbeidet med hva som var vanskelig å ta opp i medarbeidersamtalen og hvordan bedriftshelsetjenesten og andre hjelpere (f.eks. kollegastøtte) kunne støtte

områdelederne. På bakgrunn av diskusjonene utarbeidet prosjektet en medarbeiderperm som oppsummerte rutiner og framgangsmåter i oppfølgingsarbeidet og annet personalarbeid.

Kontakt til trygdekontor og leger

Trygdekontoret hadde kontakt med prosjektet og hadde vært på Husøkonomavdelingen. Men det var ikke opprettet noen kontaktperson for Husøkonomavdelingen ved de to mest aktuelle trygdekontorene, og det var ikke bygget ut noen faste kanaler som kunne sikre at Husøkonomavdelingens rutiner var oppdatert i forhold til trygdekontorene (ibid:73). Trygdekontoret på sin side syntes det var vanskelig å vite hvor de skulle sende henvendelser om attføring og lettere arbeid. Sykehuset hadde nedlagt sitt attføringsutvalg og hadde ingen attføringskonsulent. Trygde- og arbeidsmarkedsetaten erfarte at det var vanskelig å finne en samarbeidspartner i RiT som organisasjon. Det kunne være vanskelig å vite hvem som hadde ansvaret i attføringsprosessen.

Avdelingen var på sin side ikke spesielt glad for henvendelser fra trygdekontor og lege om omplassering og lettere arbeid. Avdelingen hadde lite å tilby, og mente dessuten at legeerklæringene ofte satt løst: Enkelte kunne få legeerklæring på hva det skulle være (ibid:73). Avdelingen kunne ikke oppfylle alle ønsker, og dersom noen fikk lettere arbeid eller turnus, ble det mer på andre som igjen kunne få plager. Avdelingen ønsket seg derfor et samarbeid både med trygdekontor og leger. Det ble funnet en løsning for kontakten mellom trygden og Husøkonomavdelingen, der avdelingen var rett adresse i første runde og bedriftshelsetjenesten overtok når avdelingen ikke hadde flere muligheter. Denne tilnærmingen til RiT følges nå av alle trygdekontorene i kommunen.

Resultater og erfaringer

Vikarpoolen innfridde ikke forventningene. En av grunnene var at den var for lavt dimensjonert, noe som førte til press for dem som var i poolen. I tilfeller med mer sykefravær enn beregnet, skulle assistentene på området samarbeide om å løse problemet. Dette ble ikke gjort. Rapporten peker på at arbeidsfordelingen ikke var klar nok da poolen ble iverksatt. Her fikk prosjektet også en annen erfaring. Prosjektet hadde ved gjennomføringen av denne ordningen gått for mye inn i avdelingens driftsoppgaver, et område der de verken hadde nok kunnskaper eller myndighet. Prosjektet fant at det å gå inn i slike tiltak ikke var hensiktsmessig i forhold til prosjektets målsetting.

En kan aldri forankre godt nok!

Vi ser av prosjektorganiseringen at Medvirkningsprosjektet var samlokalisert med Husøkonomavdelingen. I løpet av prosjektet forekom hendelser som viste at relasjonene mellom avdelingen og Medvirkningsprosjektet ikke var godt (nok?) utarbeidet. Det oppsto også et mistillitsforhold mellom prosjektet og avdelingen i forbindelse med publisering av arbeidsmiljøkartleggingen. Avdelingsledelsen mente at rapporten var ensidig og negativ, at de ikke var hørt og at rapporten underkjente det de hadde gjort (ibid:75, 79). Den førte til mismot i avdelingsledelsen og mistillit til prosjektet (ibid:81). Avdelingsledelsen (evt avdelingsleders) relasjon til prosjektet framkommer også av sluttrapporten til prosjektet:

Kapittel 4 "Presentasjon av Husøkonomavdelingen på RiT" (Andersen og Karlsen 1999:18-25) er en presentasjon av avdelingen skrevet av avdelingen selv. Her framkommer det at avdelingen i samme tidsrom som prosjektet hadde virket, også hadde gjennomført omfattende forbedringstiltak. Avdelingen hadde i 5 - 6 år arbeidet med heving av kompetanse, organisasjonsutvikling og etablering av kvalitetssystem. Det var lagt vekt på lederutdanning og alle ansatte hadde vært på servicekurs. Ca. 40 rengjørere tok fagbrev i et opplegg

organisert av avdelingen og Trondheim AOF, og 12 videreutdannet seg i ledelse, data osv. (Andersen og Karlsen 1999:23). Videre ble det i februar 1999 startet et utviklingsprosjekt, ”Prosessutvikling og etablering av kvalitetssystem i Husøkonomavdelingen”. Avdelingen opplevde høsten 1999 å ha fått en merkbar forbedring på flere områder, som konsekvens av dette utviklingsarbeidet (ibid:24).

Leseren av kapittel 4 i rapporten må forstå framstillingen slik at det på samme tid har foregått to ulike og helt separate utviklingsprosjekter/arbeid ved avdelingen, og at disse ikke har vært koordinert og har hatt lite med hverandre å gjøre. Ser vi videre på de tiltak som kapitlet henviser til, foregikk imidlertid utdanningen mot fagbrev før Medvirkningsprosjektet tok til, og utviklingsprosjektet ”Prosessutvikling og etablering av kvalitetssystem i Husøkonomavdelingen” ble igangsatt helt mot slutten av Medvirkningsprosjektets periode.

Hva handler dette om? Prosjektlederne selv sier at seksjonslederne og prosjektet var likeverdige samarbeidspartnere i prosessen for å utvikle medarbeideroppfølging, og at de planla tiltak i fellesskap (ibid:108). I løpet av prosjektperioden har det vært lederskifte i Husøkonomavdelingen, men begge lederne har sittet i prosjektets styringsgruppe. Prosjekttiltakene, med unntak av arbeidsmiljøundersøkelsen, var gjennomført av avdelingens ledere og mellomledere. Det var de som har deltatt i prosessene for å utvikle oppfølgingsrutiner og liknende. Likevel synes ikke den nåværende avdelingslederen å ha noe eieforhold til Medvirkningsprosjektet eller tillegge det betydning.

Når en ser på involveringen av avdelingen i Medvirkningsprosjektet, ser en at det har vært gjennomført brede prosesser mot de ansatte, mot områdeledere og mot verneombud og tillitsvalgte. Men forankringen i og medvirkningen fra avdelingens ledelse har i perioder kommet i bakgrunnen. Det kan se ut som publiseringen av arbeidsmiljørapporten fra prosjektet førte til en avstand mellom prosjektet og avdelingsledelsen, som oppklaringsmøter og videre arbeid ikke klarte å bygge bro over. Det kan også være at nye ledere ikke får det samme eieforhold til et prosjekt som de ikke har deltatt i oppstarten av, og at prosjekter må være veldig oppmerksomme på stadig å forankre på nytt.

5.3 Bedriftsprosjekter – sykefraværsoppfølging

Matrise 2: Presentasjon av sykefraværsprosjektene i bedrift

Prosjektets navn	Hvem er målgruppen	Sentralt i prosjektet
”Sykefraværsprosjektet ved Ringnes Gjelleråsen”	Alle avdelinger på bedriften. Alle sykmeldte over 14 dager. I hovedsak menn	<ul style="list-style-type: none"> • Utarbeide rutiner for personalhåndtering og sykefraværsoppfølging i bedriften • Utarbeide rutiner for kommunikasjon mellom bedriften og trygdeataten i sykefraværsoppfølging • Aktivisere de sykmeldte • Øke egenaktiviteten i avdelingene vedrørende sykefraværsforebyggende tiltak

Prosjektets navn	Hvem er målgruppen	Sentralt i prosjektet
”Forebygging og oppfølging av arbeidsrelaterte belastningslidinger ved Kværner-Leirvik”	Alle ansatte I hovedsak menn	<ul style="list-style-type: none"> • Forebygge belastningslidelser gjennom trening, arbeidspasstilrettelegging og arbeidsmiljøtiltak • Tilby utsatte grupper trening i arbeidstiden • Få alle ansatte til å trene
”Sykefraværprosjektet SOT”	Yrkessjåfører i Stavanger og omegns Trafikkselskap I hovedsak menn	<ul style="list-style-type: none"> • Få de ansatte til å trene • Lage og iverksette oppfølgingsrutiner • Bedre samarbeidet mellom trygdeetaten og bedriften • Kartlegge og forbedre de velferds- og kulturfremmende aktivitetene i bedriften

5.3.1 Sykefraværprosjektet ved Ringnes Gjelleråsen – Akershus fylkestrygdekontor

Prosjektet sprang ut av det arbeidet som Nittedal trygdekontor hadde gjennomført for å spore bedrifter til egeninnsats i sykefravær oppfølgingen, bl.a. gjennom prosjektet ”Akershusprosessen”.

Prosjektets idé var at kontakten mellom lege/trygdekontor og virksomheten er avgjørende for saksbehandlingen i oppfølgingsarbeidet. Det å konkretisere yrkesmulighetene er ofte like viktig som behandlingstiltak og prognosevurdering. Det er bedriften som har best mulighet til å fange opp problemer i en tidlig sykefase, og det er oftest i bedriften at de praktiske løsningene (yrkesmulighetene) finnes.

Hva skal en da gjøre når en bedrift har arbeidstakere knyttet til ca. 50 trygdekontorer i seks fylker? For å få til nærheten mellom bedrift og trygd, lar en ett trygdekontor overta førstekontakten mht. å godkjenne avtaler, og gir dette kontoret ansvaret for å følge opp saker som bedriften har sendt ulike trygdekontor. I dette tilfellet var det Nittedal trygdekontor som hadde denne rollen. De har gjennom prosjektet plassert en medarbeider i bedriften. Gjennom å være ”trygdekontor i bedrift” ville trygden få god kjennskap til arbeidsplassen og arbeidsgivers sykefravær oppfølging, og ut fra større nærhet og kunnskap kunne trygden være med på å lage gode samarbeidsmodeller mellom bedrift og trygdekontor. Prosjektet er rapportert i Solveig Haugen, 1998: *Sykefraværprosjektet mellom trygdeetaten og Ringnes Gjelleråsen*, Fylkestrygdekontoret i Akershus. Prosjektet ble gjennomført i perioden 01.01.1996 til 30.06. 1998.

Mål og målgrupper

Det overordnede målet for prosjektet var å redusere sykefraværet. De operasjonelle målene var:

- Finne helsemessige og yrkesrelaterte årsaker til fravær
- Utarbeide rutiner for personalhåndtering og sykefraværsoppfølging i bedriften
- Utarbeide rutiner for kommunikasjon mellom bedriften og trygdeetaten i forbindelse med sykefraværsoppfølging
- Implementere rutiner i internkontrollsystemet
- Bedre kommunikasjonen mellom leder og den sykmeldte
- Aktivisere de sykmeldte
- Øke egenaktiviteten i avdelingene vedrørende sykefraværsforebyggende tiltak

Målgruppen for prosjektet var alle avdelinger og alle ansatte i bedriften. Målgruppen for oppfølgingsmodellen har vært alle ansatte som har vært sykmeldte i mer enn 14 dager.

Tiltak og iverksetting

Prosjektets tilnærming og utvikling av rutiner

I forprosjektperioden, tre måneder før oppstart, startet prosjektet opp med informasjon og motivasjon mht. sykefraværsoppfølging. Bedriftshelsetjenesten utarbeidet i denne perioden arbeids- og rapporteringsrutiner for oppfølgingsarbeidet. Disse ble i denne perioden tatt i bruk i to avdelinger.

I oppstarten ble også de aktuelle trygdekontorene og fylkestyregdekontorene orientert om prosjektet, hvilke ønsker prosjektet hadde mht. samarbeid med trygdekontorene, og hvordan sakene skulle forberedes i bedriften før de ble sendt til trygdekontorene. I møte med trygdesjefene i Akershus fikk prosjektleder, som ellers var saksbehandler ved Nittedal trygdekontor, fullmakt til å behandle søknader om bruk av aktiv sykmelding for samtlige av deres trygdekontorer.

Vi kan skille mellom to sider ved det oppfølgingsarbeidet bedriften iverksatte:

- et system av meldinger og *skriftliggjøring*
- en oppbygning av *arenaer*

Den sykmeldte ble etter 14 dager kontaktet av arbeidsleder, enten via telefon eller pr. brev. Den sykmeldte fikk så tilsendt et skjema kalt *vrderingsrapport*, som ble fylt ut av arbeidslederen i samråd med den sykmeldte. I dette skjemaet sto det ikke noe om sykdom, men om mulig tilrettelegging og ønske om aktiv sykmelding. Rapporten ble sendt til personalavdelingen med kopi til bedriftshelsetjenesten. Dersom den sykmeldte kunne tenke seg aktiv sykemelding, tok nærmeste leder kontakt og innkalte til en aktiv sykemelding - *samtale*. I denne samtalen deltok den sykmeldte, arbeidsleder, en representant fra bedriftshelsetjenesten, en fra personalavdelingen og eventuelt en tillitsvalgt. Den sykmeldte og nærmeste leder fant sammen fram til egnede aktiviteter og utarbeider avtale. Denne ble sendt til trygdekontoret til godkjenning. I prosjektperioden hadde prosjektleder fullmakt fra de ansattes respektive trygdekontorer til å godkjenne aktiviseringsavtalene. Hensikten var å redusere saksbehandlingstiden og sikre en ensartet behandling av sakene.

I løpet av perioden ble det foretatt en *oppfølgingssamtale*, der den aktiv sykmeldings-perioden ble evaluert og eventuelt forlenget. De samme aktører som deltok i aktiv sykemelding - samtalen møttes til oppfølgingsamtalen.

Dersom det var behov for å avklare den sykmeldtes restarbeidsevne, ble det innkalt til *Trekantsamtalen*. Her møtte de samme parter som i aktiv sykemelding - samtalen og oppfølgingssamtalen. Men her hadde personalavdelingen overtatt ansvaret og var den som innkalte.

Disse tre møtene dannet en arena for oppfølging, og møtene ga til sammen grunnlag for saksbehandling i bedriften rettet mot tilrettelegging eller eventuelt omplassering. De kunne danne grunnlag for å ta saken opp i attføringsutvalget eller å ta opp samarbeid med helsevesenet eller trygdeetaten.

Mot attføring?

På et tidspunkt i en utredning, lages det en *arbeidsplassbeskrivelse*. Den beskriver de arbeidsoppgavene som utføres, hvordan de er organisert og hvilke miljøfaktorer som særpreger arbeidsplassen. Denne utredningen lages av arbeidsleder i samarbeid med den sykmeldte og ergonom. Den skal gi eksterne aktører, som lege og trygdeetat, et grunnlag for å vurdere den sykmeldtes arbeidsevne i relasjon til arbeidskravene. Når saken var avklart i relasjon til arbeidstakernes helse og restarbeidsevne, fant en fram til løsninger internt eller tok saken opp med trygdekontoret, dersom det var behov for et mer omfattende attføringsopplegg. I henvendelsen til trygdekontoret ba prosjektet om møte i basisteamet og det var da viktig at arbeidsgiver møtte.

Arbeidsmiljø

I prosjektets regi ble det invitert til temadager. Hensikten med disse dagene var at deltakerne aktivt skulle gjennomgå egen arbeidssituasjon og komme fram til tiltak som de mente kunne forebygge eller redusere sykefraværet ved avdelingen. Antallet deltakere pr. temadag var 20 - 25 stykker. Alle avdelingene gjennomførte dagen på samme måte. Prosjektet refererte forslagene og sendte dem tilbake til avdelingen, som grunnlag for avdelingenes prioritering av tiltak til egen handlingsplan.

Resultater og erfaringer

Prosjektet Ringnes Gjelleråsen la hovedvekten på å iverksette nye oppfølgingsrutiner med aktiv sykemelding og fora for igangsetting og evaluering av dette (AS-samtalen og oppfølgingssamtalen) som sentrale elementer. Erfaringene knyttet til bruk av aktiv sykemelding, kommer vi tilbake til i kapittel 10.

Erfaringer med bedriftsintern avklaring

Erfaringene bygger på 90 saker fordelt på 32 trygdekontorer, og de fleste sakene dreier seg om aktiv sykemelding. De fleste trygdekontorer mente at bedriftens rutiner for avklaring hadde virket arbeidsbesparende for trygdekontoret. Dialogen var blitt bedre og samarbeidet hadde bidratt til at framtidige yrkesmuligheter ble tidligere avklart. De mente også at Arbeidsplassbeskrivelsen hadde vært et nyttig hjelpemiddel i saksbehandlingen. Det var få trygdekontorer som på forhånd hadde erfaringer med å ha bedriften til stede i basisteam. Mot slutten av perioden var det en økende tendens til at trygdekontorene innkalte Ringnes Gjelleråsen ved møter i basisteam for deres sykmeldte.

Bedriften hadde attføringsutvalg. Før prosjektstart hadde utvalget et stort antall saker til behandling, 44 saker i 1995. Mange av sakene var gjengangere. I prosjektperioden hadde bedriften ved hjelp av nye rutiner fått ryddet opp i disse sakene. Det kom heller ikke mange nye saker til utvalget, og i 1997 hadde de 18 saker til behandling. Samtidig gikk den

gjennomsnittlige saksbehandlingstiden i atfføringsutvalget ned fra 40 uker i 1996 til sju uker i 1997 (Haugen 1998:92).

Trygdens erfaringer – erfaringer med trygden?

Prosjektet henvendte seg til trygdekontorer med anmodning om møte i basisteam i 16 saker. I ni saker ble et basisteammøte avholdt. I de øvrige sju sakene fikk prosjektet/bedriften heller ikke svar på sin henvendelse. I de ni sakene der det ble avholdt møte, var den gjennomsnittlige ventetiden 27 uker, dvs. ca. ½ år. Trygdekontorene tok i hele prosjektperioden ikke et selvstendig initiativ til å innkalle bedriften til møte i basisteamet (Haugen 1998:93-94). Kan dette bero på at trygdekontorene oppfattet fullmaktene til prosjektleder som en total overtakelse av ansvaret for disse sakene?

Videre hadde bedriften sendt 32 forespørsler til trygdekontoret med kopi til behandlende lege. Det manglet skriftlig tilbakemelding både fra trygdekontor og lege i 31 av sakene. Her måtte prosjektleder eller bedriftslege ta telefonisk kontakt. Prosjektrapporten peker på at det er viktig å avklare den ansattes arbeidsevne i relasjon til bedriftens tilbud. Da må en ta utgangspunkt i beskrivelse av arbeidstilbudene, og trygd og lege må samarbeide med arbeidsgiver. Hvis ikke, oppstår det lett misforståelser mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, noe som fører til at saker blir tunge og demotiverer arbeidsgiver. Arbeidsgiver, trygd og lege må holde direkte kontakt i avklaringssaker.

Utviklingen i sykefraværet - fokus på drift og ledelse

I prosjektperioden var sykefraværet stabilt på Ringnes Gjelleråsen. Fraværet var høyere i denne virksomheten enn i andre Ringnesbedrifter og i relasjon til andre bedriftsstatistikker prosjektet kunne sammenlikne med. I sammenlikningsmaterialet steg fraværet i perioden 1995-97. Det gjorde ikke sykefraværet i prosjektbedriften (Haugen 1998:103). I sammenlikningsmaterialet fant prosjektet at et lite mindretall sto for en stor del av sykefraværet. Slik var det ikke på Ringnes; der det var mange som har fravær over to uker.

Prosjektet fant forskjeller i sykefraværet i avdelinger med relativt like arbeidskrav og arbeidsmiljø, og med samme sammensetning av arbeidskraften. Avdelingene praktiserte også de samme sykefravær rutiner. Prosjektet fant forskjeller både i størrelsen av sykefraværet og i fraværmønsteret over året (Haugen 1998:104). *Forskjellene kunne være betydelige og peker mot ulikheter i organisering og ledelse i avdelingene og ev. mot ulik iverksetting av i utgangspunktet like rutiner mht. sykefraværsoppfølging.* Forhold innen den enkelte avdeling lå utenfor hva prosjektet hadde kompetanse og mandat til å jobbe med. Hver avdeling fikk oversikten over sykefraværet månedsvis og ble bedt om å ta det opp i avdelingsmøtene, noe som i varierende grad ble gjort. På bakgrunn av denne "tilfeldige" bruken av det tilsendte materialet, valgte prosjektet å avholde et møte med personalavdelingen (ibid:64).

Det ville vært interessant å se på hvordan toppledelsen fulgte opp sykefraværarbeidet med sine ledere ut fra den avdelingsvise statistikken som var kjent også for dem. Her har vi ikke data. Men ut fra de store avdelingsvise forskjellene i sykefraværet i "like" avdelinger, peker erfaringen i dette prosjektet mot linjeorganisasjonens og mellomledernes rolle, både i sykefraværarbeidet og i arbeidsmiljøarbeidet. Prosjektet var imidlertid først og fremst knyttet til personalavdelingen og bedriftshelsetjenesten, og i mindre grad til linjeorganisasjonen, og prosjektet kom derfor lite i inngrep med arbeidsmiljø, arbeidsorganisering og ledelse.

5.3.2 Forebygging og oppfølging av arbeidsrelaterte belastningslidingar ved Kværner Leirvik - Fylkestrygdekontoret i Sogn og Fjordane

Dette prosjektet var initiert av Kværner Leirvik, HAFS bedriftshelsetjeneste og Arbeidslivstjenesten. Foranledningen var at klubben ved Kværner hadde bedt ledelsen utstyre et treningsrom som et sosialt tiltak for dem som bodde på brakkene (leiearbeidere). Tanken bak prosjektet var å forebygge sykefraværet, og dette ønsket ledelsen å gjøre gjennom å bedre arbeidsmiljøet generelt og sette fokus på arbeidstakere som hadde eller sto i fare for å få belastningslidelser.

Prosjektets hovedidé var at trening ville øke muskelstyrke og kondisjon, noe som igjen ville øke trivsel og jobbmestring og senke sykefraværet.

Prosjektet er rapportert i Vibekke Johnsen 1998: "Forebygging og oppfølging av arbeidsrelaterte belastningslidingar ved Kværner Leirvik a.s.", Arbeidslivstjenesta i Sogn og Fjordane, Leikanger. Prosjektet pågikk fra sommeren 1996 til desember 1997, en prosjektperiode på 1,5 år.

Mål og målgruppe

Prosjektets mål var formulert slik:

- Forebygge belastningslidelser gjennom trening, arbeidsplassstilrettelegging og arbeidsmiljøtiltak

Med hensyn til forebygging, trening som forebygging og arbeidsmiljø, var prosjektet rettet mot alle arbeidstakere, dvs. ca. 200 fast tilsatte og 80 leiearbeidere. Trening i arbeidstiden var rettet mot grupper som var utsatte for skader, som hadde rapportert belastningsrelaterte plager og lidelser i bevegelsesapparatet i en kartleggingsundersøkelse. Samlet utgjorde dette 45 personer.

Tiltak og iverksetting

Hovedvekten i prosjektet har vært lagt på trening med apparater i treningsrom. Men det har også vært viktig å følge opp arbeidstakerne på egen arbeidsplass for å tilpasse arbeidsoppgavene ut fra funksjonsevnen, samt å drive holdningsdannende arbeid.

Trening

Ved oppstarten av prosjektet ble det gjennomført en omfattende spørreundersøkelse blant de ansatte om deres helseplager. Denne undersøkelsen var utarbeidet av prosjektleder i samarbeid med ledelsen og klubben, ved siden av at noe var utarbeidet av bedriftshelsetjenesten. Ut fra svarene ble de ansatte delt i to grupper:

Gruppe 1: Personer som var uten eller har lite belastningsplager eller lidelser i bevegelsesapparatet.

Gruppe 2: Personer som hadde belastningsplager eller lidelser i bevegelsesapparatet.

Personer i gruppe 2 fikk tilbud om å trene i arbeidstiden. Alle andre ble oppfordret til å trene, og fikk fritt benytte treningsrommet utenfor arbeidstiden.

Treningen skulle gjennomføres i bedriftens eget treningsrom og med assistanse av treningsledere som ble utdannet lokalt. Disse treningslederne var frivillige, som ble skolert til

å sette opp individuelle treningsprogram, bistå under trening og på andre måter ta ansvaret for treningen. Prosjektleder utviklet og gjennomførte et 15 timers opplæringsprogram for treningsledere og utdannet åtte ledere.

Før treningen startet opp, ble de som inngikk i gruppe 2 testet mht. muskelstyrke og bevegelighet, og prosjektleder og treningsledere utarbeidet individuelle treningsprogram på bakgrunn av testene. Et normalt treningsprogram omfattet oppvarming og apparattrening 30 - 40 minutter, to til tre ganger i uken. De som inngikk i gruppe 2 trente i arbeidstiden etter avtale med arbeidsleder.

Arbeidsmiljø, tilrettelegging og holdningsskapende arbeid

I begynnelsen av prosjektet arbeidet prosjektleder mot verneombudene og hadde møter med dem to ganger pr. måned for å ta opp ulike arbeidsmiljøproblemer. Videre foretok prosjektleder arbeidsplassbesøk og snakket med både arbeidstakere og formenn. I disse samtalene kom det også opp mange praktiske forslag, f.eks. om ståstoler som kunne avlaste muskulaturen ved stillestående arbeid. Prosjektleder brukte videre fotografier for å dokumentere hvordan arbeiderne brukte kroppen. Denne dokumentasjonen ble senere brukt i opplæringsøyemed i små grupper.

Prosjektleder hadde sju samlinger for verneombud og arbeidsledere, der han tok opp hvordan en sammen kan arbeide for et bedre arbeidsmiljø. Det ble videre lagt opp en rutine der verneombudene og prosjektleder månedlig skulle gå rundt i de respektive verneområdene. Disse vernerundene ble nyttet til å foreslå ergonomiske tilpasninger av arbeidsplassene. Prosjektleder hadde i perioden to møter med arbeidslederne for å ta opp og diskutere prosjektspørsmål, samt diskutere og løse praktiske spørsmål.

Prosjektleder prøvde å få opprettet arbeidsplasser som passet for aktiv sykmelding i form av en arbeidsplass eller arbeidsbenk underlagt ett av lederområdene. Dette viste seg vanskelig å få til i praksis.

Prosjektet arrangert et kurs: Kjennskap til kroppen vår – kroppsbruk. Dette gikk over to timer, og om lag 90 prosent av de ansatte deltok.

Det ble satt i gang informasjonstiltak. Avisen "Prosjektposten" kom med to nummer med stoff både om sykefravær, belastningsslidelser og arbeidsmiljø generelt, og fra prosjektet.

Effekter og resultater

Effekter og resultater fra dette prosjektet er diskutert i to forskjellige kapitler. Effekten av trening på sykefraværet for den gruppen som fikk trene i arbeidstiden, blir diskutert i kapittel 9. Videre er erfaringer fra dette prosjektet brukt som case mht. problemer med prosjektutvikling og rolleavklaring i prosjekter, se kapittel 14.

5.3.3 Sykefraværsprosjektet SOT – Rogaland fylkestrygdekontor

Prosjektet var initiert av Stavanger og Omegn Trafikkselskap (SOT) og bedriftshelsetjenesten.

Ideen bak prosjektet var at trening kan bedre (arbeids-)helsen til de ansatte og derigjennom redusere sykefraværet.

Prosjektet rettet seg opprinnelig mot trening, men ble senere utvidet mot utarbeidelse og iverksetting av sykefraværsrutiner i bedriften. Prosjektet er rapportert i Sandvik, Storebakken og Løland, 1997: Rapport fra Sykefraværsprosjektet SOT. Fylkestrygdekontoret i Rogaland. Prosjektet ble gjennomført fra april 1996 til april 1997.

Mål og målgruppe

Målgruppen var yrkessjåfører i Stavanger og Omegn Trafikkselskap. Prosjektets mål var å:

- få de ansatte til å trene på egen fritid, men med treningstilbudet betalt av arbeidsgiver
- lage og iverksette oppfølgingsrutiner for sykmeldte
- bedre samarbeidet mellom trygdeetat og bedrift
- kartlegge og forbedre dagens velferds- og kulturfremmende aktiviteter.

Tiltak og iverksetting

Den opprinnelig planlagte aktiviteten var trening i treningssenter. Denne delen er rapportert i kapittel 9. Etter hvert kom imidlertid andre oppgaver og tilnæringer i fokus i prosjektet. Det ble satt i gang arbeid med utvikling og iverksetting av rutiner for oppfølging av sykmeldte. På dette tidspunktet i prosjektet gikk trygdekontoret inn i en hjelperolle. En trygdefunksjonær hadde arbeidsplass ved SOT to dager i uken for å hjelpe til med utvikling og iverksetting av rutinene. De ble utviklet gjennom idédugnadsmøter, der representanter for de ansatte og ledelsen deltok sammen med de to som ledet prosjektet. Det ble holdt åtte slike idédugnadsmøter. Også bedriftshelsetjenesten og Arbeidslivstjenesten ble trukket inn i dette arbeidet, men trygdemedarbeideren var den som drev det fram. Som et ledd i dette arbeidet ble det også gjennomført opplæring av førstelinjeledere og tillitsvalgte. Opplæringen handlet både om ”den gode samtale” og om de rettigheter og plikter de ulike parter har i sykefraværsarbeidet. Prosjektet gjennomførte også en intervjuundersøkelse om fraværsårsaker og trivsel.

Vi kan si at prosjektet arbeidet ut fra et dialogperspektiv. Det var spesielt nødvendig i dette prosjektet på grunn av tidligere store omstillinger og utvidelser av bedriften, med konflikter innad, både mellom de ansatte og ledelsen og mellom to fagorganisasjoner. Det var viktig å bygge opp systemer ut fra bred medvirkning, og utfordringen var å få rutinene til å oppleves som rettferdige. Det lå mye arbeid i å overbevise alle parter om at oppfølging og aktive tiltak overfor sykmeldte er et gode.

Resultater og erfaringer

Da oppfølgingsrutinene ble utviklet, ble ansvaret plassert hos linjeleder. Problemet var at alle sjåførene var organisert under en leder, noe som gjorde oppfølgingsarbeidet vanskelig. Det ble derfor tatt initiativ til en omorganisering av sjåførene fra en til tre avdelinger, samtidig som rutinen åpnet for at en tillitsmann i den første perioden kan være den som tar kontakt med den sykmeldte.

Aktiv sykmelding

Fra første møte gikk det fire måneder til første sykmeldte ble fulgt opp/kontaktet. Det ble gjennomført fem tilfeller av aktiv sykmelding. I denne bedriften med ca. 225 sjåfører og en liten verksteds- og administrasjonsavdeling, kunne det være vanskelig å finne arbeidsoppgaver for aktiv sykmelding. En av prosjektmedarbeiderne gikk inn og bidro til å finne praktiske løsninger. Prosjektet stiller i rapporten spørsmål ved om aktivisering/arbeidstrening må foregå i egen bedrift. Kunne ikke bedrifter gå sammen om å finne arbeidstreningsplasser?

Prosjektet fikk ikke sjåførene til å trene, men prosjektet fikk på plass både sykefraværstatistikk og oppfølgingsrutiner. Prosjektet bidro også til å bygge bro mellom ulike parter i virksomheten som hadde hatt store konflikter, og har bidratt til omorganisering og til å bedre linjeorganisasjonens muligheter til å følge opp sykmeldte. Det ble også bygget ut kontakt mellom trygdekontor og bedrift, og det ble lettere for bedriften å ta kontakt med en trygdefunksjonær som kjente dem. Trygdens fikk erfaring med livet i bedriften og de problemer bedriften hadde.

5.4 Oppsummering

5.4.1 Endringer er iverksatt

Disse prosjektene var alle forankret i virksomheten, og de prosjekttiltak og endringer som ble iverksatt, ble starten på noe nytt. Her ser en forsøk som en endringsprosess. Det var ikke snakk om å avslutte forsøket og vente på rapporten, for så å vurdere om tiltakene var gode og skal iverksettes. Her ble endringer iverksatt.

5.4.2 Hva slags ideer og tilnærminger fant vi?

Arbeidsmiljøet

Hovedideen bak de tre første prosjektene var å legge fokus på arbeidsmiljøet. Det er i arbeidsmiljøet fraværproblemer oppstår. Derfor er det viktig å finne løsninger på arbeidsmiljøproblemer. Det er viktig å satse på arbeidsmiljøet fordi det gir både økonomisk gevinst og bedre tjenester. Stort fravær skaper i seg selv ustabilitet i en organisasjon. Alle de tre prosjektene har gjennomført arbeidsmiljøundersøkelser som en del av en forbedringsstrategi. Men de har gjort det på svært ulike måter.

Aurskog-Høland kommune satte søkelyset på hele kommuneorganisasjonen og startet med vedtak i kommunestyret og oppfølging fra rådmannen, gjennom sine ledere og gjennom hele linjeorganisasjonen. Prosjektet gjennomførte en arbeidsmiljøundersøkelse som la hovedvekten på psykososiale problemstillinger, og sendte resultatene tilbake til den enkelte avdeling for at de skulle lage en tiltaksplan og prioritere mellom tiltak. Hver avdeling fikk se egne resultater mot et gjennomsnitt for alle avdelingene.

I Regionsykehuset i Trondheim arbeidet prosjektet med en avdeling, ikke med hele organisasjonen. Arbeidsmiljøundersøkelsen ble gjennomført ved bruk av arbeidsdeltakelse og møter med de berørte, før det sendes ut en undersøkelse. Resultatene ble utskrevet og var offentlig tilgjengelige. Prosjektet så på det fysiske arbeidsmiljøet, det sosiale og det organisatoriske.

I Trøste og Bære gjaldt tiltaket en avdeling, og undersøkelsen ble, som i Aurskog-Høland, sendt tilbake til den delen av organisasjonen den angikk, som så laget tiltaksplan. Sluttrapporten inneholdt forholdsvis lite om hva som ble tatt opp i arbeidsmiljøundersøkelsen.

Stavanger og Omegn Trafikkselskap hadde ingen arbeidsmiljøundersøkelse (prosjektet startet som et treningsprosjekt). Men alle disse fire prosjektene finner noe av det samme, og tiltakene går dels i samme retning. De finner organisatoriske arbeidsmiljøproblemer. Med organisatoriske forhold mener vi arbeidets organisering, de kommunikasjons- og

interaksjonsmuligheter som inngår i selve arbeidsprosessen, og de mestringsmuligheter som arbeidsprosessens utforming skaper for den enkelte (Andersen 1997:7). I SOT fant prosjektet at det var umulig for linjeleder å følge opp sykefraværet, fordi det var bare en leder for alle sjåførene. Dette var naturligvis ikke bare et problem for sykefraværsoppfølgingen, men i all annen ledelse også. Det ble etter hvert gjort organisatoriske endringer, først med å dele sjåførene i tre grupper. I Trøste og Bære var det også langt fra leder til ansatt, og møtестrukturen var slik at alt, smått og stort, kom opp i ett og samme møte. Dette møtet var også det eneste sosiale treffpunktet for arbeidstakere som jobber i andres hjem og dermed isolert fra hverandre. Møtet ble overbelastet, og det ble innført møter i sonene som kunne ta mindre driftssaker. Slik ble rapportmøtet ryddet. Lederne hadde også mange oppgaver og var utydelige som ledere for de ansatte, med liten mulighet for å hjelpe og drive personalomsorg. Her ble det også gjort endringer i stillingsstrukturen.

Både i RiT og Trøste og Bære handlet problemene om for stor arbeidsbelastning eller press mot de ansatte. Deler av løsningen var at lederne måtte gå inn i andre roller, der faglig støtte og veiledning, samt prioritering av arbeid og ressurser, ble det sentrale. I Trøste og Bære fikk ledere i oppgave å lage vaktlistene som fordelte arbeid og belastninger. De var også mer nøye med inntaket av nye klienter og skulle påse at tjenesten hadde nok ressurser i relasjon til det en klient hadde behov for. Det ble et lederansvar ikke å ta inn nye klienter uten å ha tilstrekkelig med ressurser. Også på RiT dreide det seg om skjerming mot urimelig store belastninger. Her hadde en hatt nedskjæringer og innføring av nye arbeidsmetoder og renholdsnormer. Arbeidsoppgavene ble tilpasset endringen slik at arbeidsmengden skulle være forsvarlig. Likevel opplevde assistentene endringen som pressende, fordi de ofte arbeidet som før for at det skulle bli "rent nok". Assistentene forholdt seg til en personlig og erfaringsbasert norm for renhold og ikke til den nye offisielle renholdsnormen. Her måtte lederen gå inn i nye roller mht. prioritering og faglig støtte og veiledning, for å sette grenser for arbeidsutførelsen og dempe den enkeltes forventinger til seg selv og arbeidet.

I Stavanger og omegn Trafikkselskap, Regionsykehuset i Trondheim og omsorgstjenesten på Lillehammer, kom det *organisatoriske arbeidsmiljøet* i fokus, og tiltakene rettet seg mot organisering og ledelsens oppgaver. Dette var ikke utgangspunktet - det lå heller i det fysiske miljøet, med tunge løft i omsorgssektoren, fysisk slitsomt renhold og fysiske og psykiske belastninger hos sjåførere. I "Muskelsmerteprojektet" (se avsnitt 7.2.3) erfarte prosjektet også at det var varierende hva som ble oppfattet som det største problemet – at arbeidet var fysisk tungt, eller stress og press. Også i dette prosjektet fant en organisatoriske arbeidsmiljøproblemer, hvor organisasjonsmodellen i seg selv syntes å skape mistrivsel. Alle disse eksemplene handler om organisasjoner der mange er organisert under en leder uten mellomleder, og der det er lite kontakt, få faste møter og derav manglende muligheter til å ta opp ulike saker med leder. Som i SOT var bussjåførere en av de yrkesgruppene som inngikk og problemstillingene var de samme. Vi ser at selv om arbeidsmiljø ikke var fokus for alle prosjektene, så framkommer det mange erfaringer som peker mot de organisatoriske og ledelsesmessige utfordringene knyttet til arbeidsmiljø og sykefravær.

Aurskog-Høland-prosjektet rettet seg mer mot trekk ved det *psykososiale arbeidsmiljøet*, som for eksempel konflikthåndtering. Her vet vi ikke så mye om løsningene og i hvilke grad de avdekkede problemene var av organisatorisk natur. Men vi vet at mestring av konflikter og mellommenneskelige forhold er en sentral arbeidsmiljøutfordring i moderne bedrifter i sin alminnelighet (Sørensen og Grimsmo 1996).

Ringnes Gjelleråsen var lite arbeidsmiljørettet, og i Kværner Leirvik var det fysisk arbeidsmiljø og ergonomi som ble det sentrale.

6 Arbeidsgiverkontakt og veiviserrollen

6.1 Utviklingen av trygdekontorets arbeid

Introduksjon av kapitel 6, 7 og 8

Trygdens bidrag til oppfølging av sykmelding og tidlig attføring, ligger langs tre linjer:

Styring av arbeidet rettet mot arbeidsgivere for å bidra til bedre oppfølging i bedrift og bedriftsintern attføring. Her ligger trygdens nye roller som veiviser og koordinator i systemet av offentlige hjelpere som retter seg mot virksomheten. Dette handler både om å prøve ut arbeidsmåter i relasjon til andre tjenester og om å utvikle relasjonene mellom virksomhet og trygd.

Styrking av oppfølging og bidrag til avklaring av den enkelte klient. Dette handler om utvikling av nye tilnærminger i klientsaker og utvikling av selve trygdekontorets rolle som oppfølger. Trygden går inn i en ny rolle og *bidrar til avklaringen gjennom en egen oppfølgingssamtale*. Hva trygdekontorene legger i sin nye rolle, og etter hvilke prinsipper de utformer den, kan variere. Den nye rollen kan bestå av gruppeinformasjon med den nylig sykmeldte, eller av en individuell avklaringssamtale, der både helse, sosiale forhold og arbeidsplassforhold trekkes inn. Rollen kan også rettes mer inn mot arbeidsplassen og avklaring sammen med arbeidsgiver på arbeidsstedet. Sentralt i dette arbeidet er uansett at det innebærer en utvikling og en kvalitetsmessig styrking av trygdens arbeid knyttet til sykepengeutbetaling.

Styring av oppfølging og seleksjon til rehabilitering. Dette handler om en intensivering og effektivisering av samarbeidet med rehabiliteringsapparatet og å komme over fra rehabilitering til arbeid. Trygden går inn som ekspert og *selekterer personer* som av ulike grunner bør følges opp, utredes, behandles og tilbys aktive tiltak. Trygdens oppgave er å trekke ut dem som har stor risiko for å gli ut av arbeidslivet. Tilnærmingen kan være diagnose- og behandlingsorientert: Personene innkalles, saken gjennomgås og utredes, og epikrise skrives.

Vi vil i løpet av de kommende tre kapitler trekke fram noen prosjekter som illustrerer disse linjene. Vi vil se på hva de har gjort, hvem de har samarbeidet med og hva vi kan kalle resultater av prosjektene. Ikke alle prosjekter vil bli like utførlig presentert. Noen av prosjektene hadde en systemrettet tilnærming og noen en individrettet. Med systemrettet tilnærming tenker vi på trygdens generelle informasjon mot arbeidsgiver og leger, og samarbeid med andre aktører i oppfølgingssystemet. Med individrettet tilnærming tenker vi på det direkte klientarbeidet. De forskjellige prosjekter har lagt forskjellig ulik vekt på arbeidet mot oppfølgingssystemet og partene og klientarbeidet. Men de fleste prosjekter har med begge tilnærminger.

6.2 Presentasjon av prosjekter arbeidsgiverkontakt og veiviserrollen

6.2.1 Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Tromsregionen – Fylkestrygdekontoret i Troms

Dette prosjektet ble initiert fra det trygdefaglige miljøet i Sør-Troms og gjennomført som et prosjekt innenfor trygden i samarbeid med arbeidsmarkedsetaten ved Arbeidslivstjenesten. Prosjektet bygger på erfaringer fra Berlevågsprosjektet 1992-94, Mosseundersøkelsen 1994 og erfaringer fra tidligere oppfølgingsarbeid. Det tar utgangspunkt i at oppfølgingsarbeid gjennom sentrale pålegg har gitt få resultater: Intensiv oppfølging fra trygdekontoret i Moss med formål å påvirke legenes sykmeldingspraksis, ga ikke reduksjon i sykefraværet, men implementering av aktiv sykmelding ga resultater i Berlevåg. Mye tydet på at fokus mot diagnoser, sykmeldingsblanketter og legesamarbeid i Moss ikke hadde ført fram i den grad en skulle ønske. Dette samsvarte med initiativtakernes egne oppfølgingserfaringer i regionen (Mortensen, Sandtorv og Skoglund 1998:11). Når trygdekontoret ikke fikk gjennomslag for gradert sykmelding, aktiv sykemelding eller bedriftsintern attføring, var det fordi en manglet forståelse og samarbeid fra arbeidsgivers side.

Prosjektets hovedidé var at rask tilbakeføring til arbeid var mer avhengig av forhold ved arbeidsplassen enn av medisinske diagnoser og behandlingsstrategier (ibid:11). Det som er viktig, er tidlig intervensjon, hvilket innebærer utadrettet kontakt med så vel arbeidsgiver som sykmeldte, behandlende lege og andre samarbeidspartnere.

Prosjektet ble gjennomført i perioden 01.05.1996 – 30.04.1998. Det er rapportert i Vidar Mortensen, Berit Sandtorv og Geir Skoglund, 1998: "Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Tromsregionen", Fylkestrygdekontoret i Troms.

Mål og målgruppe

Prosjektet hadde tre mål eller virksomhetsområder:

- Redusere sykefraværet ved utvalgte arbeidsplasser ved økt volum og bedret kvalitet på oppfølging av sykmeldte.
- Utprøve et regionalt samarbeid innenfor et hovedsatsingsfelt for trygdekontorene.
- Oppnå god samhandling mellom trygdekontor og arbeidsgiver, samt etablere nettverk mellom ulike aktører i arbeidslivet.

Både kommunene (sju kommuner i Sør-Troms) som arbeidsgivere og trygdekontorene var målgrupper for de konkrete intervensjonene på systemnivå, sykmeldte med muskel- og skjelett- eller psykiatriske diagnoser (L- og P-diagnoser) og som var sykmeldt ut over to uker. Ansatte i pleie- og omsorgsetaten var målgruppe på individnivå. Prosjektet rettet seg også mot leger og Arbeidslivstjenesten som samarbeidsparter.

Tiltak og iverksetting

En av prosjektets strategier var å styrke saksbehandlers kompetanse, både mht. til oppfølging av den sykmeldte og i gjennomføring av arbeidsgiverkontakt. Denne kompetanseutviklingen skulle skje i et samarbeid mellom de sju involverte trygdekontorene, og det ble engasjert støtte for denne profesjonaliseringen fra Universitetet i Tromsø, avdeling for samfunnsmedisin. Aktiv sykmelding som nytt virkemiddel skulle ikke bare nyttes individuelt; iverksetting av aktiv sykmelding kunne også være en sak å møte arbeidsgiversiden på.

En annen strategi var å etablere kontakt mellom hver av de sju kommunene og kommunens trygdekontor og prosjektet, for å kunne bidra til utvikling av samarbeidet og til bedre oppfølging fra arbeidsgivers side. Et viktig virkemiddel i denne strategien var å arbeide med å øke bruken av aktiv sykmelding.

I dette prosjektet er det gjennomført ulike intervensjoner og handlinger, dels rettet mot arbeidsgiversiden, dels mot trygdekontorene selv og dels mot de sykmeldte. I prosjektet inngikk også legeinformasjon, selv om dette ikke var den sentrale føringen. Prosjektet laget en handlingsplan for å lære opp leger, en opplæringsmanual (Mortensen, Sandtorv og Skoglund 1998:44-45).

Arbeidsmiljøkartlegging og avdelingsvis fraværstatistikk

Det ble først gjennomført en organisatorisk arbeidsmiljøkartlegging i regi av Arbeidslivstjenesten, og deretter et seminar for å gi en tilbakeføring til kommunene. I denne fasen skulle en lage en avtale om videre samarbeid mellom trygdekontor og kommune, og kommunene skulle peke ut en kontaktperson for det forestående prosjektarbeidet. Samarbeidsavtalen ble inngått mellom kommunen og trygdekontor (ibid:33). Prosjektet fant at flere kommuner ikke hadde riktig sykefraværstatistikk og statistikken var ikke egnet for oppfølgingsformål. Bare en kommune hadde rutiner for oppfølging av egne sykmeldte, og ingen hadde rutiner for bruk av aktiv sykmelding. Kommunene fikk veiledning til å få disse verktøyene på plass.

I neste fase ble det holdt tre seminarer med rådmenn og personalkonsulenter, ev. andre kontaktpersoner i kommunene, og Arbeidslivstjenesten gjennomførte en ny kartlegging. Denne tok for seg aktivitetsnivået i arbeidsmiljøarbeidet. Temaer for seminarene var rutiner og statistikk, den stadige utskiftingen av tillitsmenn og verneombud, og kvalitetsgrupper. Deretter ble hver kommune fulgt opp separat. Det viste seg vanskelig å forankre prosjektet gjennom bare en kontaktperson, og prosjektet ønsket på dette tidspunktet å få satt ned en gruppe i hver kommune som et bindeledd mellom arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Denne gruppen ønsket en skulle være et underutvalg under AMU. Det skulle videre utarbeides handlingsplaner for hver av kommunene mht. til videre utvikling av prosjektet.

Det ble holdt møter i hver kommune mellom kommunens ledere og tillitsvalgte, prosjektleder, Arbeidslivstjenesten, saksbehandler med oppfølgingsansvar og trygdesjef. Initiativet skulle komme fra det lokale trygdekontoret. Møtene skulle tjene som informasjonsmøter og som en forankringsstrategi for samarbeidet. Her ba prosjektet om at det ble utarbeidet skriftlige rutiner for oppfølging av sykmeldte og for iverksetting av aktiv sykmelding. Det første hver kommune skulle starte med, var å finne 10 steder/aktiviteter som egnet seg for aktiv sykmelding. Dette skulle være arbeid på toppen av normal bemanning.

For å få sykefraværarbeidet forankret hos nærmeste leder og i driftsavdelingene, ble kommunene anbefalt å opprette kvalitetsgrupper etter mønster fra sykefraværprosjektet på Sortland (se avsnitt 6.2.3). Kvalitetsgruppene skulle etableres i pleie- og omsorgsavdelingene og ha bred sammensetning. I samarbeid med kvalitetsgruppene gjennomførte Arbeidslivstjenesten en arbeidsmiljøundersøkelse, og gruppene ble anmodet om å lage handlingsplaner med utgangspunkt i resultatene, tilpasset HMS-systemet i egen avdeling.

Etter denne første runden med kommunemøter fant prosjektledelsen ut at det ikke skjedde mye i kommunene. Det manglet også kontinuitet i oppfølgingsarbeidet fra trygdekontorene. Prosjektet hadde da pågått i ca. 9 måneder. Det ble da besluttet å ta en ny runde med møter

etter samme mal som sist, der det lokale trygdekontoet sto for innkallingen. Hensikten med møtene var å minne om samarbeidsavtalen mellom kommunen og trygdekantoret, og dessuten å vurdere ledelsesforankring og status i rutiner og handlingsplaner.

Arbeid i trygdekantor

For å få en oversikt over situasjonen, tok prosjektet i starten en opptelling av tilfeller på aktiv sykmelding. Medarbeiderne ved trygdekantorene ble så forespurt om de ønsket å gå inn i en mer utadrettet oppfølgingsrolle, før prosjektet startet sine opplæringsiltak.

Tiltakene besto i kursvirksomhet, kombinert med arbeid på det enkelte trygdekantoret. Kursene tok for seg temaer som den gode samtale, gjennomgang av videoopptak av klientsamtaler og rollespill. Ute på trygdekantorene ble det arbeidet med å åpne eget arbeid, for å gi andre innsyn, og gjennom innsyn å etablere muligheter for diskusjoner og erfaringslæring.

Utgangspunktet for arbeidet i trygdekantorene var ymse rutiner, prosedyrer og blanketter for oppfølging av sykmeldte. Disse var i all hovedsak utarbeidet av prosjektleder, og omfattet bl.a. et alternativt avtaleskjema for aktiv sykemelding, og skjema til bruk ved avvik i aktive tiltak. Saksbehandlere deltok i utarbeidelsen av en mal for evaluering av aktiv sykemelding.

Det vanlige egenopplysningsskjemaet ble noe omarbeidet, og ved utsendelse av dette til den sykmeldte ble systemets standardbrev erstattet av et særskilt brev skrevet av saksbehandler. Det ble videre laget saksbehandlerskjema som skulle følge hver av sakene som ble fulgt opp, og skulle dokumentere hva som var gjort i saken. Endelig ble det utarbeidet skjema for månedlig rapportering til prosjektleder fra saksbehandlere som hadde oppfølgingsansvar (ibid:36-37). Trygdekantorene fikk dessuten en aktivitetsperm med oversikt over prosjektets aktiviteter. Prosjektets brev og de rutineene som skulle tas i bruk (saksbehandlerhåndboka) er publisert i vedlegg til prosjektets rapport.

Saksbehandlernes læring var knyttet til gjennomføring av disse rutineene og prosedyrene. Som et ledd i læringen gikk en veien om å føre loggbok, som grunnlag for å tydeliggjøre arbeidet og erfaringene. Denne loggboken hadde to deler, en registreringsdel og en for å reflektere over egne erfaringer. Disse bøkene ble samlet inn hver måned og sendt til en ekstern medarbeider (samfunnsmedisiner) til analyse.

Det ble holdt samling for saksbehandlere ca. hver tredje måned, og den enkelte fikk individuell støtte og opplæring gjennom at prosjektleder var til stede ved klientsamtaler. (Klienten var i disse tilfellene forespurt).

Fra og med november 1996 ble samtlige sykmeldte med muskel- og skjelett og psykiatriske diagnoser i målgruppen innkalt til trygdekantoret til samtale etter to uker (ibid:40). I denne samtalen tok trygdekantoret ev. initiativet til aktiv sykmelding.

Trass i denne prosjektinnsatsen var andel sykmeldte på aktiv sykmelding (alle diagnosegrupper) i prosjektkommunene på samme nivå som i området ellers mot slutten av 1997. Det ble derfor besluttet å iverksette ytterligere tiltak for å styrke det prosessrettede arbeidet, i form av et eget delprosjekt OLA satsingen (ibid:40).

Regionalt samarbeid

Prosjektet var en forlengelse og utdyping av et samarbeidsforum mellom sju kommuner, som hadde gått over flere år. I samme periode som prosjektet ble gjennomført, foregikk det over hele landet en regionalisering eller arbeidsdeling innen trygdeetaten. Dette skulle bedre samhandlingen og derigjennom heve kvaliteten på saksbehandlingen. Regionaliseringen var i Sør-Troms-regionen lagt inn i prosjektet, og startet før arbeidet med regionalisering i etaten for øvrig. Regionalisering ble sett på som en metode til å frigjøre ressurser til økt innsats på oppfølgingssiden (ibid:43). Prosjektledelsen hadde foreslått saksfelt som kunne regionaliseres og personer som kunne være regionale spisser, og hadde laget overordnede prosedyrer for håndtering av saker innenfor de utpekte saksfeltene. Styringsgruppen hadde ansvaret for gjennomføringen.

Resultater og erfaringer

Prosessresultater i kommunene

Arbeidet i de ulike kommunene var variabelt. I tre kommuner skjedde det etter hvert lite, noe som bl.a. skyldtes liten stabilitet i ledelsen eller blant tillitsvalgte (ibid:61). Ved avslutning av prosjektet hadde fem kommuner etablert stillingsbank for aktiv sykmelding, to kommuner hadde på plass rutiner for oppfølging av egne sykmeldte, seks kommuner hadde rutiner for aktiv sykmelding og tre kommuner hadde arbeidsgruppe eller kvalitetsgrupper (ibid:25). Nesten alle kommunene hadde fattet vedtak gjennom AMU om å jobbe videre med de iverksatte prosessene.

Prosessresultater i trygdekontor

Arbeidet med å føre logg var uvant og gikk seg til etter en mer praktisk introduksjon av metoden. Etter hvert tok medarbeiderne til å skrive ned hva som hadde vært vanskelig eller positivt ved oppfølgingssamtalen eller legekontakt osv. Det syntes å skje en utvikling hos noen saksbehandlere (ibid:60).

De enkelte sykmeldte som hadde vært til samtale fikk anledning til å fylle ut et spørreskjema og sende dette anonymt til prosjektkontoret. Skjemaene ble bearbeidet av ekstern part i prosjektet, og viste at 93 av 105 hadde opplevd møtet med trygdekontoret som positivt. Saksbehandlerskjemaene som skulle følge den enkelte sak og skjemaene for månedlig rapportering til prosjektleder ble mangelfullt utfylt og fikk derfor liten nytte i prosjektet.

Effekter

Prosjektet fant en klar utvikling i bruk av aktiv sykmelding fra 1995-97 for målgruppen (L- og P-diagnoser) i regionen (ibid. se tabell 3.2.1:53). Over halvparten av tilfellene var initiert av trygdekontoret (ibid:59). Prosjektet registrerte også en stor økning i graderte sykmeldinger og en nedgang i tilgangen på uføre.

6.2.2 Forebyggende attføringsprosjekt ved Stovner og Furuset trygdekontor - FAPRO

Prosjektet ble initiert ved Tirsdagsforum – et forum for helse, miljø og sikkerhet i Furuset og Stovner bydeler, organisert fra trygdekontorene i bydelene og Stovner arbeidskontor. Prosjektet var organisert som frittstående, med kontor plass ved Stovner trygdekontor.

Prosjektets hovedidé var at for å få til et godt samarbeid mellom viktige aktører i oppfølgingsarbeidet, var det viktig å få til dialog og kobling mellom dem. Det var ikke opplagt hvordan dette skal gjøres for å bli til nytte for den sykmeldte.

Prosjektet baserte seg på en åpen tilnærming til iverksetting av aktiv sykmelding og til hvordan bedriftene skulle organisere seg internt. Prosjektet foreslo ikke en rutine overfor bedriftene. En av prosjektets problemstillinger var at bedriften må forholde seg til mange kontorer og opplever ulik behandling fordi trygd og arbeidskontor ikke var samordnet. En koordinering av hjelpeapparatet inn mot bedriften kunne være en måte å hjelpe bedriften i sin oppfølging av sykmeldte.

Prosjektet ble gjennomført i perioden høsten 1995 til høsten 1997. Prosjektet er rapportert i Jane Løken, 1998: "Blant optimister og skeptikere i Groruddalen. Forebyggingsprosjektet FAPRO", Stovner trygdekontor, Rapport 1/98.

Mål og målgruppe

Målgruppen omfattet sju bedrifter ved deres ledere, tillitsvalgte og bedriftshelsetjenester, to trygdekontor og et arbeidskontor.

Prosjektet var også individrettet; mot sykmeldte arbeidstakere som var aktuelle for bruk av aktiv sykemelding. Målgruppen omfattet videre mindre bedrifter i området (under 50 ansatte), som kunne tenkes å være interessert i et felles attføringsutvalg.

Tiltak og iverksetting

Det som skulle gjøres kan deles i fire hovedområder:

- Ruste opp bedriftenes kompetanse innen attføring ved å etablere attføringsutvalg for små bedrifter.
- Rekruttere sykmeldte til treningsgrupper som tidligere var iverksatt i bydelen. Selve arbeidet med treningsgruppene lå utenfor dette prosjektet.
- Fortsette arbeidet med Tirsdagsforum. Tirsdagsforum var et forum for helse, miljø og sikkerhet i Furuset og Stovner bydeler, initiert fra trygdekontorene i bydelene og Stovner arbeidskontor. Prosjektet sprang ut av arbeidet med dette forumet.
- Arbeide med aktiv sykmelding i dialog med bedriftene. Dette arbeidet ble høyest prioritert av FAPRO. I arbeidet med aktiv sykmelding ble det oppnevnt en kontaktperson i hvert trygdekontor for hver bedrift, og en prøvde ut prosedyrer mellom trygd og arbeidsgiver. Det ble i løpet av prosjektperioden iverksatt 90 avtaler om aktiv sykmelding.

Resultater og erfaringer

Prosjektet dokumenterte erfaringer ved iverksetting av aktiv sykmelding, både i trygdekontor og i den enkelte virksomheten, og erfaringer knyttet til overføring av godkjennelsesmyndighet fra et trygdekontor til et annet (se også avsnitt 5.3.1 og kapittel 10). Prosjektet lyktes ikke i å få etablert et felles attføringsutvalg. Tirsdagsforum har fortsatt sin virksomhet, og arbeidet er nå overtatt av Stovner arbeidskontor. Trygdekontorets erfaringer er knyttet til iverksetting av aktiv sykmelding og samarbeid mellom trygdekontoret på stedet, der den sykmeldte arbeidstakeren arbeider og kontoret der vedkommende bor. Trygdekontoret fikk erfaringer knyttet til det å godkjenne en avtale raskt, og de fikk kjennskap til bedriftene gjennom de møteplasser som prosjektet skapte, i form av konferanser og møter. Prosjektets arbeid med aktiv sykmelding og erfaringer med gjennomføringen er for øvrig gjengitt i kapittel 10.

6.2.3 Ressurssenteret på Sortland – Nordland Fylkestrygdekontor

Sortland bedriftshelsetjeneste og Sortland arbeidssenter A.S. (ASVO) initierte dette prosjektet. Prosjektet er organisert som frittstående, men lokalisert på arbeidssenteret. Prosjektet er dokumentert i Anita Olsen Hveding (1997): ”Evalueringsrapport fra ressurscenteret på Sortland”, Fylkestrygdekontor i Nordland. Prosjektet ble gjennomført i perioden 1. nov. 1995 – 1. april 1997. Framstillingen bygger på denne rapporten.

Prosjektets teori var at ansatte i arbeidslivet blir gående alt for lenge med helseproblemer i forhold til jobbkrav før noen griper fatt i disse. Prosjektets idé er at en kan utrette mer for flere personer ved å utvikle gode arbeidsformer, både i trygdeetaten, i arbeidslivet og hos andre i hjelpeapparatet.

Prosjektet ville gjennom informasjon, veiledning og praktisk tilrettelegging bidra til å bygge opp den bedriftsinterne attføringen i Sortland kommune. Prosjektet skulle ikke være en ny hjelper i systemet, men en pådriver overfor det etablerte hjelpeapparatet. Det var prosjektleder som først og fremst virker som pådriver, assistert av bedriftshelsetjenesten.

Prosjektet la vekt på kontakt med verneombudene, fordi arbeidsmiljøutvalget og arbeidsgiver mente at deres rolle i det sykdomsforebyggende arbeidet var lite utviklet. Ofte hadde de tillitsvalgte gått inn i roller knyttet til problemer på arbeidsplassen, noe som arbeidsgiver mente var en sammenblanding av roller. Derfor var verneombudene og ikke de tillitsvalgte vært aktivt trukket inn i prosjektet.

Mål og målgruppe

Målgruppe på individnivå var ansatte i Sortland kommune, som hadde helseproblemer i relasjon til jobbkrav og som på grunn av dette sto i fare for å falle ut av jobben. På bedriftsnivå er målgruppen Sortland kommune og medlemsbedrifter i Sortland bedriftshelsetjeneste. Prosjektet hadde ikke prioritert langtidssykmeldte, men fokuserte på hva de kalte tidlig attføring. Med tanke på utvikling av arbeidsmåter, var også Sortland trygdekontor en målgruppe. Målene var:

- Å gi den enkelte arbeidstaker og virksomhet bistand til å løse sitt bedriftsinterne attføringsbehov.
- Å gripe tidlig og målrettet inn, både for hjelpeapparatet og i arbeidslivet.
- Individnivå: Ved å gi den sykmeldte et tilbud om tidlig oppfølging og attføring, skal ressurscenteret bidra til at den sykmeldte ikke blir passivisert eller mister kontakten med arbeidsplassen.
- Systemnivå: Ressurscenteret skal bidra til forbedring av arbeidsmiljøet i brukerbedriftene for å forebygge fravær.

Tiltak og iverksetting

Tiltakene lå både på individ- og systemnivå. På individnivå tilbød prosjektet arbeidstrening til ansatte i Sortland kommune. Ni personer fikk dette tilbudet. Prosjektet arrangerte også en smerteskole som ble gitt som tilbud til ni personer.

Rutiner og kurs

På systemnivå bidro prosjektet med hjelp til utarbeidelse av skriftlige rutiner for systematisk oppfølging av dem som får problemer med helsen i relasjon til jobbkravene i Sortland kommune. Prosjektet ga også opplæring i sykefraværsoppfølging til ledere og verneombud i helsesektoren. Videre arrangerte prosjektet kurs i endringsledelse for ledere i pleie-, omsorgs-

og rehabiliteringssektoren i Sortland kommune. Prosjektet leide inn en spesialist som sto for disse kursene.

Samarbeidstiltak

Prosjektet organiserte samarbeid mellom partene i arbeidslivet, legene, hjelpeapparatet og sykmeldte for å jobbe ut konkrete samarbeidstiltak. Et av tiltakene som ble gjennomført var Friskvernseminar. Gjennom Friskvernseminaret ble de sykmeldte tilført kunnskaper om oppfølgingsapparatet og om sine rettigheter. To arbeidsgivere som deltok, bestilte slike seminarer til egen virksomhet.

Prosjektet bidro til opprettelsen av kvalitetsteam som forum for forebyggende sykefraværarbeid i Sortland kommune. Teamet var bredt sammensatt, og verneombud satt i teamet og i alle utvalg som ble nedsatt av dette. Teamet arbeidet med å utvikle rutiner i HMS, utarbeide attføringsbrosjyre og gjøre arbeidsmiljøkartlegginger. Kommunen hadde fra før god erfaring med å bruke basisgrupper og attføringsutvalg, men dette var ikke nok for å få samarbeidet til å fungere i det daglige.

Metodeutvikling på trygdekontor

Tiltaket på trygdekontoret var at hver saksbehandler skulle gjennomføre en oppfølgings-samtale tidlig i sykemeldingsperioden. Dette ble i liten grad gjennomført. Senere ble det utviklet gruppebasert veiledning for sykmeldte. Her bisto en representant for bedriftshelse-tjenesten kontoret i utviklingsarbeidet. Gruppen på trygdekontoret utviklet et selvinstruerende hefte for saksbehandlere, og gjennomførte fem forsøk med gruppebasert veiledning. Gjennom denne gruppebaserte veiledningen ble de sykmeldte tilført kunnskaper slik at de skulle kunne håndtere hjelpeapparatet og arbeidsgiver bedre, ta ansvar for sin egen situasjon og finne løsninger for seg selv.

Resultater og erfaringer

Målet med arbeidstreningen var at minst halvparten skulle komme tilbake til sin arbeidsplass. Ved prosjektslutt var to av ni tilbake på egen arbeidsplass, en person er under omskolering, en er i annen jobb og en friskmeldt til arbeid. To var sykmeldt. Resultatet var likevel positivt, bare to var ute av eller på vei ut av arbeidslivet. De øvrige var i jobb, under omskolering eller på vei til jobb som arbeidssøkende. Brukernes tilbakemelding på smerteskolen var også god, når brukerne kom over den misforståelsen at smerteskolen skulle kunne hjelpe dem å bli kvitt smertene.

I forhold til å få til samarbeid i hjelpeapparatet, var legene de vanskeligste å få på banen (Olsen Hveding 1997:7). Prosjektet har flere ganger prøvd å få legene med, bl.a. for å motivere pasientene til aktivitet. Også trygdekontoret mente i etterkant at samarbeidet med legene ikke hadde vært vellykket (ibid:37). Prosjektet har dog hatt en betinget suksess ved at legene etter hvert brukte merknadsfeltet i sykemeldingene noe mer.

Øvrige parter mente at de hadde kommet nærmere hverandre gjennom de iverksatte tiltakene. Verneombudene ga også positiv tilbakemelding på involveringen av dem og den rollen de hadde fått i prosjektet, mens de tillitsvalgte ikke var like fornøyd med *ikke* å bli tatt med. De mente at de ville hatt noe å tilføre i samarbeid med andre parter ut fra at det var dem som hadde erfaring.

Trygdekontoret hadde bedret sin kontakt med kommunen og med bedriftshelsetjenesten og fortsatte samarbeidet med bedriftshelsetjenesten ved iverksetting av gruppebasert veiledning.

Denne veiledningen fikk også god mottakelse av de sykmeldte. Denne vurderingen bygger riktig nok på svært få case.

Ved prosjektets avslutning syntes det som om oppfølgingen av ledere mht. sykefraværsoppfølging var høyt prioritert av personalavdelingen i Sortland kommune, spesielt i forhold til bruk av de skriftlige rutinene (ibid:45).

Også dette prosjektet hadde som mål å redusere sykefraværet, og ønsket å dokumentere effekten ved målinger av fraværet før og etter prosjektgjennomføring. Som i flere andre prosjekter viste dette seg vanskelig pga. forhold ved foreliggende statistikk.

6.2.4 Frisk i Nord-Østerdal - Arbeidslivstjenesten i Hedmark

Prosjektet ble initiert av Arbeidslivstjenesten i Hedmark og lokale samarbeidsgrupper for helse, miljø, sikkerhet og attføring i Nord-Østerdal. Deltakere i disse gruppene var arbeidskontoret, Arbeidslivstjenesten, trygdeetaten, ulike bedrifthelsetjenester og Arbeidstilsynet. Disse samarbeidsgruppene ble opprettet på initiativ av Arbeidslivstjenesten for å få til en samordning av ulike offentlige etater og aktører innen attføringsfeltet. Bedre samordning og kunnskap om hverandre skulle gi større effekt av attføringsarbeidet. Samarbeidsgruppene tenkte å arbeide prosjektrettet og siktet seg etter hvert inn mot kommunesektoren, fordi fraværet her var høyt og kommunene var betydelige arbeidsgivere i denne regionen. På landsplan var fraværet spesielt høyt innen pleie- og omsorgssektoren. Prosjektet ble derfor rettet mot omsorgssektoren i tre kommuner, Alvdal, Os og Rendalen. Prosjektet ble drevet fra Arbeidslivstjenesten, med en konsulent derfra som prosjektleder.

En idé bak prosjektet var at helse- og omsorgssektoren var bemannet med dobbeltarbeidende kvinner og at det i disse miljøene ofte blir problemer med psykososialt arbeidsmiljø, bl.a. fordi arbeidstakerne har uklare skiller mellom privatsfære/private problemer og arbeidssituasjon.

Prosjektet er rapportert i Knut Kristiansen 1997: Sluttrapport for prosjekt Frisk i Nord-Østerdal, Arbeidslivstjenesten i Hedmark. Prosjektet ble gjennomført i perioden 01.03.95-31.03.97.

Mål og målgruppe

Prosjektet formulerte følgende mål:

- Forebygge sykdom og frafall på arbeidsplassen
- Nedgang i sykefraværet med 10 prosent
- Knytte målgruppen nærmere til det offentlige støtteapparatet

Målgruppen var pleie- og omsorgssektoren i Os, Alvdal og Rendalen kommuner.

Tiltak og iverksetting

Dette prosjektet er sammensatt. Å knytte målgruppen nærmere til det offentlige støtteapparatet handler om organisering, og å forebygge sykdom og frafall handler også om tiltak. Ser vi først på det organisatoriske, var utgangspunktet de lokale samarbeidsgruppene for Nord-Østerdal. Samarbeidsgruppene organiserte prosjektet med styringsgruppe, sentral arbeidsgruppe, lokale arbeidsgrupper og en referansegruppe. Styringsgruppen besto av en

rådmann, en distriktsarbeidssjef og en trygdesjef. Den sentrale arbeidsgruppen var identisk med samarbeidsgruppen som tok initiativet til prosjektet.

I hver av de deltagende kommunene ble det opprettet en lokal arbeidsgruppe. I denne skulle målgruppen være representert. Lokal arbeidsgruppe besto av tillitsvalgte, mellomledere og ofte også vanlige arbeidstakere. Referansegruppen besto av representanter for regionens trygdekontor, kommuner, to bedriftshelsetjenester, arbeidskontor, arbeidstilsynet, Arbeidslivstjenesten, KPL forsikring og Norsk Kommuneforbund.

Kommunene ønsket etter hvert en annen organisasjonsform, både for å komme tidligere inn i beslutningsprosessen og for at prosjektet skulle få en klarere forankring mot kommunene. Det ble derfor oppnevnt kommunerepresentanter til den sentrale arbeidsgruppen slik at hjelpeapparatet og kommunene satt sammen i denne. Arbeidsgruppen skulle være en bedre basis for læring og var et ledd i arbeidet med å knytte målgruppen nærmere til det offentlige støtteapparatet. Videre skulle kommunerepresentantene i den sentrale arbeidsgruppen ha ansvaret for å opprettholde de lokale arbeidsgruppene (istedenfor at prosjektleder/Arbeidslivstjenesten hadde ansvaret). Resultatet var at de lokale arbeidsgruppene i en periode ble lite stimulert, og de syntes ikke at de ble sterkt nok vektlagt. Imidlertid gikk det nye organisasjonsmønsteret seg til, og evalueringen konkluderte at selv om møtevirkningsheten ble noe ujevn, hadde organisasjonsmåten i betydelig grad bidratt til å knytte målgruppen nærmere det offentlige hjelpeapparatet (Kristiansen 1997:9).

Hvilke tiltak ble iverksatt? Prosjektet fant det riktig å konsentrere tiltakene innenfor to hovedområder, *psykososialt arbeidsmiljø og ergonomi og riktig bruk av hjelpemidler*. Det ble først holdt informasjonsmøter i den enkelte kommunen, der temaene var sykefravær, rettigheter og plikter, kostnader ved fravær og hvem som gjør hva i perioder med fravær. Det ble videre arrangert kurs om psykososialt arbeidsmiljø, kurs innen området ergonomi/løfteteknikk og kurs for mellomledere og verneombud innenfor temaet arbeidsmiljø. Det ble arrangert erfaringsutveksling med prosjektet Trøste og Bære (se avsnitt 5.2.1), og etablert kontakt til Frisklivstilbud på Tynset.

Parallelt arbeidet den sentrale arbeidsgruppen med rutineutvikling, og ved hjelp av individsaker har prosjektet forsøkt å komme fram til bedre rutiner på systemnivå. De har arbeidet med å utvikle rutiner for sykefraværsoppfølging og riktigere bruk av attføringsutvalg.

6.2.5 Bedriftsrettet sykefraværsoppfølging – oppfølgingskonsulentene i Østfold

Dette prosjektet er initiert av Fylkestyngdekontoret i Østfold, og hadde Østfoldmodellen som et naturlig utgangspunkt. Modellen skriver seg fra et lokalt prosjekt som ble startet i 1990 som et samarbeid mellom LO, NHO og flere offentlige etater. Det tok for seg sykefraværsoppfølging og bedriftsintern attføring knyttet til små og mellomstore bedrifter. En av konklusjonene fra Østfoldmodellen var at attføringsarbeidet måtte ses i sammenheng med den daglige oppfølgingen av sykmeldte.

Tanken bak prosjektet var at oppfølging av sykmeldte har vært for smalt definert. Det var viktig å se på oppfølging ikke bare knyttet til den sykmeldte. Bedriften er hovedarena for sykefraværsarbeidet og individet burde i større grad forholde seg til arbeidsgiver. For trygden er det en oppgave å understøtte kommunikasjon og samhandling mellom partene i bedriften. Begge parter er å betrakte som trygdeetatens brukere. Det er viktig å utvikle veiviser-

funksjonen og å utvikle samarbeidet slik at hjelpeapparatet framstår som enhetlig og samordnet.

Det var også viktig å tydeliggjøre roller i oppfølgingsarbeidet: Arbeidsgiver har gjennom Arbeidsmiljøloven og Folketrygdloven et oppfølgingsansvar overfor sine ansatte. Men arbeidsgiver mangler ofte erfaring og kjenneskap til trygdeetatens virkemidler. Arbeidsgiver har derfor et informasjonsbehov, og trygdeetaten har ansvaret for å dekke opp dette.

Prosjektet ble gjennomført fra våren 1994 til juli 1996. Det er rapportert i Berg m.fl.: Bedriftsrettet sykefraværsoppfølging som metode for reduksjon av sykefravær og hindring av frafall fra arbeidslivet. En rapport fra oppfølgingskonsulenten i Østfold, Trygdeetaten i Østfold, 1996.

Mål og målgruppe

Målet for prosjektet var å utvikle nye roller i oppfølgingsarbeidet. Målgruppen var alle virksomheter med mye sykefravær. På grunn av manglende bedriftsstatistikk, valgte prosjektet ut mange typer av virksomheter, både private bedrifter og kommuner.

Tiltak og iverksetting

Oppfølgingskonsulentene (seks stillinger fordelt på åtte personer i prosjektperioden) ble fordelt rundt på trygdekontorer i fylket, ut fra en gruppering i fem regioner. Det ble etablert en pådrivergruppe på fylkesnivå, og regionale ressursgrupper som skulle sikre koordinering og samarbeid ut mot bedriftene.

Pådrivergruppen var styringsgruppe og besto av representanter for LO, NHO, arbeidskontor, Arbeidslivstjenesten, Arbeidstilsynet, bedriftshelsetjenesten og de regionale konsulentene. De regionale gruppene hadde samme sammensetning som pådrivergruppen, og deres rolle var å delta aktivt i å bistå bedriftene med rådgiving på individ- eller systemnivå og i saker om etablering av oppfølgingsrutiner.

Prosjektet rettet seg mot bedriftene med sikte på å utvikle varige samarbeidsrelasjoner mellom støtteapparat og bedrift. Hovedstrategien har bestått av informasjonsmøter sammen med mer individorienterte tiltak.

Ressursgruppen tok kontakt med bedriften for få i stand et møte. Arbeidslivstjenesten, bedriftshelsetjenesten og oppfølgingskonsulenten deltok på disse møtene. Etter et slikt møte var det naturlig at bedriftene tok kontakt med etatene enkeltvis ut fra de behov de hadde. Mange bedrifter fikk besøk flere ganger. I løpet av to år arbeidet prosjektet med 190 bedrifter.

Et gjennomgående trekk var at ledere og ansatte i bedriftene manglet kjenneskap til trygdeetatens virkemidler og derfor heller ikke tok kontakt (Berg m.fl. 1996:21). Prosjektet opprettet egne kontaktpersoner for hver bedrift i de lokale trygdekontorene. Disse skulle være bedriftens saksbehandler, formidle informasjon, være veileder i enkeltsaker og formidle kontakt til eventuell saksbehandler ved trygdekontoret på den sykmeldtes bosted. Disse faste kontaktpersonene på trygdekontoret skulle blant annet sikre at trygdekontorene fulgte opp det systemrettede arbeidet med individuell bistand i enkeltsaker. Tilsvarende skulle bedriften oppnevne sin kontaktperson.

I løpet av prosjektet ble det utviklet en rutine for oppfølging av alle muskel- og skjelett og psykiatriske diagnoser. Denne forutsetter god kontakt med arbeidsgiver fra dag 1. Det ble

også arrangert regionmøter for saksbehandlere i trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten, der en bl.a. tok opp rutinene. Videre arrangerte prosjektet kurs i arbeidsgiverkontakt for 40 saksbehandlere fra trygdekontorene i fylket. Prosjektet arrangerte også legemøter med sykefraværsoppfølging som tema.

Resultater og erfaringer

Etter å ha gjennomført en rekke bedriftsbesøk, erfarte konsulentene at de fikk flere henvendelser fra bedrifter. De ønsket bistand til saker om arbeidstrening, hjelpemidler og liknende, og ønsket å ha trygden som fast medlem i attføringsutvalg. Arbeidet avdekket at manglende kontakt mellom den sykmeldte og arbeidsgiver var et gjennomgående problem. Kommunikasjon er nødvendig for å tilpasse og tilrettelegge arbeidssituasjonen på et tidlig tidspunkt i sykmeldingsperioden. Rapporten peker på at oppfølging av sykmeldte er et prioritert område, men samtidig lett å nedprioritere når arbeidsmengden blir for stor. Derfor er det avgjørende at arbeidet gis klar prioritet gjennom gode rutiner for sykefraværsoppfølging.

Samarbeid

Ordningen med kontaktperson for bedriften i det lokale trygdekontoret, uavhengig av den sykmeldtes bostedskommune, har bidratt positivt til samarbeidet. Arbeidslivstjenesten har vært trukket inn for å hjelpe bedriftene å utvikle sykefraværsrutiner, samt å løse opp i konfliktsituasjoner gjennom dialogkonferanser. Trygden erfarte at dette arbeidet på systemnivå var til stor nytte for deres arbeid i enkeltsaker. Prosjektet anbefalte også å videreutvikle samarbeidet med bedriftshelsetjenestene. Bedriftshelsetjenesten var å betrakte som en førstelinjetjeneste, mens trygden og arbeidsmarkedsetaten blir som en annenlinjetjenester i relasjon til bedriften. Det er bedriftshelsetjenesten som er i bedriften og kan gjøre noe. Prosjektet mente at trygdekontoret i mange tilfeller bør gjøre en bedre kartlegging og utprøving av bedriftsinterne attføringsmuligheter før saken sendes over til arbeidskontoret. Ved saken skal det ligge en dokumentasjon som skal være entydig. Samtidig bør arbeidskontoret prioritere søknader om attføring, selv om klientene fortsatt har sykepengere rettigheter, for at klientene ikke skal føle seg som kasteball mellom etatene.

Informasjon

Prosjektet erfarte at det var viktig å legge igjen informasjon etter bedriftsbesøk, og at det mest utbytterike var å gi informasjonen til alle i allmøter.

Læring i trygdeetaten?

Oppfølgingskonsulentene skulle utvikle en ny rolle og gjøre kollegene fortrolige med arbeidsformen. Linjeledelsen i trygdekontoret skulle påvirkes til å organisere og lede sitt kontor med en mer utadrettet profil. Det viste seg imidlertid vanskelig å få med kolleger på bedriftsbesøk. Det var ressurskrevende, og skulle dette gå, måtte trygdekontoret være organisert for oppgaven, ved at det for eksempel var avsatt og prioritert ressurser. Det var i perioden stor oppmerksomhet om andre saker, som makstider, restanser, omorganisering osv. Dette kan til en viss grad forklare oppfølgingskonsulentenes erfaringer med egen etat og manglende muligheter til felles læring gjennom prosjektet. Men konsulentene sier også i sin rapport at de "...burde ha gitt enda sterkere signaler til lederne i etaten, om at det var viktig med trygdeetatens deltakelse i denne typen prosjekter" (Rapporten:27). Men det var også slik at fylkestygdekontoret i sluttfasen av prosjektet tok initiativ overfor trygdesjefene, for å sikre at erfaringer og samarbeidsrelasjoner fra prosjektet ble videreført.

Prosjektrapporten peker videre på at to års prosjekttid var for knapt til å få en bred forankring av nye arbeidsmåter i egen organisasjon.

Prosjektet konkluderer med at effektiv sykefraværsoppfølging ikke først og fremst handler om kurs eller skoloring av saksbehandlerne i trygdeetaten, men om aktiv deltakelse ute i bedriftene og om å motivere etatens medarbeidere for en mer utadrettet arbeidsform.

6.3 Problemforståelse og endringsstrategier

6.3.1 Strategier

Vi har her fem prosjekter som har som sitt hovedmål å skape kontakt til arbeidsgiver, for derigjennom å knytte de offentlige tjenestene og trygden nærmere sammen. Det er snakk om strategier og metoder for å iverksette denne intensjonen. Men det er noen forskjeller. To prosjekter sier eksplisitt at det er arbeidsgiver som skal følge opp de ansatte, mens trygden skal hjelpe til og informere. Det er bedriften som er hovedarena, og det er her løsningen ofte ligger (Sør-Troms og Oppfølgingskonsulentene). Et tredje, FAPRO, er derimot mer opptatt av samarbeidet i seg selv, og handlingsstrategien blir noe forskjellig.

Hva gjør en når en skal komme i dialog? Prosjektene prøver å finne steder å møtes og saker å samarbeide om. FAPRO lager dialogkonferanser og "Tirsdagsmøter" og prøver å møte arbeidsgiver omkring virkemiddelet aktiv sykmelding. De går ikke inn mot bedriftens egne systemer og rutiner. FAPRO stopper ved døra, det gjør ikke de andre prosjektene. De har også strategier for hva som skal til for å få arbeidsgivers arbeid opp å stå.

FAPRO valgte dialogkonferanser som møtested og arena. Noen prosjekter gikk veien om samarbeidsavtaler, formelle møtesteder og kontaktpunkter, som igjen skal avleire videre samarbeid knyttet til oppfølging eller attføringsarbeidet.

Oppfølgingskonsulentene og Frisk i Nord-Østerdal legger opp til at det er virksomhetene selv som skal definere hva de trenger hjelp til. De tiltak og kurs disse prosjektene legger opp, er svar på den etterspørselen de finner i feltet. Også de øvrige prosjektene er lydhøre og utvikler sine strategier og tilbud etter hvert, men både FAPRO og Sør-Troms er lagt opp rundt kontakt knyttet til iverksetting av aktiv sykmelding. Sør-Troms har også en arbeidsmiljødel og en trygdekontordel.

Hva trenger arbeidsgiver? Her er strategiene noe forskjellige. Alle er enige om at arbeidsgiver trenger informasjon. Oppfølgingskonsulentene er åpne for at arbeidsgiverne kan trenge forskjellige typer hjelp, og gjennom å representere tre organisasjoner i den gruppen som går ut til bedriften, legger de opp til at bedriften skal ta kontakt med den etaten de har behov for. I praksis var det ofte Arbeidslivstjenesten som hjalp til med å opprette rutiner for oppfølging. Dette skjedde også i Sør-Troms-prosjektet, og som vi skal se senere, i FASØ-prosjektet i Hordaland (se avsnitt 7.2.2). At dette skjedde var ikke alltid planlagt, men like gjerne en utvikling prosjektet tok fordi det brakte Arbeidslivstjenesten ut til bedriftene eller kommunene.

Det finnes imidlertid flere bud på hva slags hjelp arbeidsgiver trenger. Noen har allerede oppfølgingsrutiner på plass. Flere prosjekter legger opp til støtte gjennom å tilby kurs og opplæring for ledere eller for ansatte. Det kan være kurs i endringsledelse og kurs i psykososialt arbeidsmiljø, og det kan være tiltak mer rettet mot de ansatte, som Friskvernsseminar og kurs i ergonomi og løfteteknikk.

6.3.2 Erfaringer

Informasjonsstrategier og forankring

Prosjekter som disse gir både generelle erfaringer knyttet til iverksetting og spesiell erfaring med de samarbeidende parter. En av problemstillingene var hvordan prosjektene eller hjelpeapparatet skal skaffe seg kontakter i virksomhetene og hvordan de skal informere.

I Sør-Troms prøvde prosjektet å forankre kommunesamarbeidet mot ledere og tillitsvalgte, men erfarte at personer i stillinger og verv sluttet. Også Frisk i Nord-Østerdal erfarte at ledere sluttet. Derfor må et nytt oppfølgingsarbeid forankres bredere i hele organisasjonen. Prosjektet i Sør-Troms prøvde da å forankre samarbeid og gi informasjon til en gruppe og ikke til personer i noen posisjoner. Oppfølgingskonsulentene erfarte at informasjonen varte lengst, dersom den ble gitt til alle gjennom allmøter. I Frisk i Nord-Østerdal skjer det en utveksling av informasjon på to nivåer, mellom kommunene i den sentrale samarbeidsgruppen og innen hver kommune i de lokale gruppene.

Samarbeid

Vi ser også at det er to store aktører i disse forsøkene, trygden og Arbeidslivstjenesten. Frisk i Nord-Østerdal ble drevet av Arbeidslivstjenesten. Arbeidslivstjenesten hadde en vesentlig rolle i både Sør-Troms-prosjektet og Oppfølgingskonsulentene, og var også deltaker i Sortlandprosjektet. I sistnevnte prosjekt var bedriftshelsetjenesten den viktige samarbeidspartneren. Poenget er at Arbeidslivstjenesten og bedriftshelsetjenesten har noe å tilby i møtet med bedriften.

Arbeidslivstjenesten har vært trukket inn for å hjelpe bedriftene å utvikle sykefravær rutiner og å legge opp statistikk (Sør-Troms, Oppfølgingskonsulentene i Østfold, FASØ) for å gjennomføre organisatorisk arbeidsmiljøkartlegging (Sør-Troms), samt å løse opp i konfliktsituasjoner gjennom dialogkonferanser (Oppfølgingskonsulentene i Østfold). Trygden erfarte at det arbeidet Arbeidslivstjenesten gjorde på systemnivå var til stor nytte for deres arbeid i enkeltsaker. Trygden og Arbeidslivstjenesten framsto som komplementære tjenester. Dette er også et poeng som vi finner i Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane, der Arbeidslivstjenesten og trygden sammen fulgte opp bedrifter (se avsnitt 7.2.3). Arbeidslivstjenesten tilfører samarbeidet kompetanse på arbeidslivsspørsmål, HMS og prosessrettet arbeidsmåte.

Som Arbeidslivstjenesten, var også bedriftshelsetjenesten en viktig hjelper. I Sortlandprosjektet deltok bedriftshelsetjenesten med utvikling av gruppebaserte metoder ved trygdekontoret. Denne metodeutviklingen har fortsatt etter prosjektets avslutning. Også Oppfølgingskonsulentene kommer i sin evaluering inn på bedriftshelsetjenestens rolle og betegner bedriftshelsetjenesten som en førstelinje i relasjon til bedriftens hjelpebehov. Det er bedriftshelsetjenesten som er til stede i hverdagen. Bedriftshelsetjenesten og Arbeidslivstjenestens roller i forsøkene skal vi komme tilbake til i kapittel 13.

7 Økt kvalitet i den individrettede oppfølgingen

7.1 Innledning

I dette kapitlet presenterer vi fire prosjekter som har det til felles at de legger hovedvekten på den individrettede oppfølgingen. Prosjektene er svært forskjellige. Tre av dem er prosjekter i trygdekontor, som driver arbeidsorientert avklaring (KOBOKS, FASØ – HMS og Hjelp gjennom samhandling). Ett prosjekt er frittstående og arbeider bl.a. med oppfølging av arbeidstakere i bedriftene ut fra ergonomisk kompetanse (Muskesmerteprojektet). Trygdekontorets rolle var her å bidra med informasjon i en kursdel av prosjektet.

Vi trekker også med erfaringen fra to prosjekter som er presentert tidligere og som har en trygdekontordel. På bakgrunn av hva disse prosjektene har iverksatt og erfart, vil vi se på hva de kan framvise av modeller og metoder for oppfølging av sykmeldte.

7.2 Presentasjon av prosjekter

7.2.1 KOBOKS - Fylkestrygdekontoret i Vestfold

KOBOKS står for koblingsboksen. Prosjektet ble initiert av fem ildsjeler, med arbeidsplass og bakgrunn i trygdeetaten, fysikalsk institutt og bedriftshelsetjeneste, en større virksomhet i Horten og en fra Arbeidslivstjenesten. Prosjektet ble organisert under Borre trygdekontor og fikk lokaler i nær tilknytning til dette. Prosjektleder kom fra og gikk tilbake til stillingen som leder av gruppen for oppfølging av sykmeldte ved samme kontor. Prosjektet er dokumentert i Gylthe 1999: "Prosjektet: KOBOKS. Koblingsboksen", Vestfold fylkestrygdekontor.

Prosjektet ble gjennomført i perioden 01.07.1997 til 31.12.1998.

Prosjektet satte søkelyset på avklaring av situasjonen til den sykmeldte etter bare to ukers sykmelding. I dette inngikk å avklare forhold ved arbeidsplass og arbeidsmiljø. KOBOKS ønsket videre å koordinere ulike aktører i oppfølgingsarbeidet, bl.a. ved å sende kopi av en avklaringssamtale som fant sted i KOBOKS' regi til alle parter. Prosjektet ønsket, som trygdekontor, å legge nye premisser til grunn for alle involverte parter. KOBOKS la opp sine handlinger for å bidra til en ny strategi og arbeidsmåte i oppfølgingsarbeidet.

Utgangspunktet og teorien bak KOBOKS var at organiseringen av arbeidet med den sykmeldte ofte er den største hindringen for effektivt arbeid, og at det er behov for tverrfaglig kompetanse for å kunne løse saker på en tilfredsstillende måte.

En underliggende tanke var også at mange i dag er i så dårlig form at de kan ha problemer med å gjennomføre arbeidet og hverdagen sin. Men prosjektets intervensjon ligger ikke langs dette sporet.

Prosjektets strategi falt i to deler:

- Å opprette et kontor der all veiledning av og informasjon til den sykmeldte skulle samles.

- Å gi systemrettet bistand ved å følge opp alle parter i samarbeidet med informasjon. Kontakten til arbeidsgiver/virksomhet foregikk i form av arbeidsplassbesøk knyttet til enkeltsaker.

Mål og målgruppe

Målgruppen var sykmeldte personer med muskel- og skjelettlidelser bosatt i Borre og Holmestrand kommuner, som fortsatt hadde et arbeidsforhold.

Målet for prosjektet har vært å bedre kvaliteten i behandlingen av sakene og derigjennom tilrettelegge for økt bruk av aktive virkemidler, tidligere avklaring mot arbeidslivet og reduksjon i sykmeldingsperioden. Det har også vært et mål å høyne kompetansen til den enkelte saksbehandleren gjennom teamarbeid og erfaringslæring ved aktiv deltakelse i prosjektet. Dette skulle gi så vel kompetanse i kommunikasjon som kunnskap om den sykmeldte, arbeidsplassen og arbeidslivet i kommunen. Samarbeidspartnerne skulle også opparbeide kunnskap om hverandre. Det var videre et mål å øke bruken av aktive virkemidler.

Tiltak og iverksetting

- Informasjon til den enkelte om trygdens ordninger, ev. introduksjon av andre tjenester, spesielt Arbeidslivstjenesten.
- Informasjon om enkeltsaker til alle parter. Strategien har vært at det viktige er å få en rask avklaring av den sykmeldtes situasjon og få laget en handlingsplan for oppfølgingsarbeidet tidlig i sykmeldingsperioden.

Avklaringsamtalen

Prosjektet valgte å innkalle alle sykmeldte i målgruppen til en samtale etter to uker for å avklare den sykmeldtes problemer, kartlegge foreliggende muligheter og gjennom samtalen bidra til å finne realistiske løsninger. Å gjennomføre en god kommunikasjon med den sykmeldte var sentralt i utviklingsarbeidet. Prosjektet skilte her mellom veiledning og rådgiving. Gjennom veiledning ble deltakeren hjulpet til å ”rydde” egne premisser og finne ut hva en vil. Rådgiving knyttet seg mer til saksrettet informasjon som grunnlag for at den sykmeldte selv skal gå videre i saken. Prosjektet ønsker å vise den sykmeldte muligheter, men hjelper ikke til på handlingsplanet. Her kan eventuelt andre aktører i hjelpeapparatet overta ut fra et skriftlig referat som foreslår hva som videre bør skje i saken. Men å gå videre med en sak, var også et ansvar for den sykmeldte (ansvarliggjøring). Den sykmeldte fikk for eksempel som oppgave å ta kontakt med verneombud og nærmeste overordnede der prosjektet inngikk avtale om bedriftsbesøk.

Referater fra disse samtalene ble sendt til behandlende lege, til trygdekontoret og til den sykmeldte selv. Tanken var at det i disse referatene ligger god informasjon og handlingsplaner, som både lege og trygd kan nytte i sitt videre arbeid med rehabilitering av den enkelte pasienten. Referatet var ment som et supplement til sykmelding 2, og skulle bidra til at legene ga bedre og mer utfyllende opplysninger i sykmelding 2. Dette skulle igjen føre til at 12-ukersvedtaket ble mer utfyllende.

I forbindelse med avklaringsamtalen fikk den sykmeldte også tilbud om å teste kondisjonen sin på ergometersykel. Dette var ment som en motivasjon for å starte trening. Interesserte ble videre gitt oversikt over friskverntilbud i regionen.

Arbeidsplassbesøk

I denne KOBOKS' avklaringsamtale tilbød trygdekontoret arbeidsplassbesøk. På arbeidsplassen foretok de ergonomisk undersøkelse, informerte om trygdens ordninger og introduserte Arbeidslivstjenesten. Ut fra disse introduksjonene fikk Arbeidslivstjenesten ofte invitasjon til å komme til bedriften. Prosjektet brukte her tilbudet om ergonomisk kartlegging som vei inn i bedriften, for derigjennom å få kontakt og mer kunnskap om bedriftens kultur og holdninger til oppfølgingsarbeid, og om hva som var oppgavene til den sykmeldte.

Bedre kontakt og samarbeid i hjelpeapparatet

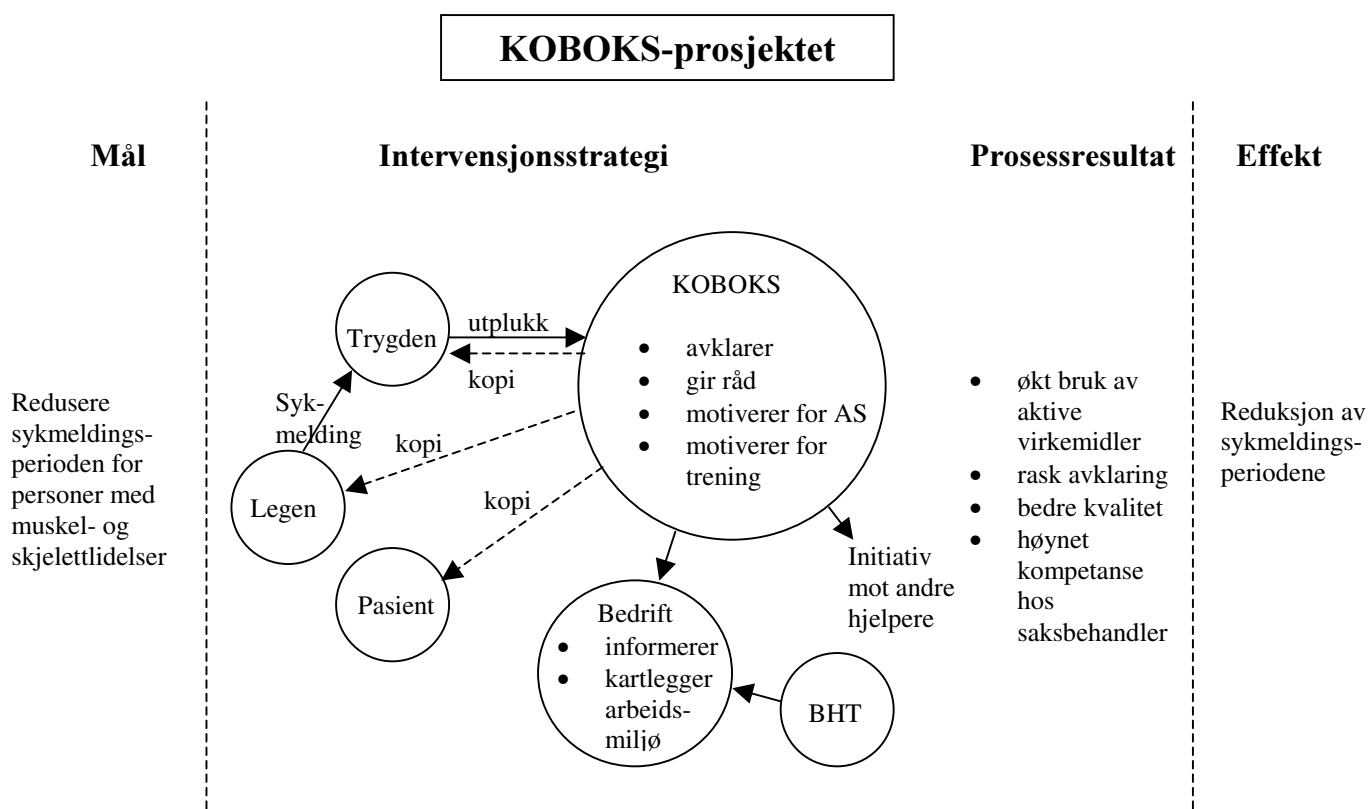
For å få til en raskere avklaring er det viktig å bedre legesamarbeidet slik at legene blir flinkere til å aktivisere pasientene og gi tilbakemeldinger/besvare henvendelser. Prosjektet etterlyste spesielt bedre kommunikasjon mellom trygden og legene.

Tiltak på trygdekontor

Det ble arrangert to temadager for dem som arbeidet med fraværsoppfølging ved trygdekontorene. Den første dagen var forberedende, med innspill til prosjektet om hva som ut fra saksbehandlernes erfaring var viktig i en samtale. Den andre temadagen tok opp saksbehandlernes erfaringer underveis i prosjektet. Det var planlagt at de medarbeiderne i trygdekontorene i Borre og Holmestrand som arbeidet med oppfølging, skulle delta i samtaler med de sykmeldte og ved arbeidsplassbesøk. Dette lot seg ikke gjennomføre.

Prosjektet hadde jevnlig møter med saksbehandlerne på trygdekontorene fram til sommeren 1998, som en videreføring av temadagene. Hensikten var at deltakerne skulle få innsikt i prosjektets erfaringer og slik delta i læring. Møtene ga også tilbakespill og bidrag til evaluering av prosjektet. Et sentralt møtetema var om KOBOKS-referatene bidro til mer utfyllende og bedre utfylte sykmelding 2 og bedre kvalitet på 12-ukersvedtakene.

Fig 3 Intervensjonsstrategien i KOBOKS



Resultater og erfaringer

KOBOKS innkalte 883 sykmeldte personer, og 625 møtte til samtale. 200 personer foretok kondisjonstest på ergometersykkel og 40 arbeidsplassbesøk ble gjennomført.

Trygdekontorene fant at de bare i få tilfeller behøvde å innkalle den sykmeldte til samtale, fordi avklaringen i KOBOKS stort sett fylte deres behov.

Plangrunnlag - handling

En trygdelege gjennomgikk 70 saker (legeerklæringer og KOBOKS-notater) og fant at legenes sykdomsbeskrivelse var kortfattede, men gode. Funksjonsbeskrivelsene var imidlertid gjennomgående dårlige eller manglende. Også en revisjonsrapport fra Trygderevisjonen Telemark - Agder fra februar 1996 (RTV rapport 02/97) påpeker manglende funksjonsvurdering i 22 prosent av sakene. I følge trygdelegens gjennomgang framkom det sjelden noe på Sykmelding 2 om de sykmeldtes egne tanker eller mål for framtiden, eller deres egen beskrivelse av sin situasjon. For vurderingen av hva slags tiltak trygdeetaten burde iverksette eller bidra til, ble KOBOKS-notatene ofte de viktigste dokumentene.

KOBOKS' virksomhet synes viktig først og fremst for å framskaffe den dokumentasjonen trygden trenger for å fatte vedtak og iverksette tiltak. I hvilken grad tiltaksplanene faktisk ble fulgt opp av trygdekontoret, vet vi ikke. Skal utredning og tiltaksplan virke, forutsetter det at planen følges opp med tiltak. Men selve oppfølgingen fra trygdekontor lå utenfor prosjektets arbeidsområde. KOBOKS fokuserte på avklaring og utredning, mens saksbehandling, vedtak og tiltak fortsatt lå i trygdekontoret.

Utvikling i trygdekontor

Målsettingen om å heve kompetansen for saksbehandlere som arbeidet med sykefraværsoppfølging ved trygdekontorene ble ikke oppnådd, fordi kontorene ikke kunne avse tid til deltakelse. Prosjektarbeidet ble ikke prioritert inn i den daglige driften. Det er uklart hvilke planer som ble fulgt opp av trygdekontoret, fordi KOBOKS ikke ble koblet inn i kontorets generelle oppfølgingsarbeid.

Medvirkning

KOBOKS fikk informasjon om pasientenes situasjon gjennom samtaler med de sykmeldte. Medarbeiderne opplevde at de sykmeldte ønsket og krevde medbestemmelse i forhold til egen helse, og at de gjennom avklaringssamtalen var med på å finne bidrag tilpasset deres egne behov (Gylte 1999:67). Det kan være at legen hører på den sykmeldtes oppfatning og vurdering av sin situasjon, men det vet en ikke. Prosjektet pekte på behovet for medvirkning for pasienter. Ansvarliggjøring og medvirkning hører sammen. Skal pasienten ta ansvar for videre tiltak og behandling i egen sak, må han/hun også være med på å legge premissene. Vi diskuterer ansvarliggjøring og medvirkning nærmere i kapittel 13.

Arbeidsplassbesøk og veiviserrollen

KOBOKS var på 40 arbeidsplassbesøk. De erfarte at virksomhetene hadde system for helse, miljø og sikkerhet, men ikke rutiner for å følge opp systemet. Store bedrifter kunne mangle organisert attføringsutvalg (Gylte:36).

Når virksomheten hadde bedriftshelsetjenesten ble denne anmodet av KOBOKS om å gjøre ergometrisk kartlegging (i 25 tilfeller). Hensikten var å trekke bedriftshelsetjenesten inn i saken på et tidlig tidspunkt. For KOBOKS var det viktig at bedriftshelsetjenesten ble koblet inn tidlig. Legene bidro i liten grad til dette ved at de i liten grad tok kontakt med arbeidsgiver

og bedriftshelsetjenesten. Erfaringen var at trygdeetaten ved KOBOKS var døråpner for bedriftshelsetjenesten, på den måten at bedriftshelsetjenesten ble trukket inn etter en KOBOKS-henvendelse og at det da var lettere å legitimere tidlig inngripen (Gylte 1998:4).

Ergonomisk kartlegging retter seg mot én side ved det fysiske arbeidsmiljøet. Prosjektet erfarte at ved å gå på arbeidsplassbesøk kom de også andre arbeidsmiljøproblemer nærmere. Det var for eksempel få som i KOBOKS-samtalen klaget på det psykososiale arbeidsmiljøet. Men ved besøk på arbeidsplassene kunne KOBOKS erfare at klager på fysisk arbeidsmiljø like gjerne kunne bunne i andre forhold, som dominerende og autoritær ledelse.

Det synes som KOBOKS' arbeidsplassbesøk ga resultater mht. organisatoriske eller fysiske endringer på arbeidsplassen, men at det tok noe tid før tiltak ble satt inn (ibid:54-55). Arbeidslivstjenesten kontaktet i prosjektperioden 16 virksomheter, noe som førte til videre kontakt med fire og oppdrag i tre av dem.

Fungerte KOBOKS-referatet for de samarbeidende partene i oppfølgingen? 12 av 17 leger mente at de hadde bra utbytte av referatene. Mest nyttige var oppsummering og konklusjoner, samt opplysninger om arbeidsplassen. Legene anga at de nyttet referatene særlig i forbindelse med vurdering av intern eller yrkesrettet attføring (ibid:59).

Var veivisningen tilstrekkelig for de sykmeldte? Prosjektets evaluering viser at 70 prosent av de sykmeldte mener at de har fått tilstrekkelig oppfølging. 30 prosent kunne ønske mer eller tettere oppfølging videre. Den aktøren som oftest var ønsket, var KOBOKS. Deretter fulgte trygdekontoret og legene.

Effekt

Fikk prosjektet effekt på de variablene som ble målt? Her viser rapporten et komplisert bilde. Bruken av aktiv sykemelding har økt i Borre og Holmestrand, og mer enn for fylket for øvrig. Men begge kommuner hadde ved prosjektslutt likevel mindre bruk av aktiv enn de øvrige kommunene i Vestfold.

Den gjennomsnittlige varigheten i sykepengedager for de to kommunene som deltok gikk ikke ned, men økte som i fylket ellers. Prosjektet fant også en tendens til økt overgang til attføring for pasienter med muskel- og skjelettdiagnoser i de to forsøkskommunene. Rapporten tar også opp utviklingen i antall tilfeller på rehabiliteringspenger. Vi viser her til egevalueringdiskusjoner av effekter (Gylte 1998:69-73).

Det var vanskelig å vise direkte effekter av KOBOKS som intervensjon, både på utviklingen i sykefraværet og på bruk av aktive virkemidler. Vi vil her peke på at siste måletidspunkt lå svært nær tidspunktet for prosjektavslutning. Dersom en effekt kommer av at mange aktører handler annerledes og at dette i sin tur fører til bedre og raskere kartlegging og iverksetting av tiltak, vil vi tro at hele apparatet må "trene" i en periode før det nye samarbeidet sitter og en kan forvente effekter. På den andre siden kan vi ikke forvente synlige effekter i framtiden, dersom den arbeidsmåten KOBOKS gjennomførte på ikke samtidig blir videreført ved trygdekontorene.

Oppsummering

KOBOKS viser trygden en variant i utformingen av veiviserrollen. Pasienten veivises gjennom veiledning og rådgivning, og gis et grunnlag for å følge sin egen sak videre. Partene i hjelpeapparatet gis et planleggingsgrunnlag for videre handling og tiltak, og KOBOKS-

referatet legger grunnlaget for bedre kvalitet i behandlingen av sakene. Gjennom å gi et tilbud til virksomheten kommer trygden inn og kan få informert om sine ordninger og introdusere andre samarbeidsparter i hjelpeapparatet. Det kan bidra til å få bedriftshelsetjenesten tidlig inn i en sak og til å få inn Arbeidslivstjenesten som hjelper for virksomheten. KOBOKS er et eksempel på trygdens nye rolle som utreder, koordinator og tilrettelegger som bidrar til at de øvrige partene kan utføre sine oppgaver på en bedre måte. Koblingsboksen fungerte, men det springende punktet er om de ulike aktørene i systemet makter å stimulere til eller iverksette videre handling.

7.2.2 FASØ – HMS prosjektet 1995/97 - Fylkestrygdekontoret i Hordaland

FASØ er forkortelse for Fjell, Askøy, Sund og Øygarden kommuner. Prosjektet var initiert av trygdekontorene i regionen og omfattet seks fiskeribedrifter i de fire kommunene. Felles for flere av bedriftene var at sykefraværsoppfølging var blitt nedprioritert i en hektisk hverdag, samtidig som behovet for å ha et system hadde økt med bedriftenes ekspansjon. Bedriftene hadde tidligere hatt lite samarbeid med hverandre eller med offentlige etater. Bedriftene hadde til sammen ca. 300 ansatte.

Prosjektet arbeidet fra mars 1995 til juli 1997, medregnet forprosjekt og to års driftstid for hovedprosjektet. Prosjektet er rapportert i Ingvild Eikeland, 1997: FASØ – HMS prosjektet 1995/97. Rapport nr. 3/97, Fylkestrygdekontoret i Hordaland.

Hovedmålet var å innføre gode rutiner for sykefraværsoppfølging. Tanken var at tidlig inn gripen var viktig, fordi det er lettere å komme raskt i gang når flere sentrale aktører møtes på et tidlig tidspunkt, og at arbeidsplassen må være stedet å møtes for sykmeldte, arbeidsgiver og andre aktører i oppfølgingsarbeidet. Østfoldmodellen var i starten en inspirasjonskilde (se Oppfølgingskonsulentene i Østfold, avsnitt 6.2.5). Arbeidet ved bedriftene ble etter hvert utvidet fra bistand ved utvikling av sykefraværsrutiner til bistand også med andre problemstillinger på HMS-området (Eikeland 1997:31).

Mål og målgrupper

Målgruppen var seks fiskeribedrifter i kommunene Fjell, Askøy, Sund og Øygarden. For tiltakene i bedrift har målgruppen i noen tilfeller vært alle, mens andre tiltak har rettet seg mot de sykmeldte i den enkelte bedriften. Delmål var:

- Innføre faste og skriftlige rutiner for oppfølging av fravær og utvikle annet HMS-arbeid i den enkelte bedriften etter behov
- Bedre samarbeidet mellom bedriftene og de offentlige etatene gjennom nye oppfølgingsrutiner
- Effektivisere arbeidet fra offentlige etater ved samarbeid, og slik gi bedriftene et bedre og mer helhetlig tilbud
- Gi læringseffekt til ansatte ved trygdekontor i forbindelse med oppfølging av sykmeldte
- Øke bedriftenes kunnskaper om offentlige etaters regelverk og støtteordninger, og gi de tilsatte bedre kunnskaper om sine rettigheter og plikter
- Lage HMS-samarbeidsforum for de samarbeidende bedriftene

Tiltak og iverksetting

Prosjektet hadde først en initieringsfase eller et forprosjekt. I november 1994 samlet ledere og saksbehandlere fra trygdekontorene, arbeidskontorene, Arbeidslivstjenesten og

Arbeidstilsynet seg og ble enige om å utvikle et prosjekt rettet mot fiskeribransjen. De nedsatte en ressursgruppe som skulle finne fram til interesserte bedrifter. Våren 1995 arrangerte gruppen et møte med legene i regionen. Deretter tok Arbeidslivstjenesten en runde til fiskeribedriftene og møtte ledere, tillitsvalgte og verneombud for å informere om og få påmeldinger til prosjektet. Ved å melde seg på ble bedriften med i det videre arbeidet med å utforme prosjektet.

Prosjektet arrangerte ved prosjektstart høsten 1995 en felles samling for bedriftenes ledere, tillitsvalgte og verneombud, og orienterte om de offentlige etaters virkeområde og virkemidler. Deretter ble det arrangert en oppstartkonferanse for bedrifter og leger i området. Fra 1996 ble det etablert arbeidsgrupper med ansvar for delprosjekter i den enkelte bedriften. I disse arbeidsgruppene satt representanter for ledelsen, de tillitsvalgte og verneombudene. Tre av medlemmene i prosjektgruppen (ressursgruppen) har vært fast medlem i alle bedrifters arbeidsgrupper. I de to bedriftene som var tilknyttet bedriftshelsetjenesten, deltok også denne tjenesten.

Tidlig i prosjektperioden ble det foretatt en spørreundersøkelse til alle ansatte for å kartlegge forbedringsområder i bedriften. Denne undersøkelsen ble gjentatt mot slutten av prosjektet som evaluering.

Bedriftsvise arbeidsgrupper

Hovedmålet for de bedriftsvise arbeidsgruppene var å lage skriftlige rutiner for oppfølging av sykmeldte, tilpasset den enkelte bedriften. Ut fra en skriftlig rutine er det lettere å arbeide planmessig og å plassere ansvaret for oppfølging hos bestemte personer. Rutinen knytter også forbindelsen mellom bedriftens oppfølging og de offentlige etater gjennom tidspunkter for kontakt i sykmeldingssaker. Rutinene beskriver også aktuelle stønadsordninger fra det offentlige. Rutinene ble utarbeidet av arbeidsgruppene selv, ut fra eksempler fra Arbeidslivstjenesten på hvordan slike rutiner kunne utformes. Poenget var at bedriftene skulle få en rutine som fungerte i den praktiske hverdagen, og som de selv hadde et eierforhold til.

Rutinen og avklaringsmøtet

Trygdekontorene sorterte ut alle førstegangs sykmeldinger for sykmeldte fra prosjektbedriftene. Prosjektleder vurderte disse sykmeldingene sammen med saksbehandler mht. innkalling til et avklaringsmøte. Prosjektleder plukket ut de tilfellene som kunne være arbeidsrelaterte, de som så ut til å kunne bli langvarige, og sykmeldte med hyppige korttidsfravær. Dersom det var aktuelt med videre oppfølging, tok prosjektleder kontakt med den sykmeldte for å få samtykke, og dessuten med det lokale trygdekontoret. Saksbehandler skulle holde prosjektleder orientert om utviklingen i trygdesaken, men beholdt ansvaret for den konkrete trygdekontoroppfølgingen som å skrive vedtak, ta kontakt med legen o.l. Det ble også innhentet samtykke fra den sykmeldte til å ta kontakt med arbeidsgiver.

Å delta i avklaringsmøtet med arbeidsgiver var frivillig. Her deltok foruten bedriftens representant, trygdeetaten og den sykmeldte selv, en støtteperson dersom den sykmeldte ønsket det, bedriftshelsetjenesten dersom bedriften var tilknyttet en slik tjeneste, som oftest den sykmeldende lege, og i noen tilfeller arbeidskontoret eller Arbeidslivstjenesten. Dette avklaringsmøtet var et sentralt element i den nye sykefraværslutinen. Hensikten med møtet var å sette inn tiltak som tilrettelegging på arbeidsplassen tidlig, og å avklare hva trygden kunne bidra med.

I en periode var det prosjektleder/trygdekontoret som tok initiativet til møtet, men det lå i rutinen at det var bedriftene selv som skulle ta initiativet til slike møter etter at prosjektperioden var avsluttet.

Felles HMS-forum

Det ble i prosjektperioden arrangert jevnlig fellesmøter for arbeidsgruppene medlemmer. I disse møtene har det skjedd erfaringsutveksling innen helse-, miljø- og sikkerhetsområdet. Det vil fortsatt bli arrangert HMS-møter etter prosjektavslutningen, og en trygdekonulent vil ta det første initiativet til neste samling.

Arbeidsgiverkontakt

For å sikre læring om arbeidsgiverkontakt i trygdekontorene, deltok saksbehandlere fra de respektive kontorene på bedriftsbesøk i perioden, både i arbeidsgruppene og i avklaringsmøter med sykmeldte. Prosjektet rakk ikke å gi dette tilbudet til alle saksbehandlere i forsøksperioden. For å bøte på dette ble det mot slutten av prosjektet avholdt kurs om arbeidsgiverkontakt for alle i trygden som arbeidet med oppfølging av sykmeldte.

Bedriftssamarbeid

Bedriftene som var med i prosjektet var konkurrenter i det samme markedet. Likevel har de samarbeidet gjennom et felles HMS-forum, og de har selv tatt initiativ til videre erfaringsutvekslinger uten at prosjektgruppen har vært involvert. Enkelte av bedriftene har invitert de andre til omvisning og gjennomgang av internkontrollsystemet sitt (ibid:32).

Resultater og erfaringer

Noen av bedriftene hadde ikke fraværstatistikk der sykefraværet kunne skilles ut. Rutinene for oppfølging ble innført siste kvartal 1996, og ved prosjektavslutningen hadde prosjektet statistikk bare for 1. kvartal 1997. Både statistikkforutsetningene og avstanden i tid mellom intervensjon og mulig effektmåling gjør det vanskelig å måle effekter på sykefraværet gjennom før/etter-målinger (Eikeland 1997:18).

Hva skjedde i bedriftene?

I løpet av prosjektperioden satte fire av bedriftene sykefraværsoppfølgingen i system, og de to bedriftene som ved oppstart ikke var tilmeldt pliktig bedriftshelsetjeneste hadde brakt dette i orden ved prosjektslutt (ibid:21). Ved prosjektslutt hadde tre av bedriftene utarbeidet konkrete handlingsplaner for videre samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Det ble videre opprettet en ordning med fast kontaktperson for de ulike bedriftene ved deres trygdekontor. En bedrift dannet arbeidsmiljøutvalg i perioden, og dette vil etter prosjektperioden bli en slags forlengelse av bedriftens arbeidsgruppe. Tre av bedriftene startet i perioden ryggskole for de ansatte i samarbeid med bedriftshelsetjenesten. Det ble også gjennomført andre tiltak i de enkelte bedrifter, som fagkurs for permitterte arbeidstakere, og innføring av fraværregistrering på data.

Sykefraværsrutinen

Tre av fire bedrifter med skriftlig fraværsrutine meldte at rutinen fungerer svært bra. For den fjerde bedriften hadde rutinen begynt å skli litt ut. To bedrifter ble ikke ferdige med sine rutiner. Den ene av dem hadde i perioden lite drift, den andre hadde problemer med å holde kontinuitet i den lokale arbeidsgruppen pga. utskifting i ledelsen.

I tiltaksperioden på tre måneder kom det inn 37 sykmeldinger fra bedriftene. De fleste av de sykmeldte fikk brev fra prosjektet. Mange ble så raskt friskmeldt at et avklaringsmøte ikke var

aktuelt for dem. Det ble holdt åtte avklaringsmøter, og fire av disse resulterte i aktiv sykemelding. Dette ble også gitt en introduksjon til aktiv sykmelding for bedriftene. De fleste bedriftene var på forhånd ukjente med ordningen. En bedrift meldte tilbake at de så liten hensikt i et slik møte uten at legen var til stede. Poenget med å samle alle aktører var å få til en beslutning eller plan i møtet. Prosjektrapporten diskuterer her alternative løsninger når sykmeldende lege ikke kan være til stede.

Det var ingen negative tilbakemeldinger fra sykmeldte som hadde deltatt i disse møtene. Som ledd i prosjektets brukerevaluering ble det gjennomført en spørreskjemaundersøkelse til de ansatte i bedriftene, før og etter tiltak. Her var 61 prosent positive til avklaringsmøter på sin bedrift, dersom de ble syke. 49 prosent oppgir at rutineene for oppfølging av sykmeldte er blitt bedre på deres bedrift. Undersøkelsen viste også at 40 prosent oppga at de gjennom prosjektarbeidet hadde fått bedre kunnskaper om sine rettigheter og plikter i forbindelse med sykefraværet.

Prosjektrapporten konkluderer med at prosjektet har hatt god effekt på informasjonsområdet (ibid:20).

Medvirkning og informasjon

Alle bedriftenes oppfølgingsrutiner ved sykefravær var bygget over de samme prinsippene. Likevel får to av de fire bedriftene spesielt positive tilbakemeldinger fra de ansatte. På disse to bedriftene ble det holdt jevnlige møter, det ble satt inn flere tiltak parallelt, og det ble gitt god informasjon til de ansatte (ibid:24). Også i de andre to bedriftene var de ansatte representert i alle arbeidsgrupper og medvirket i utarbeidelsen av alle rutineene, men ikke alle ansatte var informert om medvirkningen av ledelsen eller gjennom informasjon i klubben. Rapporten viste at i bedrifter der det ble informert bredt, opplevde de ansatte at de hadde vært med i utarbeidelsen av rutineene. I disse bedriftene ble rutineene langt oftere vurdert som bra enn i de bedriftene der de ansatte ikke følte at de var tatt med på råd. Således mente 76 prosent av respondentene i bedrifter der de ansatte mente de var tatt med på råd, at oppfølgingsrutineene var bra, mot 30 prosent i de andre bedriftene (ibid:19). Prosjektet konkluderte med at informasjon i bedriften har stor betydning, og at det lønner seg å ha kontinuitet i HMS-arbeidet og gjerne satse på flere tiltak samtidig. Rapporten peker også på at de to bedriftene der det ble nedlagt mest arbeid, også hadde en del ugjort på HMS-området og at de derfor hadde et større forbedringspotensiale enn en del andre bedrifter.

Samarbeid mellom ulike aktører

Bedriftshelsetjenesten mente at FASØ-prosjektet hadde virket som en døråpner ved flere av bedriftene. Gjennom arbeidsgruppene hadde de fått innpass i bedriftene og det var blitt utarbeidet handlingsplaner. Bedriftenes medlemmer i arbeidsgruppen var enige i at samarbeidet mellom bedriftshelsetjenesten og bedriftene var blitt bedret gjennom deltakelsen i arbeidsgruppene (ibid:22).

7.2.3 Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane¹⁰

Initiativet til dette prosjektet kom fra fylkestyngdekantoret, som søkte om forprosjekt penger for å utforme et prosjekt rettet mot personer med kroniske muskelsmerter. Prosjektet skulle

¹⁰ For dette prosjektet foreligger det pr. 01.04.2000 ingen sluttrapport. Denne versjonen bygger på utkast til evalueringsrapport fra høsten 1999, samt midtvegsevaluering fra september 1998.

finne fram til et mer helhetlig og samordnet tilbud for denne pasientgruppen (Statusrapport - Midtvegsevaluering 1998).

Prosjektets hovedidé var at personer med kroniske muskelsmerter mangler et arbeidsplassorientert tilbud. Det var viktig å sette deltakerne selv i stand til så vel å mestre egen helse som å ta tak i sitt eget arbeidsmiljø og sin egen arbeidssituasjon. For å gjøre dette mulig må forholdene legges til rette ute i bedriftene, med utvikling av HMS-arbeidet og forståelse hos alle parter for arbeidstakere med redusert arbeidsevne. Det var videre viktig å styrke samarbeidet i hjelpeapparatet rettet inn mot bedriftene.

Prosjektet er rapportert ved Fylkestyngdekantoret i Sogn og Fjordane (2000) "Sluttrapport frå Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane", 1997-99. Framstillingen i denne evalueringrapporten bygger på et utkast fra august 1999.

Mål og målgruppe

Målsettingen var:

- Å prøve ut overfor klientene en rehabiliteringsmodell som er orientert mot arbeidsplassene
- Å støtte under denne rehabiliteringsmodellen ved å gi et systemrettet tilbud til bedriftene

For øvrig hadde prosjektet en rekke delmål som var avledet av programmets tre hovedmål.

Målgruppen var sju større bedrifter, og innen bedriftene personer med muskelsmerter og/eller senesmerter. Deltakelse i selve intervensjonen var frivillig og den enkelte måtte melde seg på. Deltakerne ble så sykmeldt for den tiden de brukte i prosjektet. Av 2925 ansatte i de sju bedriftene, meldte 118 sin interesse for prosjektet, 70 deltok og 66 fullførte. Ut fra undersøkelser som viser at ca. 15 prosent i en kommunepopulasjon hadde hatt daglige muskelsmerter siste året, var prosjektet overrasket over hvor få som meldte seg.

Tiltak og iverksetting

Det individrettede tilbudet var en sammensatt intervensjon med tre deler; trening, teoridel og arbeidsplassoppfølging. Disse tre tiltakene bygde opp under hverandre. Det var ment å være et heldagstilbud over tre måneder for 16 personer fordelt på to parallelle grupper. Det viste seg imidlertid vanskelig både å rekruttere så store grupper og å finne egnede treningslokaler. Opplegget ble derfor noe endret, til et 10 ukers tilbud med 10 - 14 personer i hver gruppe. Samlet utgjorde kurset ca. 140 timer fordelt over 10 uker. I hver uke var tre dager brukt til trening og teori og to ukedager til oppfølging på arbeidsplassen.

Trening

Treningen var lagt opp for å øke muskelstyrke, utholdenhet og evnen til avspenning hos deltakerne, og var bygd opp etter de samme prinsippene som hjertetreningen i Ullevålsmodellen. De hadde også lett trening i 8 - 10 økter for å øve opp evnen til å lytte til kroppens signaler, var på fotturer 4 - 5 ganger, og hadde bassengtrening. Gruppedeltakerne fikk også undervisning i ergonomi, anatomi, treningslære, søvn og liknende. Det ble lagt vekt på å lære deltakerne å justere tempo og treningsmengde etter egen form og eget smertenivå.

Teoridelen la vekt på motivering, kartlegging og bevisstgjøring som grunnlag for å endre egen livssituasjon. Deltakerne arbeidet i grupper ut fra tema, og bruk av dagbok var et viktig element. De ble oppfordret til å lage en handlingsplan for de nærmeste ukene og månedene mht. hva de ønsket å oppnå. Tilnærmingen var basert på involveringspedagogikk.

På arbeidsplassen

Oppfølgingen på arbeidsplassen besto av undervisning, opplegg for kartlegging av arbeidsplassen, arbeidsplassbesøk og kontakt med arbeidsgiver.

Deltakerne var på arbeidsplassen sin 1,5 til 2 dager pr. uke. I de fleste tilfellene var det ansatt vikar. I periodene på arbeidsplassen fikk deltakerne prøve nye oppgaver eller arbeide med egne oppgaver i sitt eget tempo, de holdt kontakt med kollegaer og arbeidet samtidig med å kartlegge arbeidsplassen sin. Hver deltaker skulle sette opp egne mål for hvordan de ville ha det på arbeidsplassen sin om 10 uker, og lage en plan for hvordan de skulle bruke prosjekt-tiden sin på arbeidsplassen.

Til arbeidsplasskartleggingen som de sykmeldte selv utførte, hadde prosjektet utarbeidet et hjelpemiddel. Dette var et skjema der den enkelte skulle krysse av for hva som var problematisk innenfor visse områder. Resultatene ble nyttet i møtet mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, og ble også oppsummert og presentert for virksomhetens arbeidsmiljøutvalg.

Hver deltaker fikk to ganger besøk av prosjektets ergoterapeut/prosjektleder på arbeidsplassen. Den første gangen møtte ergoterapeuten bare den sykmeldte. Hun hørte på hva arbeidstakeren hadde gjort og gjennomgikk skjemaet som ble brukt til å kartlegge arbeidsplassen. I det andre besøket var også leder og verneombud med, pluss eventuelt representant fra bedriftshelsetjenesten, tillitsvalgt eller en kollega. Her gjennomgikk de hva prosjektet gikk ut på, og arbeidstakerne fortalte om sitt utbytte og gjennomgikk sitt kartleggingsskjema. Arbeidsgiver ble bedt om å føre referat fra møtet. I referatet skulle prioritering av tiltak med, samt tidsplan for gjennomføring og eventuelt om det var avtalt noe nytt møte mellom arbeidstaker, verneombud og arbeidsgiver.

Den systemrettede innsatsen

Det systemrettede arbeidet mot bedriftene var i utgangspunktet ikke en del av prosjektet. Arbeidslivstjenesten, som deltok i styringsgruppen og etter hvert i prosjektgruppen, mente imidlertid at prosjektet ga gode muligheter til å komme i dialog med virksomhetene, ved å koble tiltak rettet mot enkeltpersoner til utvikling av arbeidsmiljøtiltak i virksomhetene. Denne tilnærmingen ble utarbeidet videre av representantene for Arbeidslivstjenesten og bedriftshelsetjenesten. Arbeidet skulle gjennomføres av Arbeidslivstjenesten, representanten for bedriftshelsetjenesten og trygdekontoret. Prosjektet fant at trygdens rolle ikke bare var å orientere den enkelte prosjektdeltaker om rettigheter og trygdens virkemidler, men også å bistå i det bedriftsorienterte arbeidet. Gjennom denne prosjektutarbeidelsen fikk også trygden oppgaver og erfaringer knyttet til forsøket.

Strategien var å få et møte med hver virksomhet som var med i prosjektet for å bli orientert om deres HMS-arbeid, bistå med ideer og tiltak overfor virksomhetene og bidra til å videreutvikle HMS-arbeidet. For dette formålet tok prosjektet kontakt med virksomhetens arbeidsmiljøutvalg. Virksomhetene hadde svært ulike forutsetninger mht. hvilke systemer og rutiner de hadde på plass. Prosjektet deltok i perioden i AMU i alle virksomhetene. Det viste seg imidlertid vanskelig å få til oppdrag mht. arbeidsmiljøutvikling. Prosjektet endret derfor sitt tilbud og la mer vekt på kommunikasjon omkring problemstillinger knyttet til sykefravær, samt på å tilby hjelp til å få skrevet ut rutiner for oppfølging av sykmeldte.

Ved hver bedrift ble det valgt en kontaktperson. Disse hadde ulike posisjoner i bedriften, som leder, nestleder eller etatsjef, eventuelt ansatt i bedriftens helseavdeling. Kontaktpersonene bidro aktivt til å plukke ut deltakere til de ulike gruppene, og ble nyttet som informanter av

prosjektet. Verneombud ble også innkalt til alle møter med den sykmeldte, fordi prosjektet regnet med at de fleste problemstillingene som kom opp ville falle inn under arbeidsmiljøloven. De tillitsvalgte ble i liten grad vært nyttet som kontaktpersoner, ut over sin deltakelse i arbeidsmiljøutvalgene. Ut fra noen saker som kom opp, der tillitsmannsapparatet kom inn i bildet, mente prosjektet imidlertid at de kunne vært tjent med å bruke tillitsmannsapparatet i større grad (se avsnitt 4.7.2. i foreløpig rapport).

Informasjon og forankring

Som tidligere omtalt gikk prosjektets informasjon til den sykmeldte, til leder og til vernombudet. Videre hadde prosjektet kontakt med bedriftens arbeidsmiljøutvalg. Det var imidlertid tanken at informasjonen innad i bedriften også skulle flyte fra dem som hadde vært med i prosjektet til deres kolleger, og at prosjektdeltakelsen slik skulle få ringvirkninger. Prosjektet erfarte at bedrifter som hadde hatt mange deltakere, fikk en større eiendomsfølelse til prosjektet. Dette har fått positive følger for den enkelte prosjektdeltakeren.

Bedriftssamarbeid

På møte i en av virksomhetene kom det fram ønsker om nærmere samarbeid mellom de ulike virksomhetene som var med i prosjektet for å dele erfaringer knyttet til det forebyggende arbeidet. En slik samling ble holdt. Både virksomhetene og prosjektet hadde innlegg, og samlingen fikk god evaluering av deltakerne. Prosjektrapporten peker på at det burde vært lagt opp flere slike samlinger som en del av virksomheten (p.4.6.4 i foreløpig rapport).

Resultater og erfaringer

Erfaringene fra arbeidsplasskartleggingen viste at det er svært varierende hva som oppleves som de største problemene. Arbeidstempo og tidspress ble opplevd som det største problemet i en offentlig virksomhet, mens tunge løft og vanskelige arbeidsstillinger kom høyt opp i industriell virksomhet. Prosjektet fant også tilfeller av organisatoriske arbeidsmiljøproblemer, der organisasjonsmodellen i seg selv skapte mistriivsel. Dette handler om organisasjoner der mange var organisert under en leder uten mellomleder, med lite kontakt, få faste møter og derav manglende muligheter til å ta opp ulike saker med leder. Det ble også pekt på uheldige arbeidstidsordninger, som delte skift for bussjåfører. Selv om det var en liten andel av virksomhetenes arbeidsplasser som ble kartlagt, stemte kartleggingsresultatet godt med det inntrykk prosjektleder fikk av arbeidsmiljøproblemer gjennom samtaler med ledere og verneombud.

Prosjektet fikk etter hvert gode erfaringer med arbeidsplasskontakten. Problemer i oppstarten skyldtes særlig at kollegene ikke var klar over hvorfor den sykmeldte var på arbeidsplassen, og at det som følge av dette falt uheldige bemerkninger fra kolleger. Arbeidsformen, med stor frihet for den sykmeldte til å gjøre noe selv, var uvant og kunne være frustrerende. Etter hvert gikk prosjektet over til å kalle arbeidsplasskontakten for aktiv sykmelding, og det viste seg å være til hjelp for alle parter i virksomheten. Det var likevel ikke alle sykmeldte som så behovet for å få til endring på arbeidsplassen.

Erfaringene med å møte arbeidsgiver på arbeidsplassen har vært gode, selv om ikke alle deltakerne har fått referat fra dette møtet fra sin arbeidsgiver. Prosjektet erfarte også at det var problematisk å få leder og verneombud til å møtes, men selv om det ble en del utsettelse, ble slike møter gjennomført for alle 66 prosjektdeltakere.

Hvilke resultater fikk det systemrettede arbeidet? Rapporten peker på at det skjedde endringer i virksomhetene i perioden, uten at prosjektet nødvendigvis vil ta all "æren". Det har i tillegg

til prosjektet pågått et kontinuerlig HMS-arbeid. Som eksempler kan nevnes at en virksomhet fikk på plass rutiner for oppfølging av sykmeldte, en annen fristilte vernombudet til å arbeide med HMS-arbeidet i 20 prosent stilling, og en tredje virksomhet satte i gang med forebyggende virksomhet.

Prosjektet erfarte at det systemrettede arbeidet og informasjon mot ledelse og ansatte tar tid, og at dette arbeidet trengte modning. Informasjon nådde ikke fram med en gang og var ikke gitt en gang for alle. Det var turnover i alle posisjoner, både blant ledere og tillitsmenn. Prosjektet fant at det var lurt å ta en ny tur til arbeidsmiljøutvalgene hvert halvår.

Prosjektet målte livskvalitet, smerteopplevelse og kondisjon før og etter intervensjonen¹¹. Resultatene viste at intervensjonen hadde positiv innvirkning på livskvalitet, men ikke på opplevelse av smerte eller på kondisjon. Prosjektet fant videre at flertallet trente mer regelmessig enn før og følte seg i bedre form¹². Brukerevalueringen av intervensjonen var god. Den sier i hovedsak at tiltaket fungerte godt for målgruppen og at sammensetningen av trening, kurs og det å være på arbeidsplassen fungerte godt. Evalueringen etter seks måneder viste at et fåtall hadde fått en dårligere situasjon på arbeidsplassen totalt sett. De to store gruppene hadde det enten som før eller bedre. Vi må se denne responsen i lys av at det i flere av bedriftene hadde skjedd nedlegging eller store omlegginger i perioden. Responsen tyder på bedre mestring i målgruppen.

Tiltak på arbeidsplassen?

Hadde det skjedd noe i prosjektperioden mht. tilrettelegging på arbeidsplassene? I det rapportutkastet vi her bygger på, er ikke alle spørreskjemaene fra sluttevalueringen tatt inn. Arbeidsgiversiden oppgir at for 17 av 35 deltakere er det gjennomført tiltak for å bedre det fysiske arbeidsmiljøet. Imidlertid oppgir bare ni av prosjektdeltakerne det samme. Her kan vi ikke utelukke at partene har ulik forståelse. Resultatet kan imidlertid også skyldes at vi bygger på ufullstendige data, slik at svar fra henholdsvis arbeidsgiver og arbeidstaker ikke nødvendigvis kommer fra de samme arbeidsplassene. Det kan også være at arbeidsgiversiden har tatt med tidligere iverksatte tiltak. Prosjektet undersøkte om det var gjort noe for arbeidstakerne på arbeidsplassen tidligere, og fant at det var gjennomført tiltak for 51 av de 66 som var omfattet av intervensjonen. Halvdelen av disse tiltakene var satt i verk av arbeidsgiver. 47 av de som hadde fått tiltak, mente at tiltaket var til god eller svært god nytte.

7.2.4 Hjelp gjennom samhandling – Ål kommune

Dette prosjektet er treårig og ble startet opp i 1998¹³. Det var samfinansiert av Arbeidsdirektoratet og Sosial- og helsedepartementets program "Forsøksvirksomhet i trygdesektoren". Forsøket kan ses i sammenheng med tidligere forsøk med rehabiliteringsteam i samme kommune, der noen av de samme aktørene var involvert.

Rehabiliteringsprosjektet i Ål kommune ble gjennomført i perioden 1993 til og med 1996, og ble utprøvd parallelt med Buskerud trygdemedisinske poliklinikk (BTK). I teamet satt ulike helseprofesjoner, samt sosionom og konsulent for funksjonshemmede. I rehabiliteringsteam i andre kommuner knyttet til BTK var også trygde- og arbeidsmarkedsetaten representert.

¹¹ Rapporten redegjør for hvilke mål og metoder som er nyttet og de statistiske resultatene. Spesielt interesserte henvises til rapporten.

¹² 35 av 52 trener mer regelmessig, og 40 av 50 føler seg i bedre form.

¹³ Prosjektskissen er datert 1996.

Teamets arbeid besto i å kartlegge og vurdere brukerens situasjon for deretter å utforme mål for rehabilitering, tiltak, ansvarsfordeling, oppfølging og evaluering. Hver pasient fikk sin egen kontaktperson i teamet (Vikne 1997:54-55). I november 1996 vedtok Ål kommunestyre at rehabiliteringsteamet skulle tilhøre den faste virksomheten i helse- og sosialetaten.

I ”Hjelp gjennom samhandling” samarbeider både helse-, sosial-, trygde- og arbeidsmarkedsetaten, samt arbeidsgivere og bedriftshelsetjeneste. Prosjektets mål var å finne fram til hjelpetiltak for den enkelte gjennom bruk av det lokale hjelpeapparatet. Dette innebar en utvidet koordinering og styrket arbeidsorientering i relasjon til rehabiliteringsteamet. Prosjektlederen hadde den direkte brukerkontakten og hjalp og veiledet brukeren i forhold til hjelpeapparatet. Prosjektleder var fast tilknyttet basistemaet på trygdekontoret, rehabiliteringsteamet i kommunene og forebyggende team i kommunen.

I oppfølging av sykmeldte handlet prosjektleder på oppdrag av trygdekontoret. Prosjektleder saksbehandlet ikke, men sto for avklaringen av saken gjennom samtale med den sykmeldte og med andre aktører i hjelpeapparatet. I alle sykepengesaker med muskel- og skjelett eller psykiatriske diagnoser ble det på trygdekontoret laget et framlegg etter fire uker, og prosjektleder tok så kontakt med sykmeldende lege og eventuelt arbeidsgiver. Alle som var sykmeldt etter åtte uker, fikk tilbud om kontakt med prosjektet.

I samtalen med den sykmeldte ga prosjektet informasjon om offentlige ordninger og virkemidler, samt avklaring av andre forhold. Også arbeidsgiver ble informert om virkemidler. Kontakten med arbeidsgiver viste seg å være viktig for å finne fram til hvilke tiltak som kunne være aktuelle. Prosjektleder grep også inn i attføringssaker der det var liten aktivitet og der arbeidsmarkedsetaten sendte saken tilbake til trygdekontoret. Prosjektleder hadde videre møte med personer som gikk på rehabiliteringspenger for å hjelpe dem å avklare alternativer og veivalg. Poenget i begge disse sakstypene var å påskynde avklaring når det gikk for lang tid før dette ble gjort. Dersom det var aktuelt, kunne det settes i gang tiltak for avklaring rettet mot uførepensjonering.

Prosjektleder måtte også forberede sine brukere i relasjon til de krav andre stiller. For eksempel gjennomført arbeidsmarkedsetaten aktørperspektivet på en slik måte at brukere ikke klarte å ivareta sin egen sak eller benytte seg av arbeidsmarkedsetatens tilbud. Her gikk prosjektet inn som et bindeledd mellom bruker og arbeidskontor. Prosjektet så slik hjelp som en forutsetning for at en del av deres brukere skulle klare å gjennomføre et attføringsopplegg (Årsrapport 1998:22).

7.2.5 Trygdekontordelen i andre prosjekter

Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Troms-regionen

I avsnitt 6.2.1 omtalte vi prosjektet som hadde to deler. Den ene var en ”aksjon” mot arbeidsgivere med sikte på å starte eller forbedre deres arbeid med oppfølging. Den andre delen dreide seg om utvikling av klientarbeid og oppfølging ved trygdekontoret. Vi kan si at prosjektets tanke om oppfølging var at arbeidsgiver skulle gjøre sin del på arbeidsplassen og trygdekontoret skulle gjøre sin part på trygdekontoret. For å styrke oppfølgingsrollen ble det gjennomført et utviklingsarbeid i kontorene gjennom felles kursing. I trygdekontoret ble det arbeidet med å åpne eget arbeid, å gi andre innsyn og gjennom innsyn etablere muligheter for diskusjoner og erfaringslæring.

Utgangspunktet for arbeidet i trygdekontoret var rutiner, prosedyrer og blanketter for oppfølging av sykmeldte i all hovedsak utarbeidet av prosjektleder. Læring var knyttet til gjennomføring av disse rutinene og prosedyrene. Fra og med november 1996 ble samtlige sykmeldte med muskel- og skjelett og psykiatriske diagnoser i målgruppen innkalt til samtale.

Ressurscenteret på Sortland

I avsnitt 6.2.3 omtalte vi dette prosjektet som også hadde en trygdekontordel. Planen var at hver saksbehandler skulle gjennomføre en oppfølgingsamtale tidlig i sykemeldingsperioden. Dette ble i liten grad gjennomført. Senere ble det utviklet gruppebasert veiledning for sykmeldte. Her bisto en representant for bedrifhelsetjenesten trygdekontoret i utviklingsarbeidet. Gruppen på trygdekontoret utviklet et selvinstruerende hefte for saksbehandlere og gjennomførte fem forsøk med gruppebasert veiledning. Gjennom denne gruppebaserte veiledningen av klienter ble de sykmeldte tilført kunnskaper for at de bedre kunne håndtere hjelpeapparatet og arbeidsgiver, ta ansvar for sin egen situasjon og finne løsninger for seg selv.

7.3 Hvilke sentrale prinsipper er prøvd i disse forsøkene?

Utgangspunktet for mange av prosjektene var det samme, men noe ulikt formulert:

- Organiseringen av arbeidet med den sykmeldte var den største hindringen i oppfølgingsarbeid (KOBOKS).
- Koordineringen og arbeidsplassorienteringen måtte styrkes (Ål, Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane, FASØ).

Hva prosjektene valgte å gjøre for å koordinere ressursene og styrke arbeidsplassorienteringen, var imidlertid forskjellig.

FASØ og "Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane" så arbeidsplassen som stedet å møtes, fordi det ofte var her løsningen lå. Poenget i mange saker var ikke bedre diagnose eller behandling, men konkretisering av yrkesmulighetene. Dette var også utgangspunktet for "Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Troms-regionen", men i dette prosjektet overlates arbeidsplassen som oppfølgingsarena til arbeidsgiver.

I KOBOKS, "Hjelp gjennom samhandling – Ål kommune", "Ressurscenteret på Sortland" og "Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Troms-regionen", var det på trygdekontoret prosjektet møtte klienten. I KOBOKS og Ål tok prosjektleder kontakt med arbeidsstedet etter samtale med klienten, mens Sortlandprosjektet siktet mot å sette den sykmeldte selv i stand til å møte arbeidsgiver. *Prosjektene deler seg mht. hva som er trygdekontorets oppfølgingsarena og med hensyn til hva de gjør i oppfølgingen på trygdekontoret.*

På trygdekontor

Det ble prøvd ut ulike tilnærminger til oppfølgingen på trygdekontoret. "Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Troms-regionen" knyttet sitt arbeid med å utvikle trygdekontorrollen til gjennomføringen av nye rutiner, og til å gjennomføre samtale med den sykmeldte. Vi vet at trygdekontorene arbeidet med å eksternalisere sine erfaringer og slik få til erfaringsdeling og drøfting. Hva de faktisk erfarte knyttet til nye oppfølgingsrutiner/metoder, er ikke rapportert. Ressurscenteret på Sortland prøvde ut gruppebasert

veiledning av sykmeldte. Dette forsøket ble vurdert som så vellykket at den gruppebaserte veiledningen senere ble tatt i bruk ved trygdekontorer i andre kommuner, etter at Sortland trygdekontor og Sortland kommunes bedriftshelsetjeneste videreutviklet mønsteret fra prosjektet. Gruppebasert veiledning er en tilnærming som vi også kjenner fra arbeidsmarkedsetaten.

I KOBOKS var det lagt stor vekt på hvordan en utvikler samtalen med den sykmeldte, med utgangspunkt i veiledningspedagogikk. KOBOKS utviklet noe nytt og gjennomtenkt som bryter med trygdens litt skjematiske rutiner og framgangsmåter. Dersom samtalen i seg selv er et virkemiddel der trygden møter og kan hjelpe den sykmeldte, må en tenke gjennom hvordan den skal legges opp. KOBOKS skilte mellom veiledning og rådgiving, og understreket at det er den sykmeldte som må definere problemet og velge løsninger. Trygden kan i samtalen hjelpe til ved å gi informasjon og råd, men også bidra ved å la samtalen utvikle seg slik at klienten høres. Vi kan kalle dette medvirkningstenkning, og vi kommer tilbake til denne orienteringen i kapittel 13.

Både FASØ og KOBOKS understreker planen som redskap. Begge prosjekter la handlingsplaner sammen med klienten. Forskjellen var at KOBOKS møtte klienten på trygdekontoret, mens FASØ møtte klienten på bedriften, sammen med bedriftensledelsen, tillitsmenn, eventuelt bedriftshelsetjenesten og andre. Arenaene og deltakerne i planleggingen var forskjellige, men begge hadde planen som et sentralt verktøy i oppfølgingsarbeidet.

Deling av saksbehandling og tjenesteutøving

Vi vil også peke på et annet trekk ved prosjektene FASØ og KOBOKS og ”Hjelp gjennom samhandling – Ål kommune”: De introduserte en utvidet eller ny rolle i trygdens oppfølging av sykmeldte, idet *tjenstedelen*, det å følge opp både klienter og hjelpeapparatet i prosessene, ble skilt fra *portvokterdelen*, å godkjenne sykmeldinger, fatte vedtak og liknende som er knyttet til klientens pengerettigheter. På vegne av trygden sto prosjektleder for avklaringsdelen, mens trygdens ordinære apparat fattet vedtak og saksbehandlet. Gitt at tjenstedelen i trygdens oppfølgingsrolle skal utvikles, kan en slik rolledeling være fornuftig fordi selve saksbehandlingen og krav og styring som rettes mot denne er sterk, mens styring og krav mht. tjenstedelen er lite utviklet. Dermed vil saksbehandlingen lett gå foran ved prioritering av ressurser, og slik sett vil tjenstedelen tape. I KOBOKS så vi imidlertid også ulempen ved denne rolledelingen, idet KOBOKS avklarte og la planer, men samtidig var det uklart om trygdekontoret fulgte dem opp.

Tidlig oppfølging

Alle prosjekter var opptatt av tidlig oppfølging, men hvordan de gjorde det var forskjellig. Sør-Troms-prosjektet og KOBOKS er skjematiske og innkaller alle i en gitt diagnosegruppe, som har vært sykmeldt i mer enn to uker. I FASØ gjør en et mer strategisk utplukk, og ser gjennom alle sykmeldinger fra deltakende bedrifter med tanke på å skille ut de belastningsrelaterte lidelsene.

8 Sosial og medisinsk rehabilitering

8.1 Innledning

Vi har i dette kapitlet samlet noen prosjekter der diagnostisering og rehabilitering er det sentrale temaet. Disse prosjektene er forskjellige og bygger på ulike ”teorier”. Felles for prosjektene er imidlertid den rollen trygdekontoret får i prosjektene, idet trygdekontoret i hovedsak står for hjelp til prosjektrekutteringen. Vi presenterer her fire prosjekter. To av disse er forprosjekter som ikke ble videreført, et prosjekt er i arbeid og et er avsluttet. Grunnen til at vi her tar med to forprosjekter og et uavsluttet prosjekt, er at disse representerer en annen tilnærming enn de prosjektene som tidligere er blitt presentert, og en annen tenkning om trygdekontorets arbeid og strategier overfor sykmeldte. Vi vil her trekke fram hva som er prosjektene tenkning, hvordan de handler i relasjon til målet, deres forankring av tiltak mot arbeidsplassen og på hvilken måte trygden har en (sentral) rolle i prosjektene.

8.2 Presentasjon av prosjektene

8.2.1 Hjerterehabiliteringsprosjektet ved Krokeide yrkesskole - Fylkestrygdekontoret i Hordaland

Prosjektet var initiert fra fylkestrygdekontoret i Hordaland og Bergen kommune ved helse- og sosialtjenestene, og var ett av flere tiltak som sprang ut av dette samarbeidet (Et annet var ”Bergensprosjektet. Tilbake til jobb” Dette var et eksperimentelt rehabiliteringsprosjekt, finansiert av programmet Helse og rehabilitering (se Bruusgaard og Eriksen 1997:127-131)).

Hjerterehabiliteringsprosjektet rettet seg mot personer under 65 år med noen bestemte hjerteproblemer og var lagt til Krokeide yrkesskole, som også tidligere har drevet rehabiliteringstilbud for samme målgruppe. Skolen ønsket at disse rehabiliteringskursene skulle dekkes over skolens ordinære driftsbudsjett. Ordinære elever ved skolen må fylle kravet om rett til attføringshjelp. Sosialdepartementet hadde imidlertid ikke godkjent denne virksomheten som en del av den ordinære driften, men hadde definert den som medisinsk behandling. Tilbudet måtte derfor finansieres av Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.

Tanken bak prosjektet var at det i dag er et stort misforhold mellom den (gode) medisinske behandlingen som gis målgruppen og den beskjedne andelen som kommer tilbake i arbeid. Det synes å være barrierer mot å komme tilbake i jobb. Derfor må en sette inn tiltak for å komme over disse. Den viktigste barrieren er å endre sine levevaner for å mestre hjertesykdommen.

Prosjektet var lagt opp ut fra en forståelse av at rehabilitering må bygge på en modell som integrerer rehabilitering og tilbakeføring til arbeid med endringer i livsstil. Fokus lå derfor både på psykososiale forhold, fysisk aktivitet og forhold knyttet til yrkesaktivitet og til selve arbeidsplassen.

Prosjektet ble gjennomført i perioden 1996 til 1998, og er rapportert i Johansen 1999: *Hjerterehabiliteringsprosjektet 1996-1998*. Den videre framstillingen bygger på denne rapporten.

Mål og målgruppe

Målet var å gi deltakerne et helhetlig og samordnet rehabiliterings- og attføringstilbud ved å fokusere på livsstil, psykososiale forhold og fysisk aktivitet, samt å kartlegge den enkeltes arbeidssituasjon. Prosjektet ønsket også å prøve ut oppfølgingsrutiner og samarbeidsrelasjoner mellom behandlingsinstitusjon, trygdeetat, primærlege, sykehus, arbeidsplass og bedriftshelsetjeneste. Målgruppen var sykmeldte under 65 år med hjerteinfarkt, som har gjennomgått hjertekirurgi eller som har hatt anginaplager.

Intervensjon

Livsstil og trening

Den viktigste aktiviteten i prosjektet har vært fysisk trening. Det ble også gjennomført kurs med vekt på kosthold, røykeavvenning, psykososiale faktorer og stresshåndtering. Intervensjonen foregikk over fire uker på full tid ved institusjonen. Treningen har vært variert. For kurs- og treningsprogram, se Johansen 1999.

Avklaring og planlegging for attføring

Kurset skulle også starte tilbakeføring til arbeidslivet. Det ble under oppholdet gjennomført en samtale med den enkelte om arbeidssituasjonen, med vekt på mestring/stress og trivselsfaktorer. Målsettingen var å få fram pasientens oppfatninger og forventninger til fortsatt yrkesaktivitet. Det ble utarbeidet en handlingsplan for videre tiltak i samarbeid med deltakeren. Dette ble nedfelt i en attføringsfaglig journal. I en periode hadde prosjektet trygdefaglig koordinator som ga aktuelle deltakere individuell veiledning vedrørende trygd og tok kontakt med deltakernes lokale trygdekontor. Deretter tok det lokale trygdekontoret kontakt med arbeidsgiver og klient, ev. i samarbeid med den trygdefaglige koordinatoren (referat av 16.01.98). Koordinator har også fulgt opp deltakere på aktiv sykmelding.

Koordinatorstillingen og den trygdefaglige kompetansen kom sent inn i prosjektet. Koordinator var en avgrenset periode tilsatt i 80 prosent stilling (siste halvår 1997 og 1. kvartal 1998). Som følge av reduksjon i bevilgningene ble stillingsandelen fra andre halvår 1998 redusert til 20 prosent, noe som virket begrensende i forhold til kontakt med de sykmeldte, trygdekontorene og arbeidsplassene (ibid:34).

Epikrisen ble sendt den sykmeldtes lege og trygdekontor. For trygdekontoret var epikrisene nyttige, fordi de i enkelttilfeller avklarte forholdet til yrkesmessig attføring og uføretrygd. Videre ga den grunnlag for å gå tidlig inn med tiltak som aktiv sykmelding. Dette tiltaket ble forsøkt utprøvd etter to modeller. I den første fasen etablerte prosjektet kontakt med hver deltakers trygdekontor for at trygdekontoret sammen med deltakerne skulle utarbeide avtalen. Den andre modellen, som ble brukt i en senere prosjektfase, lot ett trygdekontor ha en koordinerende rolle for alle prosjektdeltakerne mht. til iverksetting av aktiv sykmelding.

Resultater

Rekruttering og arbeidsplasskontakt

I den opprinnelige prosjektplanen skulle prosjektet inngå samarbeidsavtaler med bestemte bedrifter, og det skulle foretas bedriftsbesøk. Tanken var at deltakerne skulle rekrutteres fra bedriftene via bedriftshelsetjenesten. Det viste seg imidlertid at bedriftshelsetjenester ofte hadde svært tilfeldig kunnskap om de sykmeldte, og denne inngangen til bedriftene fungerte ikke som rekrutteringskanal (Johansen 2000:31).

Prosjektet inngikk da en avtale med Rikstrygdeverket om oversendelse av lister over sykmeldte med hjertelidelser, men listen egnet seg heller ikke for prosjektets formål. Denne rekrutteringsmåten ble tidlig erstattet ved at trygdekontorene i fylket sendte sykmeldingsattester med de aktuelle diagnosene til prosjektet. I tillegg rekrutterte prosjektet deltakere direkte fra behandlingsinstitusjoner og primærleger. Den største gruppen ble rekruttert gjennom direkte kontakt med prosjektet. Informasjonsmøter på Haukeland sykehus var således en viktig rekrutteringskilde (Johansen 2000:38).

Rekruttering av deltakerne viste seg å være et av de kritiske punktene i prosjektopplegget. I og med at rekrutteringsmåten måtte endres, lot ikke bedriftskontakten seg gjennomføre som planlagt. Arbeidet med deltakerens forhold til arbeidsplassen måtte derfor utformes på en annen måte. I prosjektet ble deltakerne innkalt til samtale for kartlegging av sin arbeidssituasjon, og det ble deretter utarbeidet en handlingsplan der det var behov for det (Johansen 2000:56).

Egenvurdering og trygdestatus for deltakerne ett år etter

Evalueringen var bygget på en spørreundersøkelse blant kursdeltakerne, supplert med opplysninger innhentet fra trygdeetaten. Deltakerne ga en egenvurdering mht. helse, psykososiale forhold, endring av livsstilsfaktorer og tro på seg selv - ved kursstart, 12 uker etter kurset og ett år etter.

Undersøkelsen viser at andelen som vurderer egen helse som god, steg fra 40 prosent til 65 prosent 12 uker etter kurset. Denne tendensen holdt seg ett år etter. Videre viste undersøkelsen at deltakere som ved kursstart oppga størst grad av angst og depresjon, reduserte angsten og bedret sin subjektive styrke (ibid:45). Kurset hadde begrenset effekt med hensyn til å få deltakerne til å slutte å røyke. Ett år etter kursslutt oppgir over 80 prosent av deltakerne at de driver med fysisk aktivitet, og 88 prosent mener at de i stor eller middels grad klarer å holde et hjertesunt kosthold. Deltakerne ga en generelt god evaluering av tiltaket, og denne vurderingen holdt seg ett år etter. Ut fra egenevalueringen syntes livsstilsomleggingen å ha vært vellykket.

Kom deltakerne tilbake i arbeid?

Det ble innhentet trygdestatus for alle deltakerne ett år etter tiltak. Den viste at 74 prosent av deltakerne var helt eller delvis i arbeid, 17 prosent hadde fått innvilget uførepensjon og 10 prosent gikk på attføring eller rehabiliteringspenger. Av de som var i arbeid, var over to tredeler i fullt arbeid. Det innebærer at 56 prosent av alle deltakerne var i fullt arbeid ett år etter intervensjonen. De øvrige kombinerte arbeid med ulike trygdeytelser. Det var spesielt i gruppen under 50 år at en stor andel kommer tilbake i arbeid. Det viste seg i dette materialet at høy utdanning eller inntekt ikke å hadde noen effekt mht. å komme tilbake i arbeid.. Rapporten så videre på egenvurdert helse og selvtillit, og fant at det er en klar sammenheng mellom vurdering av helse og sannsynligheten for å vende tilbake til jobb etter endt sykmelding (ibid:55).

Evalueringen viste videre at svært få hadde fått hjelp fra bedriftshelsetjenesten i løpet av det året de ble syke. Det hadde i året etter sykdom også vært liten kontakt med bedriftshelsetjenesten. Bare 5 - 6 prosent hadde vært i kontakt med attføringsutvalg eller arbeidsmiljøutvalg. Evalueringsrapporten konkluderte med at bedriftenes arbeidsmiljøapparat er for lite inne i oppfølgingen av begynnende syke og personer under tilbakeføring til arbeidet.

8.2.2 Linken – rehabilitering og attføring

Linken er et prosjekt som vil drive arbeidsforberedende aktiviteter og behandling for personer med psykiske problemer. Det er få mennesker med psykiske lidelser som kommer i arbeid. 40 prosent av alle yrkeshemmede har en psykiatrisk hoveddiagnose. I yrkesmessig attføring faller en stor del fra, og mange kommer heller aldri så langt som å søke yrkesmessig attføring. De mangler ofte de sosiale forutsetninger som skal til for å lykkes. Dette handler om at terskelen til arbeidslivet og yrkesmessig attføring er for høy for mennesker med psykiske lidelser. Det trengs derfor et annet tilbud. Linken-prosjektet tilbyr en blanding av attføring og reaktivering, der en gjennom et år med arbeids- og mestringsoppgaver skal få avklart sitt potensiale i forhold til arbeid. Prosjektet skal drives ved arbeidsmarkedsbedriften Eikeli AS. Prosjektet er foreløpig lite utarbeidet i forhold til samarbeid med andre etater. Her vil vi særlig peke på relasjonen til arbeidsmarkedsetaten som sentral. Prosjektet ble startet opp i januar 2000.

8.2.3 Høgløkka – Buskerud Fylkestrygdekontor

Høgløkka ressurscenter gir et dagtilbud til ca. 20 brukere. Senteret har vært et samarbeid mellom Buskerud fylkeskommune og Røyken kommune, og startet sin virksomhet i mai 1992. Samarbeidet ble formelt avsluttet i september 1993. Det var planen at Røyken kommune skulle overta driften av senteret, og kommunen sto for det vesentlige av driften ved tidspunktet for innsending av prosjektsøknaden om et utvidet Høgløkka.

I april 1994 søkte Fylkestrygdekontoret i Buskerud og Buskerud fylkeskommune om å utvide tilbudet ved Høgløkka. De ønsket å opprette et tverrfaglig tilbud med utredning og behandling av pasienter med psykiske lidelser. Ved å få et bedre behandlingstilbud ville trygdekontoret ha mer å gripe til i sin oppfølging av pasienter med psykiske lidelser. Bedre behandlingsmuligheter blir slik definert som bedre oppfølging i stønadsperioden. Dette skulle gi trygdeetaten større muligheter for direkte å kunne henvise klienten (søknad om prosjektmidler 18. april 1994:9). Høgløkka skulle kunne ta i mot pasienter utredet ved Buskerud trygdemedisinske poliklinikk (på daværende tidspunkt et prosjekt finansiert av Modernisering og Effektivisering i helsesektoren, SME), og slik sikre at tiltaksplaner for klienter i denne gruppen ble iverksatt.

Prosjektet ble foreslått bemannet med 5,7 årsverk, i hovedsak med helsearbeidere. Det var planlagt 0,5 årsverk for attføringskonsulent. "Nye" Høgløkka ville kunne behandle 40 pasienter, inkludert de 20 med poliklinisk dagtilbud som senteret fra før hadde som målgruppe. Det ble bevilget et forprosjekt, som skulle kartlegge det eksisterende tilbudet til denne gruppen, vurdere stillingssammensetningen ved et nytt senter og etablere samarbeidsnettverk til arbeidsgivere, bedriftshelsetjenesten, arbeidskontorer og sosialetater. Dette arbeidet ble satt bort til Buskerud trygdemedisinske poliklinikk og er dokumentert i rapporten "Forprosjekt til Høgløkka-prosjektet" (ikke datert). Denne rapporten kartlegger tilbud til klienter med psykiske lidelser i Lier, Hurum og Røyken kommuner, dokumenterer kontakt med arbeidsmarkedsetaten, og ser på bruk av basisgrupper i de nevnte kommunene. Videre gjennomgås bedriftshelsetjenester, Friskvern, og idrettsbevegelsens tilbud, og gir en oversikt over andre samarbeidspartnere. Tiltak for å etablere samarbeidsnettverk til arbeidsgivere var ikke dokumentert i forprosjektrapporten.

Søknaden med basis i forprosjektrapporten ble behandlet i Sosial- og helsedepartementets rådgivingsgruppe 29.05.1995 og avslått, fordi etablering og oppbygging av et behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser ble vurdert å falle utenfor programnotatet for forsøksvirksomheten. Det ble dessuten pekt på at prosjektet ikke var klart nok bedriftsrettet¹⁴.

8.2.4 Ringerike-Hallingdalprosjektet – Buskerud Fylkestrygdekontor

Dette prosjektet ble startet 01.11.99 og skal pågå ett år. Det retter seg mot pasienter med muskel- og skjelettdiagnoser.

Prosjektets teori er at problemet ved rehabilitering av denne pasientgruppen er at legene ikke stiller riktig diagnose, eller at de ikke klarer å stille diagnose på et tidlig nok tidspunkt i pasientenes sykekarriere. Dermed får de heller ikke satt i gang riktig behandling for denne gruppen.

Prosjektets mål er å undersøke om bedret fagkompetanse og tid i primærhelsetjenesten kan gi bedre pasientbehandling (Rapport fra pilotgruppen 21.12.99).

Intervensjon i prosjektet er et 30 minutters diagnoseprogram som kan hjelpe allmennpraktiserende leger til å diagnostisere muskel- og skjelettdiagnoser riktig på et tidlig forløp i sykdommen. Prosjektet er i en tidlig fase, og ved utarbeidelsen av denne rapporten kjenner vi ikke til hvilke erfaringer og resultater prosjektet har fått. Resultatene er tenkt målt som endring i pasienters smerte- og funksjonsgrad, pasienters tilfredshet med behandlingen og behovet for sykmelding.

8.2.5 Buskerud trygdemedisinske kompetansesenter og Buskerud trygdemedisinske poliklinikk

Prosjektet "Buskerud trygdemedisinske kompetansesenter" var en videreføring av et tidligere prosjekt og "Buskerud trygdemedisinske poliklinikk" pågikk fra 1993 til 1996 og mottok midler fra "Forsøksvirksomhet i trygdesektoren" i 1997.

"Buskerud trygdemedisinske poliklinikk" var finansiert blant annet av forsøksprogrammet Trygd og rehabilitering og er rapportert i "Sluttrapport - Buskerud trygdemedisinske poliklinikk" (udatert), Buskerud Fylkestrygdekontor. Dette prosjektet ble også eksternt evaluert (Brødholt 1996). Videreføringen i "Buskerud trygdemedisinske kompetansesenter" (BTK) er sluttrapportert i Jon Vikne (1997): Sluttrapport. Buskerud trygdemedisinske kompetansesenter. 1. januar 1996 - 31. juli 1997. Buskerud Fylkestrygdekontor. Også dette prosjektet ble eksternt evaluert (Rønning 1998).

Poliklinikken og kompetansesenteret var to faser av samme prosjekt, der begge faser ble selvstendig rapportert. Selv om denne forsøksporteføljen bare har finansiert deler av driften for driftsåret 1997, tar vi likevel hele prosjektet med i evalueringen fordi det bringer inn erfaringer og problemstillinger som ikke er representert i de øvrige prosjektene. Trygdemedisinsk kompetansesenter/poliklinikk representerer en annen modell for utviklingen

¹⁴ Brev 30.05.1995 fra RTV til Fylkestrygdekontoret i Buskerud.

av oppfølging og avklaring av sykmeldte ved trygdekontor. Vi vil kort trekke opp hva prosjektet har handlet om og hvilke problemer og resultater prosjektet fikk.

Strategi

Prosjektets teori var at langtidssykemeldte utsettes for en utstøting fra arbeidslivet. Dette skjer ved at de sykmeldte kommer inn i en ond sirkel, der en passiv tilværelse på sykepenger fører til utvidet inaktivitet, med dårlig utholdenhet og lavere fysisk yteevne som resultat (dekondisjoneringssyndromet). Dette medvirker til at lidelser blir kroniske og trygdeytelser langvarige (Sluttrapport – Buskerud trygdemedisinske poliklinikk:3). Dessuten er kronisitet vanskeligere å snu jo lenger tid som går (ibid). Målgruppen var pasienter med muskel- og skjelettlidelser, særlig muskelsmertetilstander.

Prosjektet var et tiltak mot å komme inn i den onde sirkelen. Trygdekontoret går inn med intervensjon før utstøtingsmekanismen har begynt å virke (8 - 13 uker etter første sykmelding). Den sykmeldte innkalles til avklaring av medisinske forhold i et tverrfaglig team. Teamet vurderte pasientens medisinske tilstand, og ga en funksjonsbeskrivelse av pasientens muligheter og begrensinger i forhold til arbeidslivet. Det var videre ønskelig at det blir skissert en atferdsplan til bruk for trygdekontor og arbeidskontor (Prosjektbeskrivelsen for poliklinikken). Det kunne dreie seg om å få vurdert restarbeidsevne, avklare diagnose, se på behovet for yrkesmessig atferd eller uføretrygd, og gi en vurdering av mulighetene for å komme tilbake i arbeidslivet. I epikrisen var det en egen trygdemedisinsk vurdering tiltenkt trygdens saksbehandler (Vikne 1997:13).

Utredningen foregikk ved at 5- 6 av de faglige ekspertene intervjuer/undersøker pasienten i løpet av to dager. Det foretok en ny diagnostisering av pasienten. Deretter ble det holdt et evalueringsmøte hvor pasientens totale situasjon blir vurdert. Ekspertene søkte å oppnå en felles forståelse av pasientens situasjon og muligheter. I evalueringsmøtet deltok store deler av teamet og den trygdefaglige konsulenten. Deretter ble det holdt en oppsummeringssamtale med pasienten. Teamet redegjør da for sine oppfatninger og pasienten får komme med sine synspunkter. Fra dette ståstedet utvikles den tiltaksplanen som vedlegges epikrisen, som sendes legen og trygden. Trygdekontoret skulle ha primæransvaret for å følge opp lokalt.

BTK samarbeidet over flere år med et fysioterapiserer som sto for treningsdelen, det å få deltakeren over i en aktiv tilværelse. Det planlagte programmet var behandling i grupper tre ganger pr. uke med 90 min. varighet. Dette gikk bra første året, men etter hvert falt oppmøteprosenten. Programmet ble lagt om til et ukentlig program av 90 min. varighet med øvelser, avspenning og teori, samt medisinsk treningsterapi 60 min. pr. uke (Vikne 1997:59).

BTK hadde også en utadrettet aktivitet gjennom veiledning av rehabiliteringsteam, som i prosjektperioden ble opprettet i fem kommuner. Slike team kan være forskjellig sammensatt, og kan ha medlemmer fra BTK og førstelinjetjenesten, ved siden av at trygde- og arbeidsmarkedsetaten var representert.

Teamet (poliklinikken) skulle ha en bemanning på åtte personer, alle helsepersonell, og et årsbudsjett for driftskostnader på 1.7 millioner kroner. Teamet var fysisk lokalisert ved Fylkessykehuset i Buskerud, som vederlagsfritt stilte lokaler til disposisjon. 474 pasienter ble utredet ved poliklinikken i prosjektperioden (1994-97). Et stykke ut i prosjektet ble teamet utvidet med en yrkeskonsulent. Ut fra erfaringene en gjorde i poliklinikken, var det videre ønskelig å rette prosjektet mer mot arbeidsplass og friskvern, og kompetansen i teamet ble

derfor noe endret, med assistanse av trygdefaglig konsulent og friskvernkonsulent en dag pr. uke.

Rekruttering

Pasientene ble i poliklinikkfasen henvist direkte fra trygdekontoret, og behøvde ikke å samtykke. Behandlende lege var heller ikke forespurt. I noen tilfeller fikk pasientene beskjed om at de kunne miste sykepengene, dersom de ikke tok mot tilbudet. I den siste fasen var det fortsatt trygdekontorene som søkte inn pasientene, men da ”som regel i samråd med pasientens lege” (Vikne 1997:13).

Resultater og erfaringer

Et hovedproblem for poliklinikken, og senere for kompetansesenteret, var sviktende innsøking fra trygdekontorene. Dette var et vanlig problem for prosjekter i programmet Trygd og Rehabilitering (Bruusgaard og Eriksen 1997:18), men spesielt stort for Buskerudprosjektet (ibid). Etter motivasjonstiltak fra prosjektet til trygdekontorene, sendte fylkestyngdedirektøren ut et pålegg om å øke bruken av poliklinikken, men heller ikke dette førte til noen økning i de lokale trygdekontorenes bruk av klinikken. Problemet lå i at enkelte leger oppfattet poliklinikken som kontrollorgan overfor førstelinjetjenesten, noe som førte til at enkelte trygdekontorer unngikk å søke disse legers pasienter inn til poliklinikken (Bruusgaard og Eriksen 1997:69).

Videre oppfattet trygdekontorene klinikkens inklusjonskriterier (som var bestemt av forskningsformål) som for strenge, slik at pasienter som de mente ville ha nytte av tilbudet, ikke kunne få komme inn. Det var også knyttet ekstra arbeid til å søke pasienter inn i klinikken. At dette virket negativt inn på bruken av tilbudet.

Trygdekontorene opplevde heller ikke at deres største problem lå på oppfølgingssiden, men på køen av uføresøknader. Det kan synes paradoksalt at trygdekontorene på forhånd varmt hadde sluttet seg til tanken om en slik avklaringsklinikk. Men ekstern evaluatorene peker på at disse ønskene var framsatt av trygdesjefer, ikke av de medarbeiderne som drev med oppfølgingsarbeidet (Brødholt 1996:30-31).

Diagnose og tiltak

Det viste seg å være stort samsvar mellom primærlegenes diagnoser og teamets diagnoser i poliklinikken. Teamet foreslo imidlertid oftere egentrening, kontakt med arbeidsplassen og psykologisk behandling.

I BTK-perioden har prosjektet i ca. 50 prosent av tilfellene en annen sykdomsforståelse enn det som framgår av sykmelding 2 og annen saksinformasjon. Hovedforskjellen var at andelen muskel- og skjelettdiagnoser sank fra 92 prosent til 63 prosent av de 635 tilfellene og andelen psykiatriske diagnoser øker fra 3 prosent til 21 prosent av tilfellene (Vikne 1997:29).

Rapporten fra BTK viste at tiltaksplaner ble iverksatt i 50 - 75 prosent av tilfellene, i 50 - 60 prosent av alle tilfeller uten noen problemer. Ekspertene og pasientene hadde noe ulike oppfatninger av hvor problemene ved iverksetting ligger. Leger og fysioterapeuter mente i hovedsak at problemet lå hos pasienten, mens pasientene mente at det lå hos arbeidsgiver, og trygden ga begge parter litt rett. Hva det innebar å iverksette planen, er litt vanskelig å tolke, ettersom vi ikke vet noe om hva en ”vanlig” tiltaksplan inneholder. Det kan godt være at de ulike parter uttaler seg om eller legger vekt på ulike deler av en handlingsplan.

Evalueringen av effekter ett år etter intervensjon fra den trygdemedisinske poliklinikken, viste ingen forskjell mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen mht. grad av plager, livskvalitet eller arbeidssituasjon (Brødholt 1996).

Forankring til arbeidsplassen?

Teamet i poliklinikken pekte i sin sluttrapport på at det svake punktet i arbeidet hadde vært at de ikke fullt ut hadde utnyttet muligheten til arbeidsplassundersøkelser og jobbtilrettelegging. Dette var et spor som ble utarbeidet etter hvert i prosjektet. Poliklinikkteamet peker på at denne virksomheten bør stå sentralt i en framtidig modell (Sluttrapport: 13-14). I fortsettelsen av prosjektet tok teamet kontakt med bedriftshelsetjenesten, når virksomheten var tilknyttet slik tjeneste (ca. 50 prosent av virksomhetene var det). Der det ikke var bedriftshelsetjenesten, tok fysioterapeuten i prosjektet kontakt med bedriftsledelsen og tilbød en arbeidsplassbefaring. I enkelte samtaler med sykmeldte kom det fram informasjon om uheldige forhold ved arbeidsmiljøet. Da ble Arbeidslivstjenesten underrettet om dette, og tok kontakt med bedriften på generelt grunnlag. Det skjer imidlertid ingen stor endring i annen fase av prosjektet sammenliknet med første fase mht arbeidsplassbesøk.

8.3 Erfaringer og problemstillinger

Vi vil nedenfor oppsummere fire problemstillinger knyttet til disse prosjektene/skissene. Ett av prosjektene rapporterer resultater. Hva er resultatene i disse prosjektene, og ligger det noen føring på hva som er et ”godt” resultat? Videre vil vi se på tiltakenes forankring til arbeidsplassen, på diagnose som grunnlag for rehabilitering og på den profesjonelle kontra brukerens roller i prosjektene.

Hva er et godt resultat?

Tanken bak Hjerterehabiliteringsprosjektet var å sette inn tiltak for å komme over barrierer som hindret hjertepasientene i å komme i jobb igjen etter endt behandling. Prosjektet antar at 50 - 60 prosent av dem som får angina eller infarkt kan ha en enkel form for rehabilitering, men at ca. 20 - 30 prosent av forekomstene vil ha nytte av mer organisert hjerterehabilitering. Målgruppen for prosjektet blir da denne gruppen på 20 - 30 prosent av alle personer med de aktuelle hjertesykdommene. Det er ut fra rapporten vanskelig å vite om det er denne gruppen som prosjektet har rekruttert. Videre oppgis det ikke hvor stor den ”beskjedne andelen” som vanligvis kommer i arbeid er, ut fra foreliggende undersøkelser. Derfor er det vanskelig å si noe om prosjektets måloppfyllelse.

Som vi så i avsnitt 8.2.1 viste evalueringsundersøkelsen at over halvparten av deltakerne er tilbake i ordinært arbeid etter ett år, og ytterligere 20 prosent er i arbeid kombinert med andre ytelser. Dette må anses som en betydelig del av gruppen. Men hvordan en vurderer dette resultatmessig, avhenger av om prosjektet har truffet målgruppen, de 20 - 30 prosent som trenger et slikt tilbud.

Arbeidsplassforankringen

Det heter i programnotatet at tiltakene i programmet skal være forankret i arbeidsplassen. Dette er ikke et krav som kan tillempes ethvert prosjekt, uavhengig av hva som prøves ut. Vi skal her se på disse prosjektene som er presentert i dette kapitlet.

Hjerterehabiliteringsprosjektet var i de første søknadene presentert som en behandlings-/ intervensjonsmodell, mens det var mer uklart hvordan forholdene skulle forankres på

arbeidsplassen, og hvordan tilbakeføring til arbeid var tenkt gjennomført for deltakerne. Relasjonene ut mot arbeidslivet var i hovedsak basert på de effekter rehabiliteringen av hjertepasienter ble *antatt* å ha på den enkeltes videre yrkesaktivitet. Her var Rikstrygdeverket veiledende i forhold til hvordan man konkret kunne jobbe for å tilfredsstille Rikstrygdeverkets krav (Johansen 2000:10). Men som vi har pekt på i prosjektgjennomgangen, fungerte ikke den planlagte tilnærmingen der rekruttering fra arbeidsplassene via bedriftshelsetjenesten skulle gi prosjektet konkrete arbeidsplasser å forholde seg til. Rekrutteringen ble så lagt om, og det fulgte mye arbeid med å rekruttere til prosjektet i den første fasen. Etter aktiv veiledning fra Rikstrygdeverket, ble planen omarbeidet slik at det skulle foretas en kartlegging av den enkelte arbeidstakers forhold på arbeidsplassen. I stedet ble prosjektdeltakerne i prosjektet innkalt til samtale om sin arbeidssituasjon.

Noe av den samme utviklingen finner vi i Buskerud trygdemedisinske kompetansesenter. Selv om prosjektet selv peker på at arbeidsplassorienteringen hadde vært for svak i første periode, blir det heller ikke senere foretatt mange arbeidsplassbesøk. Høgløkka-prosjektet eller Ringerike-Hallingdal-prosjektet har liten tilknytning til arbeidsplass, noe som er rimelig ut fra prosjektenes mål og problemstillinger.

Prioritering og kompetanse?

Det lå i planene for Buskerud trygdemedisinske kompetansesenter at prosjektet siktet mot å kunne tilby ekspertise for avklaring av saker med langtidssykmeldte, ved at senteret ble kompetansesenter innen fagområdet fysikalsk medisin. I følge prosjektsøknaden manglet trygdekontorene spesialister som kunne gjøre funksjonsundersøkelser.

I driften av prosjektet blir en oppmerksom på at arbeidstilnærmingen må styrkes og i BTKs rapport nevnes det at intensjonen med et trygdemedisinsk kompetansesenter bl.a. må være at man skal gi bred tverrfaglig utredning, ikke kun medisinsk avklaring (Vikne 1997:4). Men når BTK evaluerer seg selv, er det i relasjon til tilbudet i annen helsetjeneste (Vikne 1997:38). I iverksettingen av prosjektet finner vi en sterkt helseorientert bemanning, som etter hvert blir noe utvidet mot trening. Det virker imidlertid som en ikke tar arbeidsplassorienteringen alvorlig nok, og en bemanner ikke opp ut fra de kompetansekrav som en slik tilnærming vil kreve. Hovedaktiviteten var og forble medisinsk avklaring.

Hjerterehabiliteringsprosjektet var ikke i samme grad dominert av tradisjonelle helsefag, men vi så at da den arbeidsplassorienterte rekrutteringsstrategien viste seg umulig å gjennomføre, falt arbeidsplassorienteringen til dels ut. Arbeidsplass-orienteringen ble tatt opp igjen i samtaler med trygdekonulent i prosjektet. Vi vet for øvrig lite om hvor aktuelt det hadde vært å gjøre tilpasninger på arbeidsplassen for den gruppen som deltok i tiltaket.

Diagnose som grunnlag for handling?

Vi vil her reise et annet problem knyttet til den trygdemedisinske modellen: Er det slik at ny eller eventuelt bedret diagnostikk fører til bedre tiltak for pasienter med muskel- og skjelettdiagnoser? Ikke nødvendigvis. Ser vi på gruppen muskelsmertepasienter, er dette en svært heterogen gruppe, og pasienter med samme diagnose kan ha behov for svært varierende behandling eller tiltak for å komme tilbake i arbeid igjen. Det innebærer at selve diagnosen ofte er et dårlig instrument for valg av rehabiliteringsstrategi (Bruusgaard og Eriksen 1997:47).

Ett av de prosjektene i denne porteføljen som arbeidet med tilbakeføring av unge uføretrygdete til arbeid, prøvde å plukke ut deltakere ut fra diagnose (se avsnitt 11.3.1). Prosjektet erfarte at diagnose i seg selv ikke sier mye om rehabiliteringsmuligheten - mange

som ble forespurt var for dårlige. Dette er noe av den samme erfaringen som mange av prosjektene i porteføljen "Helse og rehabilitering" gjorde. De fikk ofte problemer med innsøkningen/rekrutteringen til prosjektene via trygdekontoret og utvalg på diagnoser.

Et annet problem knyttet til muskelsmertetilstander, er at vi ikke har kjente behandlingsformer. Programmet "Trygd og rehabilitering" prøvde ut mange tilnærminger, men konkluderer med at det er vanskelig å påvise sikker effekt av programmets tiltak. Rapporten konkluderer bl.a. med at denne pasientgruppen representerer et av de større folkehelseproblemene, der vi i minst grad kjenner årsakene og der behandling og rehabilitering har minst effekt (Bruusgaard og Eriksen 1997:63-64).

Fordi denne gruppen av pasienter er så differensiert, er det en stor oppgave å kunne hjelpe pasientene med det de ønsker hjelp til. Pasientene må finne ut hva som gjør dem verre eller bedre, og hva de kan make i hverdagen og i yrkeslivet. Til dette kan de trenge avklaringshjelp ut fra sin egen situasjon og sine egne premisser (ønsker og preferanser). Det nevnes også i Brødholts evaluering av den trygdemedisinske poliklinikken, at pasientene var opptatt av å finne ut hva som fungerte for dem, men legene var opptatt av at de skulle bli "friske". Behandlere og klientene hadde ikke alltid samme perspektiv.

Profesjonsstyring og brukervedvirkning

Vi ser at disse prosjektene rettet mot muskel- og skjelett og psykiatriske diagnoser bygger på en tradisjonell profesjonsmodell med utredning og behandling. I BTK skal hver av de faglige ekspertene undersøke/intervjue pasientene og deretter samordne seg før pasientene til slutt får komme med egne synspunkter på ekspertenes forståelse av deres situasjon og muligheter. Dette er en modell som ble utfordret av flere av prosjektene i "Helse og rehabiliteringsprogrammet". Den alternative tilnærmingen var å sette brukeren i sentrum ved å la vedkommende selv definere hva som var problemet, og hva som ut fra vedkommendes ståsted og preferanser var aktuelle løsninger.

Oppsummering

Vi kan oppsummere en del av det individrettede trygdekontorarbeidet som spesielt diagnose- og rehabiliteringsorientert. Teorien bak deler av tiltakene er at bedre og mer presise diagnoser for personer med muskel- og skjelettlidelser vil kunne gi grunnlag for bedre behandling. Selv om det foreligger klare intensjoner om arbeidsplassorientering, har dette i praksis kommet i bakgrunnen. Det er helseprofesjonene som har sittet i hovedrollen, og det kan synes som om den grunnleggende interessen har vært å bygge opp en medisinsk spesialitet knyttet til sykehuset. Trygdens rolle har i hovedsak vært å søke inn pasienter eller be om tjenester og å få tilbake epikrise med egen trygdemedisinsk vurdering og handlingsplan. Beskrevet som trygdekontormodell, blir trygdens rolle i disse prosjektene å forestå seleksjon og rekruttering.

Aktørene i noen av disse prosjektene var også delaktige i prosjekter under programmet "Helse og rehabilitering". De omtalte prosjektene er langt på vei videreføringer eller ny finansiering av tidligere oppstartede virksomheter, eller nye forsøk ut fra samme problemstilling.

9 Trening som forebygging og rehabilitering

9.1 Treningsprosjekter

Vi har valgt å trekke fram de enkleste og mest målbare prosjektene, der vi kan si mest om effekten. Det er prosjekter der *trening* utgjør hovedaktiviteten i tiltaket. Dette utelukker imidlertid ikke at de også kan ha andre sider av mer systemorientert karakter. Vi har mange slike treningsprosjekter, eller prosjekter der trening inngår. Vi har også prosjekter som ble treningsprosjekter, selv om de ikke var ment å bli det.

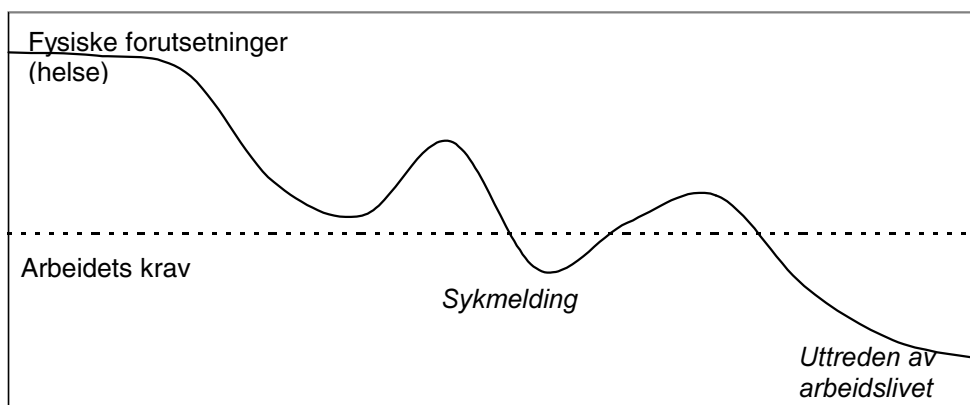
I noen av prosjektene var trening en del av en sammensatt intervensjon, der opplæring, veiledning og samtalegrupper inngår i pakken. Andre prosjekter hadde en mer ren treningskarakter, der bedring skal utløses som bedre fysisk form gjennom trening.

Vi er i for dårlig form til å tåle hverdagens krav

De treningsorienterte prosjektene rettet seg mot belastningslidelser spesielt, men også mot livsstilssykdommer og et stillesittende liv. Antakelsene bak prosjektene var ikke alltid tydelige. I noen tilfeller ligger det under en antakelse om at arbeidstakere i stor grad er i (for) dårlig form til å gjennomføre lønnsarbeidet og alminnelige belastninger i hverdagslivet¹⁵. Fokus ligger på relasjonen mellom arbeidslivets krav og vår arbeidsevne.

Her er det minst to ulike muligheter. Vi kan tenke at arbeidslivets krav er konstante, men at vår helse og mestringsevne er avtagende (Modell A). Alternativt kan en tenke at vår helse og mestringsevne er relativt konstant, men at arbeidslivets krav er stigende (Modell B).

Modell A. Stabile arbeidskrav og synkende mestringsevne

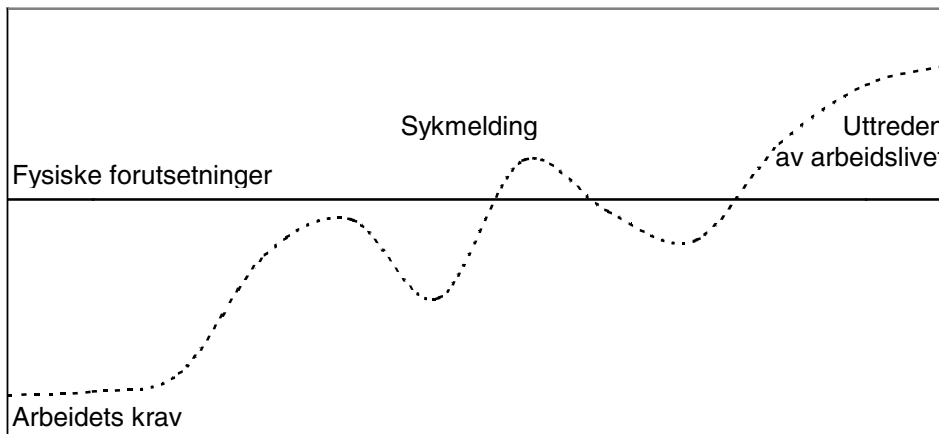


Modell A bygger på at arbeidets krav er relativt uendret. Det er vår helse og dermed vår mestringsevne som er i endring. Når helsen blir midlertidig dårligere, sykmeldes vi og får

¹⁵ Dette er en populær antakelse i litteratur og forsøk om rehabilitering. Det heter i sluttrapporten fra Buskerud trygdemedisinske Kompetansesenter at arbeidsforholdene ikke nødvendigvis er årsak til pasientenes plager. Dårlige fysiske forutsetninger kan være en sentral faktor i forhold til å klare de krav som ligger i yrkesutøvelsen. Kanskje er det slik at i en del tilfeller er dårlig fysisk kapasitet årsaken til at selv normale arbeidskrav utvikler belastningslidelser (Sluttrapport Buskerud trygdemedisinske Kompetansesenter:73).

normalt en rask rehabilitering. Faren oppstår når vår helse/mestringsevne varig er i ferd med å falle under arbeidets krav. Det ligger i denne modellen at det er helsen eller arbeidsevnen som må bedres, ev. heves tidlig i prosessen slik at en unngår utgåing av arbeidslivet gjennom uføretrygding.

Modell B. Stabil mestringsevne og stigende arbeidskrav



Modell B bygger på at vår helse og den mestring som følger av denne, er relativt konstant. Det er dermed arbeidets krav som er i endring. Når arbeidets krav overstiger våre evner, sykmeldes vi og rehabilitering/reskolering settes inn. Faren for frakobling fra arbeidslivet oppstår først når arbeidets krav relativt konstant synes å ligge over vår yteevne/mestring. Det ligger i denne modellen at enten må vår arbeidsevne/mestring heves eller så må arbeidets krav senkes. Tiltak må settes inn før prosessen har kommet for langt, som i modell A. Modellen peker imidlertid på en bredere mestringsproblemstilling og på utviklingen av belastninger i arbeidslivet. Økte belastninger i arbeidet (belastninger av ulike slag) peker både mot arbeidsmiljøet og ledelsesproblemstillinger.

Med hensyn til belastning ligger fokus ensidig på *fysiske belastninger* i deler av prosjektene. Noen prosjekter har et bredere syn på hva som er belastende og trekker også inn psykososiale faktorer. Psykososiale belastninger ses særlig som uoverensstemmelse mellom de krav som hverdagen stiller og mulighetene for å tilfredsstille disse kravene.

Dette innebærer at arbeidstakerne opplever mangel på kontroll og mestringsmuligheter. Trening skal ikke bare gi muskelstyrke og kondisjon, men også føre til bedre trivsel og mestring, og dermed reduksjon av såvel fysiske som psykososiale belastninger. Treningseffekter kan derfor måles både som økt trivsel og velvære (første nivå), som økt mestring (annet nivå) og som reduksjon av sykefraværet (tredje nivå).

Vi vil nedenfor se på hva slags trening prosjektene har vært opptatt av, hva som motiverer folk til å trene og i hvilken grad en får effekt av å trene. Ikke alle prosjekter hadde lagt opp til å måle effekter, fordi det ikke var relevant ut fra prosjektmålene. Det kan henge sammen med at trening var en liten del av prosjektet eller at treningen hadde et bredere forebyggende mål, og at treningsgruppene var åpne så folk kom og gikk. De prosjektene som målte effekter var heller ikke opptatt av det samme. Noen målte rene treningseffekter (kondisjon og styrke), noen målte selvrapporert helse og trivsel og andre målte mestring, enten via psykologiske tester eller ved egenrapportering. Fordi både variablene og målemetodene var forskjellige kan vi ikke foreta en direkte sammenlikning mellom prosjektene.

Matrise 3. Prosjekter der trening inngår

Prosjekt Bransje Kjønn	Behandling (for sykmeldte)	Forebygging for utsatte grupper		Almenforebygging	Trening
		arbeidstid	egen tid	egen tid	
Sykefraværprosjektet SOT Trafikkselskap Menn				x	Treningsstudio - Apparater 80 økter over 1 år
Førebygging og oppfølging av arbeidsrelaterte belastningslidinger ved Kværner – Leirvik Skipsbyggingsindustri Hovedsaklig menn	x	x		x	Bedriftens treningsstudio Apparater 2-3 ganger pr. uke 30-40 min. pr. gang
Belastningslidelser og muskulær mestring (BMM) Næringsmiddelindustri Hovedsaklig kvinner				x	Treningsstudio Apparater Minst to 1 timers økter pr. uke i et halvt år
Gilde Agro Næringsmiddelindustri Hovedsaklig kvinner	x	x ¹⁶			Treningsstudio - øvelser til musikk 1,25 t. pr. gang. 20 treninger over 10-12 uker + turgåing
Aktiv Helse Ikke arbeidsplassrelatert	x				Fysioterapiinstitutt Hver dag over 5 uker, individuelt og i gruppe. Egentreningsprogram til hjemmebruk
Dyno – ryggskole Industri Hovedsak menn			x		Treningsprogram for hjemmetrening
Hjerterehabiliteringsprosjektet Ikke arbeidsplassrelatert Hovedsakelig menn	x				Rehabiliteringsinstitusjon 4 uker. Trening til musikk 3 g. pr. uke 45-60 min. Intervalltrening Ergometersykel 2 g. pr. uke, styrketrening med apparater 2 g. pr. uke. Vanngym og turgåing
Muskelsmerteprosjektet i Sogn og Fjordane Ulike bransjer Både kvinner og menn	x				50 treningstimer i treningshall med fysioterapeut, fordelt over 10 uker
FAPRO Ikke arbeidsplassorientert Hovedsakelig kvinner		x			Ryggruppe 2 ganger pr. uke i 6 mnd. Muskelsmertegruppe 1 gang pr. uke i 12 mnd.
Frisklivsprosjektet i Modum Ikke arbeidsplassorientert Kvinner og menn	x	x	x	x	Differensierte tiltak, mye uteaktiviteter

¹⁶ Personer med begynnende høyt sykefravær, som ble tatt ut i prosjektet, fikk aktive sykepenger. De ble altså sykmeldt til prosjektdeltakelse. Slik sett var treningen i arbeidstiden, men ikke betalt av arbeidsgiver. To personer fikk ikke aktiv sykmelding, og disse fikk lønnet permisjon av bedriften.

9.2 Trening og resultater. Prosjektene

Prosjekt 1. Stavanger og omegn trafikkselskap (SOT)

Prosjektet er presentert i avsnitt 5.3.3. I dette prosjektet skulle de ansatte trene på egen tid på et treningssenter, og treningsavgiften ble betalt av arbeidsgiver. Treningsbakgrunn og helsetilstand for den gruppen som trente, var varierende. Frafallet i prosjektet var stort, og bare fem av 57 gjennomførte opplegget med 80 treningsøkter over ett år.

Frafallet skjedde fordi de ansatte ikke følte treningen lystbetont, og fordi det var vanskelig å oppleve en umiddelbar effekt kroppslig. Rapporten mener også at et tidsavgrenset, subsidiert tilbud ikke ga motivasjon nok, samt at den treningsformen som ble valgt, ikke tilfredstilte de ansattes sosiale behov (individuell trening på ulike tidspunkter tilfører lite sosialt til bussjåfører som også er isolert fra hverandre i arbeidstiden). Tilbudet ble videre gitt med kort tidsfrist, og det var ikke gjort et godt motivasjonsarbeid på forhånd. Det ble også hevdet at oppfølgingen i treningssalen ikke var god nok.

Prosjekt 2. Kværner Leirvik

Dette prosjektet er presentert i avsnitt 5.3.2. Alle ansatte fikk et treningstilbud. En utsatt gruppe fikk tilbud om å trene i arbeidstiden, de andre på egen tid. Også familiemedlemmer kunne delta, og tilbudet var gratis.

Trening

Treningen foregikk med apparater, i et eget innredet rom i bedriften. Treningsøktene varte i 30 - 60 minutter, som regel to eller tre ganger i uka. De som fikk trene i arbeidstiden var personer som hadde belastningsplager eller lidelser i bevegelsesapparatet.

Muskelkvalitet og trivsel

Den gruppen som fikk tilbud om å trene i arbeidstiden ble testet mht. til muskelkvalitet. Prosjektet fant at de som hadde trent regelmessig, hadde en klar bedring i muskelkvalitet. 80 prosent av de som trente regelmessig mente at treningen virket gunstig inn på trivsel og jobbmestring, at den hadde redusert sykefraværet deres. De som ikke hadde trent regelmessig, hadde som gruppe hatt noe bedring i muskelkvalitet. Hoveddelen av denne gruppen mente også at treningen virket positivt inn på jobbmestring og trivsel, men bare seks av 14 mente at treningen reduserte sykefraværet. De som ikke hadde trent hadde liten eller ingen bedring i muskelkvalitet.

Sykefraværet

For å beregne utviklingen i sykefraværet i prosjektperioden, hadde prosjektet beregnet utviklingen i den delen av arbeidsstokken som var i bedriften i hele perioden, 119 personer. Sykefraværsutviklingen var dermed ikke en sammenlikning av to tidssnitt, men utviklingen i den samme gruppen av personer, et panel. Panelet ble imidlertid konstruert ved at en i ettertid baserte seg på de personene som var ansatt både på før- og ettertidspunktet. Det innebar at alle som har begynt eller sluttet i perioden ikke var med. Det betydde også at de som var ansatt ved prosjektets oppstart og senere har gått over på atfering eller blitt uførepensjonert i perioden, ikke var medregnet. Avgrensningen av dette utvalget som fraværsutviklingen er beregnet ut fra, har betydning for hvordan vi kan vurdere dataene.

Samlet hadde sykefraværet i virksomheten, målt i fraværsdager, steget fra 8 prosent i 1995 til 11 prosent i 1997, dvs. 3 prosentpoeng. Fraværet i arbeidsgiverperioden var gått ned for alle grupper.

Rapporten analyserte fraværsmønsteret og viste at det var de lengre fraværstilfellene som hadde økt i antall, fraværstillfeller over 12 uker (Johnsen 1998:26). Ser vi på utviklingen i volumet av sykefraværsdager ut over arbeidsgiverperioden, hadde det i perioden økt fra 350 dager i 1995 til 1805 dager i 1997 (se tabell 4). Dette var imidlertid ikke helt sammenliknbare tall og ikke nødvendigvis en reell økning. Poenget er at enkeltpersoner med et stort langtidsfravær tidlig i måleperioden, personer som ved prosjektavslutningen var gått over på uførepensjon eller attføring, var tatt ut av materialet. Det er derfor rimelig at langtidsfraværet er stigende, dersom nye personer med slitasje er på vei fra gruppen friske til gruppen langtidssyke. Vi kjenner ikke størrelsen til den gruppen som er som tatt ut av materialet.

Trening og diagnoserelatert sykefraværsutvikling

Teorien bak prosjektet var at trening vil påvirke muskelkvalitet og gjennom dette både trivsel, mestring og sykefravær *for dem som hadde plager eller lidelser i muskel eller skjelett*. Det er derfor spesielt relevant å se på utviklingen av det sykefraværet som en kan tilskrive diagnoser knyttet til belastningslidelser. Av de 45 personene som fikk tilbud om å trene i arbeidstiden, trente 17 regelmessig (2 - 3 ganger pr. uke over en periode på tre måneder eller mer), 14 trente sporadisk og 14 trente ikke. Også personer uten plager trente, men på egen tid. Av disse vet vi ikke hvor mange som trente og hvor mye de eventuelt trente. Antallet sykefraværsdager har for den gruppen som trente regelmessig gått ned, fra 537 dager i 1995 til 422 dager i 1997, dvs. 21 prosent færre dager i 1997. For alle andre grupper har sykefraværet steget.

Prosjektet hadde gjennom Fylkestrygdekontoret tatt ut statistikk over fravær knyttet til ulike diagnoser. Dette var fravær ut over egenmeldingsperioden. Vi har pekt på at antallet sykefraværsdager ut over arbeidsgiverperioden steg i perioden fra 350 til 1805. Tilsvarende steg antallet fraværsdager for personer med diagnoser knyttet til muskel- og skjelettsykdommer fra 236 til 1133 dager. Vi må her, som for totalfraværet, anta at tallene på før og ettertidspunktet ikke er sammenliknbare fordi en del personer med muskel- og skjelett-diagnoser som hadde mange fraværsdager i 1995/96 ble tatt ut av materialet og ikke inngår i statistikken.

Skal vi se på utviklingen for bestemte diagnoser, er det derfor mer relevant å se på deres relative andel av fraværet. Ser vi på muskel- og skjelett--diagnosenes andel av samtlige fraværsdager ut over arbeidsgiverperioden, er den tilnærmet konstant (67 prosent i 1995 og 63 prosent i 1997).

Det ble videre gjort et utvalg av diagnoser som en kan regne med er belastningsrelaterte. Fravær som skyldes slike diagnoser økte absolutt, men utgjør en minkende andel av totalt fravær: 182 fraværsdager utgjør 52 prosent av fraværet i 1995, mens 527 fraværsdager utgjør 29 prosent av fraværet i 1997. *Ser vi på fravær som skyldes belastningsrelaterte lidelser i de ulike treningsgruppene, finner vi at fraværet hadde gått ned i den gruppen som hadde plager og som har trent regelmessig*. Fraværet gikk ned fra 122 dager i 1995 til åtte dager i 1997. For gruppene med helseplager som trente sporadisk eller ikke noe, finner vi ikke noen tilsvarende utvikling. *Den gruppen som hadde helseplager og ikke trente, hadde en voldsom økning i antallet fraværsdager som kan tilskrives belastningslidelser*. Vi ser av materialet at én person står for halve fraværet, men selv om vi tar ut denne ene personen, er fraværsøkningen i gruppen stor.

Imidlertid diskuterer vi her utviklingen i svært små grupper, på 14 - 17 individer. Var det slik at de som trente regelmessig, respektive trente litt eller ikke noe, i utgangspunktet var like mht. plager og fravær? Vi vet at de som trente regelmessig hadde et høyere fravær som kan tilskrives belastningslidelser enn de øvrige, 122 fraværsdager i året, mot åtte og seks dager for de to andre gruppene. Mot slutten av perioden var bildet snudd. Vi må se dette som en indikasjon på at trening har redusert fravær som kan knyttes til belastningslidelser for utsatte grupper¹⁷.

Det skjedde en sterk økning i sykefraværet i arbeidsstokken sett under ett. Økningen var sterkere generelt enn for belastningsrelaterte lidelser. Sykefraværet for gruppen steg fra 2327 dager i 1995 til 3021 dager i 1997 (Johnsen 1998:26, se tabell 2).

Hvorfor trente ikke alle i målgruppen?

I starten var det problemer forbundet med å få folk til å trene i arbeidstiden. De som skulle trene opplevde misunnelse fra kolleger, og noen arbeidsledere mente at dette tiltaket var uheldig for produksjonen. Det kunne også oppleves som problematisk når to samarbeidet om en arbeidsoperasjon og den ene skulle gå og trene. Det syntes som formennene ikke alltid hadde planlagt eller tilrettelagt for trening. Det ble foreslått at treningen skulle skje på betalt tid, men utenfor normalarbeidsdagen, for at produksjonen ikke skulle bli berørt.

Problemet med å få i gang et tiltak ligger både i å informere, lære opp og motivere de ansatte, men også i å få arbeidslederne til å tilrettelegge arbeidet slik at en person kan gå fra en time. Vi har her å gjøre med et skipsverft, der de ansatte ofte jobber flere sammen om en arbeidsoperasjon og der det jobbes under tidspress. Arbeidsleder må da både være villig til å la en person forlate arbeidsstedet, og evne å tilrettelegge arbeidet slik at dette er mulig. Det viste seg at det kunne skorte på både evnen og viljen.

Men det synes også å være en tidsfaktor inne i prosjektet - det var vanskelig å komme i gang. Mot slutten av prosjektet syntes den almene motivasjonen for å trene å være stigende, og også familier benyttet seg av treningsrommet. Hyppigheten i bruken av treningsrommet var foreløpig ikke opptalt. Prosjektet hadde en forsøksperiode på 1,5 år, og dette synes å ha vært for kort tid til at vi kan registrere alle prosjektets resultater.

Prosjekt 3. Belastningslidelser og muskulær mestring (BMM)

Treningstilbudet i dette prosjektet gikk til alle, 64 personer. Tilbudet var frivillig og innebar trening på helsestudio. Treningen foregikk i fritiden, men var gratis de første seks månedene. Senere bekostet bedriften treningen for de som ville fortsette. De ansatte betalte et symbolsk månedlig beløp. Hvor mange som gjennomførte det planlagte programmet, foreligger det ikke data for. 75 prosent oppga at de hadde gjennomført minst 80 prosent av de planlagte treningsøktene.

BMMs resultater viser samme utvikling i sykefraværet for dem som var med på treningen som for dem som ikke trente, dersom en sammenlikner fraværsdager pr. kvartal i pakkeriet

¹⁷ Imidlertid vet vi ikke hvordan fraværet på før- og ettertidspunktene fordeler seg mellom de aktuelle personene. Hvis svært store deler av fraværet på et tidspunkt gjelder én eller noen få personer, kan den tilsynelatende forandringen være et resultat bare av disse personenes individuelle endringer. I så fall har vi ikke observert noen effekt for gruppene for øvrig.

(s. 20). Men ville disse gruppene hatt den samme fraværsutviklingen, dersom tiltak ikke var satt i verk? Ved hjelp av trygdens fraværsstatistikk var det mulig å skille mellom sykefraværsdager som var forårsaket av muskel- og skjelettlidelser, og sykefraværsdager som hadde andre årsaker. Ser vi på utviklingen av sykepengedager i gruppen muskel- og skjelettplager, fant prosjektet at kvartalsvis antall sykepengedager i denne gruppen faller, og et markant fall som startet ca. fire måneder etter at treningen var påbegynt. Kvartalsvis antall sykepengedager falt for muskel- og skjelettgruppen ned til samme nivå som fravær forårsaket av andre diagnoser. Dette må innebære at tiltakene har truffet sin målgruppe, og har redusert fraværet i denne gruppen.

Ut fra de kvalitative dataene fant prosjektet personer uten fravær som rapporterte om store problemer ("ukjente" syke). Disse hadde hatt god effekt av treningen og var blitt bortimot smertefrie. Også personer med lange sykekarriærer og smertekarriærer hadde hatt effekt av treningen. Andre var derimot blitt verre av treningen. *Vi må likevel oppsummere prosjektet med at trening synes å gi effekt på smerter og livskvalitet, og også på sykefraværet.*

Prosjektet maktet å få en stor gruppe til å trene i egen fritid. Prosjektet selv understreker at suksessen skyldes at treningstilbudet ble oppfattet som meningsfullt av de ansatte:

"I bedriftssammenheng betyr dette at de ansatte må oppleve at ledelsen tar dem alvorlig, både når det gjelder viljen til å gjøre en god arbeidsinnsats og angående sine eventuelle helseplager." (s. 28)

Det understrekes også i prosjektets sluttrapport at treningsopplegget må oppfattes som profesjonelt, og utvelgelsen av dem som får trene, som rettferdig.

Prosjekt 4. Gilde Agro

Her gikk treningstilbudet til personer med begynnende høyt sykefravær og personer med mer omfattende plager, eventuelt kroniske lidelser. Treningen var øvelser til musikk.

Bedriftshelsetjenesten sto for utvelgelsen og deltakelsen var frivillig i første gruppe. I annen gruppe var det lagt mer vekt på kronikerne, og her ble en del av deltakerne satt under et visst press for å delta. Også avdelingsledere var trukket med i utvelgelsen. Treningen og andre aktiviteter knyttet til prosjektet foregikk i hovedsak i arbeidstiden, og deltakerne var frikjøpt til prosjektet. Det var ingen egenbetaling. Når en først var med i prosjektet, var aktivitetene å betrakte som arbeid i henhold til bedriftens fraværsreglement. Første gruppe besto av 10 personer, annen gruppe besto av åtte personer. Alle gjennomførte opplegget, men med noen "disiplinære problemer".

I Gilde Agro oppgir åtte av 10 i første gruppe at treningen hadde en generell virkning på fysisk og psykisk velvære. Fire av åtte i den andre gruppen (kronikerne) hadde samme erfaring.

Effekten av prosjektet på sykefraværet ble beregnet ved å kombinere trygdekontorets og lønningskontorets fraværsstatistikk (inkludert egenmeldingsdager), og sammenlikne fraværet i året før prosjektet startet med fraværet ett år etter at prosjektet ble avsluttet. Sammenlikningen ble gjort både for personene på tiltak og for bedriften som helhet. Ikke yrkesbetingede sykdommer, samt velferdspermisjon og barns sykdom ble holdt utenfor. Reduksjonen i fraværet var ulik for de to gruppene. For gruppe 1, ansatte med helseplager som førte til begynnende høyt fravær, fikk en reduksjon i det sykefraværet som skyldtes belastningslidelser eller kunne være arbeidsrelatert, på ca. 14 prosent. For gruppe 2, kronikerne, fant prosjektet ingen effekt. Gruppen syntes dermed ikke å ha hatt det samme utbyttet av prosjekttiltakene.

Det er vanskelig i å si om det er ulikheten i helse som gir forskjell i effekt og treningserfaring, eller om det forholdet at gruppe 2 ble satt under press også har virket inn på resultatet.

Prosjektet 5. Aktiv Helse

Her gikk tilbudet om deltakelse til ansatte i Kristiansand kommune, sykmeldte med muskel- og skjelett- og psykiatriske diagnoser. Utplukk skjedde på trygdekontoret. Deltakelsen bygde på frivillighet. De som ble plukket ut til deltakelse av trygdekontoret ble først innkalt til en samtale. I første inntaksperiode opplevde prosjektet at av 80 personer som fylte inklusjonskriteriene, var det en stor gruppe som ble raskt fristmeldt, og tre som ikke ønsket å ta i mot tilbudet. Etter fire måneders utvelgelsesprosess var det bare seks personer som ble med i prosjektet - gruppe 1 (Kogstad 1996:3)¹⁸.

Treningsdelen var integrert i en pakke, som besto av motivering og testing, undervisning i helse og livsstil, opplæring i stressmestring, gruppeaktiviteter og samtalegruppe, arbeidsplasskartlegging og bedriftsrettede tiltak. Kursdelen var på fem uker, deretter var det oppfølging to ganger i uken i tre måneder. Videre skjedde det oppfølging etter seks måneder og etter 12 måneder. Før og etter denne fasen ble deltakerne testet mht. kardiovaskulær utholdenhet, muskulær styrke, psykologiske tester og spørreskjema knyttet til mestring. Testene viser signifikante forskjeller mht. kondisjon og muskelstyrke, men ikke signifikant endring i mestringsstrategier (Kogstad 1996:4).

Prosjekt 6. Dyno ryggskolen

Dette prosjektet ble i hovedsak gjennomført i arbeidstiden. Det rettet seg mot ansatte med rygglidelser, og 27 personer deltok. Programmet var gruppebasert. Det var ikke noe typisk treningsprosjekt, men la vekt på mestring knyttet til oppgaver i arbeidssituasjoner. Prosjektet var iverksatt i bedrift av bedriftshelsetjenesten.

Det ble holdt tre samlinger på til sammen fem timer. I denne perioden gikk tre timer til teori, og to timer til øving i løfte- og arbeidsteknikk. Deltakerne ble orientert om tekniske hjelpemidler, og fikk med et treningsprogram for egentrening hjemme. Etter tre måneder ble deltakerne fulgt opp av bedriftssykepleier både mht. trening og arbeidsforhold. 3 - 4 måneder senere ble de testet mht. ryggfunksjon og kondisjon.

Evalueringen fant at 25 av 27 på ulike måter hadde lagt om livsstilen, men bare et fåtall hadde startet systematisk trening. Det ble funnet en økning i kondisjon hos 15 personer og bedret ryggstatus hos 14.

Prosjekt 7. Hjerterehabiliteringsprosjektet – trening i institusjon

Prosjekt er presentert i avsnitt 8.3.1. Intervensjonen var her sammensatt, og foregikk ved institusjon over fire uker. Treningen var variert. Den besto av trening til musikk 45 - 60 minutter ca. tre ganger pr. uke, intervalltrening på ergometersykel to ganger pr. uke, styrketrening med apparater to ganger pr. uke, vanngymnastikk 30 - 45 minutter og turgåing 4- 7 km. I tillegg til treningen var det teoriundervisning, bl.a. treningslære og avspenning. Timeplanen for intervensjonen er lagt ved sluttrapporten (se Johansen 1998:30-31). Prosjektet har evaluert seg selv ut fra bl.a. selvrapportert helse hos deltakerne. Før kursstart oppga 39 prosent at helsen var meget god eller god. Etter kursavslutning var andelen 65 prosent. Ett år etter opplever 78 prosent at helsen var meget god eller god. Dette må ses som resultat av den

¹⁸ Hvor de fire øvrige i gruppe 1 ble rekruttert, er det ikke gjort rede for.

samlede intervensjonen. Ett år etter tiltaket var det bare 13 prosent av deltakerne som ikke trente på en eller annen måte. Av de som trente, trente 40 prosent på egenhånd og like mange på LHL-trim (eget tilbud for gruppen i regi av Landsforeningen for hjerte og lungesyke).

Dette viser på at den brede livsstilsintervensjonen med trening har fått en stor del av deltakerne til å fortsette treningen.

Prosjekt 8. Muskelsmerteprojektet

Dette prosjektet er presentert i avsnitt 7.2.3. Treningen for muskelsmertepasienter var del av en mer sammensatt intervensjon, som i hjerterehabiliteringsprosjektet. I løpet av intervensjonsperioden på 10 uker, hadde deltakerne trening med avspenning i ca. 50 timer. I tillegg kom 4 - 5 fotturer og treninger i basseng. Hovedformen var trening til musikk ca. én time av gangen, med instruksjon og uttøying. Treningsprogrammet for øvrig inneholdt styrke- og kondisjonstrening og uttøying. Kondisjonstreningen økte i intensitet i løpet av kurset.

Prosjektet ble evaluert både gjennom brukerevaluering og gjennom ulike målinger og egenevaluering. De aller fleste mente at treningsdelen fungerte godt eller svært godt, og opplevde at trening ga resultater. 61 av 66 opplevde etter 10 uker at de var i bedre form. Kondisjonsendring ble mål før og etter og kondisjonsendringene var ikke statistisk signifikant.

Ved evaluering seks måneder etter tiltaket ble deltakerne spurt om sine mosjonsvaner, og 25 av 30¹⁹ forteller at de nå mosjonerer mer regelmessig. 17 trente alene og 11 deltok i organisert trening. 23 av 30 opplevde at de seks måneder etter tiltaket var i bedre form enn før de startet. De viktigste forbedringsområdene var kondisjon og avspenning.

Selv om det ikke foreligger statistisk sikre utslag mht. kondisjon, finner prosjektet at den store gruppen av deltakere var i bedre form, både etter tiltak og seks måneder etter, og det ser ut til at en stor del av deltakerne var kommet i gang med regelmessig trening.

Prosjekt 9. FAPRO

Treningen var en liten del av FAPRO-prosjektet, og opprinnelig rettet mot personer som var sykmeldt. Prosjektet rekrutterte sykmeldte til treningsgrupper som var i gang i bydelen. 48 personer ble i løpet av 1996 og 1997 rekruttert til treningsgruppene, og ytterligere 10 personer ble rekruttert til trening i "Friskis og Svettis" (Idrettslag i Bedriftsidrettsforbundet) med treningsavgiften betalt av prosjektet. Vi vet ikke hvor mange som gjennomførte treningsopplegget, og det ble her ikke forsøkt målt effekter. Opplegget fikk imidlertid en positiv brukerevaluering.

Prosjekt 10. Frisklivsprosjektet i Modum

Dette prosjektet atskiller seg fra de øvrige. Hovedsaken ved prosjektet var å få folk til å trene. Treningen i dette prosjektet var rettet til sykmeldte som aktive tiltak, men også til ansatte i virksomhetene og til alle voksne. Prosjektet utarbeidet en modell for trening som var gruppebasert og foregikk utendørs, uten krav til utstyr og med lav eller ingen egenandel. Treningen hadde innslag av lek. Det ble gjort mye for å lage tilbud til dem som trenger det mest og det kom stadig til nye tiltak, som trening for kvinner som skal løpe Grete Waitz-løpet, trim for eldre menn osv.

¹⁹ Det forelå ikke data for alle deltakerne på det tidspunktet dette rapportmanuset ble skrevet.

Dette var en modell for aktivitet som fungerte godt for alle grupper. Den utgjorde et alternativ til tradisjonell trim i idrettsforeningene og til de kommersielle tilbudene. Virksomheten ble brukerevaluert gjennom skjema før og etter deltakelse, og med kvalitative intervjuer med individer og i grupper.

Det var lagt spesielt vekt på å nå de sykmeldte. Prosjektet laget en "Frisklivsresept" som legen skrev ut. Denne ga rett til åtte ukers gratis trening. Deretter betalte de sykmeldte en mindre avgift. Alle de sykmeldte som ble henvist til Frisklivssentralen skulle bli testet før og etter åtte-ukers-perioden. Mange kom imidlertid ikke til etter-test, fordi de var blitt friskmeldt i mellomtiden. For dem som ble testet, viste de seg tilstrekkelig med moderat trim to ganger pr. uke for å få bedret kondisjon.

Frisklivstilbudet var også ment som et virkemiddel som trygdekontoret kunne bruke og vise til i sin veiledning av sykmeldte. Prosjektets erfaring var at trygdeetaten ikke evnet å nyttiggjøre seg tilbudet. Videre var det bare 3 - 5 leger og fysioterapeuter som aktivt henviste personer til trim (Stenbro 1999:18). Prosjektet klarte å utvikle mange typer av tilbud, men etterspørselen etter slike tilbud fra leger og trygden, manglet. Det var også problemer med å finne et finansielt grunnlag for videre drift av virksomheten.

9.3 Erfaringer fra prosjektene mht. trening

1. Det første nivået er å få folk til å trene
2. Det andre nivået kan også være å kunne påvise økt trivsel eller mestring i jobben
3. Det tredje nivået kan være målbar effekt på sykefraværet

9.3.1 Hvordan få folk til å trene – og fortsette?

Trening som forebygging

Ser vi på bedriftsprosjektene, var treningen i hovedsak betalt av arbeidsgiver.

Betalingsvillighet må vi derfor holde utenfor denne delen av erfaringsoppsummeringen.

Den sikreste måten å få folk til å trene på, var å la dem trene i arbeidstiden. Men selv med et slikt tilbud, ønsket ikke alle på Kværner Leirvik å benytte seg av tilbudet. Selv med frikjøp i arbeidstiden, får en ikke tak i alle i risikozonen. På Kværner Leirvik hadde en problemer med å få linjeledere til å tilrettelegge arbeidet slik at arbeidstakeren kunne gå fra jobben. Det kunne derfor være upopulært også hos arbeidskamerater å gå til trening i arbeidstiden. *Det skal altså mer til i en arbeidsorganisasjon enn å gi folk fri for å få risikogrupper til å trene.*

BMM-prosjektet har lyktes i å få folk til å trene på egen tid, men ikke SOT. Her finner vi viktige forskjeller som handler om relasjonen mellom den ansatte og bedriften.

Treningstilbudet for bussjåførene ble iverksatt før andre forhold ved bedriften var brakt i orden. Det organisatoriske klimaet i bedriften synes ikke å ha vært gunstig og motiverende for å få folk til å trene på egen tid. De ansatte hadde heller ikke blitt spesielt motivert, og det ble stilt spørsmål ved om individuell trening i helsestudio var den riktige treningsformen for en yrkesgruppe som er mye alene i arbeidssituasjonen også. Prosjektet BMM understreker at suksessen deres skyldes at treningstilbudet ble oppfattet som meningsfullt av de ansatte, ved at de ansatte opplevde at ledelsen tok dem alvorlig, både når det gjaldt viljen til å gjøre en god

arbeidsinnsats og angående deres helseplager. Vi fant også at treningen ved Kværner Leirvik tok seg opp etter hvert for den gruppen som ikke fikk trene i arbeidstiden.

Å få de ansatte til å trene som forebygging, synes ut fra prosjekterfaringene å handler om hvordan de ansatte må motiveres og oppfatte bedriften som troverdig i sin personalomsorg.

Hvordan få sykmeldte til å trene?

Vi har to prosjekter der trening ble prøvd som rehabilitering overfor sykmeldte. Problemet i disse forsøkene var å rekruttere dem som skal/bør trene. I Aktiv Helse i Kristiansand opplevde trygdekontoret at det til slutt bare var én igjen av de 36 som ble innkalt til samtale for å bli plukket ut til deltakelse. 25 var blitt friskmeldt i perioden. Dette er problemstillinger vi også kjenner fra forsøksprogrammet "Trygd og rehabilitering" (Bruusgaard og Eriksen 1997). Problemet var ikke å motivere til trening, men i det hele tatt å få tak i deltakere. Dette er de samme erfaringene som andre prosjekter med utplukk fra trygdekontoret har hatt. I denne forsøksporteføljen har vi tre prosjekter som skal motivere/åpne opp for at unge uføre kan vende tilbake til arbeidslivet. Disse prosjektene har opplevd det samme, at mangelen på rekruttering for det tiltaket de har lagt opp blir et hovedproblem. Ut fra gjennomføring av Aktiv helse mht. evaluering, var utplukksproblemene i denne sammenheng den viktigste erfaringen.

De som skulle rekruttere inn til Frisklivssentralen var leger og fysioterapeuter, og vi så at heller ikke dette var noen suksess. Det kan innebære at leger ikke ser på trening som en egnet rehabiliteringsform (for egne pasienter) og antagelig at fysioterapeuter holder fast på de tradisjonelle behandlingsformene.

9.3.2 Effekter – på trivsel, mestring og sykefraværet

Vi skisserte innledningsvis at det første målet må være å få folk til å trene. Deretter kan vi se etter økt trivsel eller mestring i jobben, og eventuelle målbare effekter på sykefraværet. Hvilke effekter av trening ble vist i de prosjektene vi har gjennomgått?

Noen prosjekter var opptatt av å måle treningseffekter, som styrke eller muskelkvalitet og kondisjon. Vi skulle tro at det var unødig å vise at trening gir effekter på fysiske variabler, forutsatt at en bruker anerkjente treningsmetoder. I ett tilfelle gikk det ikke slik, Muskelsmerteprojektet fikk ikke statistiske effekter mht. kondisjonsøkning. Dette kan handle om gjennomføringen av treningen overfor en gitt pasientgruppe. For eksempel kan muskelsmertepasienter ha problemer med en rekke øvelser, og derfor ikke få det samme treningsutbyttet som andre. Men det betyr ikke at disse deltakerne ikke har hatt utbytte av treningen.

Bedret helse

Vi skal se på hva brukerne rapporterte i de prosjekter som hadde brukerevaluering. I Kværner Leirvik fant prosjektet at både de som trente regelmessig og de som trente mindre regelmessig, oppga at treningen virker positivt inn på trivsel og jobbmestring. I BMM fant prosjektet at de "ukjente" syke (muskelsmertepasienter uten fravær) var blitt bort i mot smertefrie, i Gilde Agro oppga 78 prosent ett år etter at helsen var god, mot 39 prosent før kursstart. Den samme tendensen finner vi i Hjerterehabiliteringsprosjektet. I Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane oppgir 61 av 66 at de var i bedre form etter intervensjonen enn før. *Brukerne opplevde at helsen var bedret som følge av trening.*

Mestring

I Kværner Leirvik opplever brukerne også økt jobbmestring. Prosjektet Aktiv helse finner signifikante effekter av trening på kondisjon og styrke, men finner ikke signifikante endringer i mestringsstrategier. På grunn av metodiske ulikheter kan vi ikke sammenlikne endringer i mestringsstrategier mellom disse to prosjektene.

Sykefraværet

Vi fant at trening førte til bedret helse, evt også jobbmestring. Fører bedre helse og jobbmestring til lavere sykefravær? Vi fant både i Kværner Leirvik, BMM og Gilde Agro en reduksjon i sykefraværet for grupper som hadde trent regelmessig. *Reduksjonen i sykefraværet var ikke generell, men syntes å komme som en reduksjon i den delen av sykefraværet som skyldes belastningslidelser.*

Det har vært tatt for gitt av fysisk trening påvirker helsen og reduserer sykefraværet, og alle de refererte prosjektene knytter seg til denne tradisjonen. Denne effekten, som vi her finner, bygger på studier av grupper der en foretar pre- og posttest for sentrale variabler. Det er gjort en oversiktsstudie for å prøve ut i hvilken grad trening som intervensjon gir *generelt redusert sykefravær* (Alvestad m.fl. 1988). Her har forskerne gjennomgått de siste 15 års forskning av treningens effekt på sykefraværet. Metodisk har de begrenset seg til forsøk med intervensjons- og kontrollgruppe, og finner til slutt bare fire forsøk som tilfredsstillende deres vilkår. Gjennomgangen av disse arbeidene konkluderer med at resultatene mht. treningens påvirkning av sykefraværet er motstridende og usikre, og at det på grunnlag av den oversikten de laget ikke gir grunnlag å konkludere med at fysisk trening gir redusert sykefravær (Alvestad m.fl. 1988:1719). I noen av de gjennomgåtte arbeidene ble alt fravær inkludert. Som vi har sett i våre undersøkelser, påvirker ikke trening sykefraværet generelt, men sykefraværsdager som er forårsaket av muskel- og skjelettlidelser.

Vi kan foreløpig konkludere med at vi kan få kortsiktige effekter av trening på det sykefraværet som skyldes belastningslidelser ved å få arbeidstakere til å trene, og for å få denne effekten synes det som de må trene i 3 - 4 måneder, med to økter i uken i løpet av det året sykefraværet måles. Vi kan konkludere med at det er mulig å få ansatte til å trene på egen tid, men at det er en sikrere strategi å la ansatte trene i arbeidstiden. En får da ingen konflikt mellom trening og de gjøremål som arbeidstakere har utenfor arbeidet, som f.eks. familieforpliktende gjøremål. Slike ordninger vil være mest aktuelle for personer som har risiko for å få lange fravær.

Fortsetter deltakerne å trene – en livsstilsendring?

Det er rimelig å tenke seg at effekten avtar når treningen opphører. Problemet ligger i om treningen vil fortsette og hvordan en skal få folk til å fortsette å trene for å vedlikeholde den effekten som trening gir. Vi finner at to av prosjektene har fått folk til å trene som en del av intervensjonen, og også fått dem til å fortsette å trene. Både fra Hjerterehabiliterings- og Muskelsmerteprojektet har vi data etter intervensjon som viser at deltakerne har fått til endrede treningsvaner. Begge disse prosjektene arbeidet ut fra mer omfattende endringsstrategier, der å trene inngår i endringer knyttet til livsstil og arbeid. Også i Dyno ryggskole finner en at de fleste deltakerne har lagt om livsstilen, selv om de ikke har startet regelmessig trening.

Trening som gruppebehandling – refundert av trygden?

I prosjektet "Belastningslidelser og muskulær mestring" (BMM) peker prosjektet på at personer med muskel-/skjelettplager kan trenge et kontinuerlig treningstilbud for å makte sin jobbsituasjon. De hevder videre at: "Det ville være rimelig at slike personer kunne få dette, i alle fall delvis, økonomisk kompensert gjennom trygdesystemet." (Anda, Lund og Storebakken 1997:28). Er dette en rimelig argumentasjon? Dersom vi sammenlikner trening med fysioterapi, er fysioterapi delfinansiert av trygden. Mange arbeidstakere har også rett til å gå i slik behandling i arbeidstiden. Slik sett kan fysikalsk behandling være å likne med (delvis) gratis trening i arbeidstiden. Tanken er at pasienter overføres fra "passive" behandlingsformer til aktiv trening. Ser vi på modell A fra innledningen til dette kapitlet, får den sykmeldte tilbud om trening som rehabilitering når arbeidsevnen er synkende og ikke tilfredsstillende arbeidslivets krav. Slik sett kunne det være rimelig å gi refusjon for trening som for fysioterapi.

Økt arbeidsbelastning og arbeidsgivers ansvar

Men dersom vi ser på ulikevekten mellom arbeidets krav og individets helse og ser dette i relasjon til modell B, så legger den vekt på at det er arbeidets krav som er økende. Vi kan godt tenke at situasjonen har et innslag både av økende krav og av redusert helse. Vi har i andre prosjekter i denne porteføljen hatt andre tilnærminger for å møte økte krav i arbeidet, f.eks. renholdsassistenter eller hjemmehjelpere som blir overbelastet på grunn av andres fravær og reduserte budsjetter. Problemstillingene i disse prosjektene retter seg mot arbeidsmiljø, ledelse og tilrettelegging. Det er arbeidsgiver som har ansvaret for arbeidshelsen og for å tilrettelegge og følge opp arbeidet i organisasjonen. Problemstillingen peker også mot arbeidstakerorganisasjonenes evne og vilje til å beskytte individet mot utnyttning av arbeidskraften og mot økte belastninger, og fagforeningens rolle i det sykefraværsforebyggende arbeidet. Det er naturligvis ingen dårlig idé å trene, men ut fra modell B ligger ansvaret i bedriften og ikke hos det offentlige.

Kostnadsdeling?

Ser vi på hvilke typer bedrifter vi her har med å gjøre, er det i stor grad tradisjonell industri og tjenesteyting. Fokus i prosjektene ligger på å bedre fysiske kvaliteter hos den enkelte, og en tenker delvis tradisjonelt om "belastning". Men det jobbes også med arbeidsmiljøet. Dette er utvilsomt viktig. Men i noen tilfeller er det også vanskelig å påvirke arbeidsplassen og utførelsen av arbeidet på vesentlige måter, jmf. skipsindustri. Det vil alltid finnes ekstremt belastende jobber i perioder av en produksjon. Men da må det også være riktig at bedriften bidrar økonomisk for å sette den ansatte i stand til å møte belastningene, slik at det ikke bare er et spørsmål om kostnader for trygden eller treningsavgifter for den enkelte.

10 Aktiv sykmelding

10.1 Innledning

Vi vil i dette kapitlet ta for oss erfaringer knyttet til bruk av aktiv sykmelding. Aktiv sykmelding har vært et populært virkemiddel for mange ildsjeler, og økt bruk av Aktiv sykmelding har vært prioritert i trygdeetatens handlingsplaner. Som virkemiddel betraktet har Aktiv sykmelding både individorienterte og systemorienterte aspekter.

I forhold til den enkelte sykmeldte skal aktiv sykmelding bidra til å holde vedkommende i aktivitet (et gode) og hindre at han/hun mister sosial kontakt og integrasjon i sin arbeidsorganisasjon. Aktivitet anses som et gode ikke bare ut fra sosialintegrative mål, men også ut fra rehabiliteringsmessige mål, i det å være i aktivitet i seg selv er viktig. Det er viktig å gå over fra passive til aktive tiltak (dette kan eksempelvis innebære overgang fra fysioterapi til trening). Videre gir aktiv sykmeldingsperioden muligheter for ulike typer opplegg, som utprøving av arbeidskapasitet, hospitering og utprøving av nye oppgaver. Slik gir aktiv sykmelding gode bedriftsinterne atferdsmuligheter i sykepengeperioden.

Aktiv sykmelding kan på den annen side brukes systemorientert. Gjennom å ha noe å tilby virksomheten, kan trygden komme i dialog og derigjennom informere om ordninger og tilby og fremme bruk av andre tiltak, f.eks. atferdsutvalg. Gjennom dialogen kan trygden også ivareta sin veiviserrolle, ved å informere og vise til andre tjenesteutøvere og tjenester. Aktiv sykmelding blir slik den nye poteten, ordningen kan brukes til "alt".

10.2 Presentasjon av prosjekter der aktiv sykemelding -erfaringer inngår

Vi vil her trekke fram noen prosjekter og deres erfaringer. Vi vil trekke ut litt fra ulike prosjekter, men gå nærmere inn på ett prosjekt, både fordi dette omhandler bare aktiv sykmelding, og fordi det var svært omfattende i forhold til andre prosjekter i denne porteføljen.

10.2.1 Optimalisering av systemet Aktiv Sykmelding - Folkehelse

Prosjektet var initiert av en kontaktgruppe, bestående av representanter fra NHO, LO, Den Norske Lægeforening og Rikstrygdeverket og ble utført ved Statens institutt for Folkehelse. Prosjektet var støttet av NHOs Arbeidsmiljøfond i tillegg til forsøksprogrammet.

Prosjektets utgangspunkt var at det iverksettes for lite aktiv sykmelding overfor ryggpasienter fordi sentrale aktører samhandler dårlig omkring iverksettingen av aktiv sykmeldingstiltak. Årsakene til dette er manglende kunnskap om ordningen, at aktørene (særlig legene) mener de har for liten tid, og dårlig kommunikasjon og koordinering av aktiviteter mellom aktørene når en person sykmeldes (Scheel, Hagen og Rongen 1996). Derfor bør man sette inn en kunnskaps- og beslutningsstøtte til aktører som møter pasienten tidlig i sykmeldingsperioden.

Prosjektet startet opp i januar 1997 og ble avsluttet i desember 1999. Prosjektet er under rapportering²⁰.

Mål og målgruppe

Målgruppen for prosjektet var todelt:

- Intervensjonen rettet seg mot et utvalg fylker, og i disse fylkene til gruppen ryggpasienter²¹.
- Intervensjonen var avgrenset, den var knyttet bare til virkemiddelet aktiv sykemelding.

Forsøkets mål er å legge en mer bestemt styring på en del av sykefraværstrutinene for å forsere de identifiserte barrierene som foreligger i systemet mot bruk av aktiv sykmelding, og med dette forbedre bruken av tiltaket. Et annet mål er å få ryggpasienter tidligere i aktivitet.

Intervensjon og strategi

For å få til økt bruk av aktiv sykmelding, satte prosjektet fokus på legen: Legen skal i større grad foreslå aktive tiltak for ryggpasienter, fordi legen er den som treffer pasienten først og fordi intervjuene i forprosjektet viste at pasientene selv foretrakk at legen var den aktøren som initierte tiltak som alternativ til passiv sykmelding. Dette skal starte en kjede av handlinger som resulterer i en avtale om aktiv sykmelding mellom arbeidsgiver og arbeidstaker/pasient. Iverksettingen skal ligge hos legen og arbeidsgiveren, og det er pasienten selv som koordinerer ved å bringe med seg informasjon fra legen til arbeidsgiver. Denne aksjonen stoler på at lege og arbeidsgiver begge gjør jobben sin når de får litt hjelp. Legen tar opp aktiv sykmelding med pasienten, informerer, motiverer og foreslår avtale. Den konkrete avtalen lages av arbeidsgiver og pasient, og helsetjenesten og eventuelt andre hjelper til med å tilrettelegge på arbeidsplassen.

I følge forprosjektet ligger barrierene mot bruk av aktiv sykemelding i dårlig informasjon, dårlig kommunikasjon og dårlig tid. Gjennom prosjektet skulle lege, arbeidsgiver og trygdekontor få støtte, og prosjektet skulle gi informasjon til den enkelte pasienten.. Det ble lagt inn *beslutningsstøtte* til legene i form av kliniske retningslinjer for behandling av ryggpasienter, og det ble laget en *standardavtale for arbeidsgiver og arbeidstaker*. Videre ble det laget en *ny sykmeldingsblankett/attest*, der legen enkelt kunne krysse av for aktiv sykmelding dersom det var aktuelt for pasienten. Trygdekontoret hadde ansvaret for å forsyne legene med nye attester og følge opp legens vurdering av aktiv sykmelding.

Forsøket foregikk i tre fylker. I hvert forsøksfylke var kommunene delt i tre grupper. I en tredjedel av kommunene var det lagt inn en ekstra ressursperson, som skal gi praktiske bidrag til aktivitetene. Denne personen skulle tilby hjelp som fagperson (fysioterapeut), for eksempel ved å foreta funksjonsvurderinger, tilrettelegge for aktiv sykmelding eller følge opp særskilte sykemeldingssaker. Dette skulle skje etter oppdrag fra trygdekontor, lege, arbeidsgiver eller sykmeldt. Ressurspersonen kunne også bidra til å informere leger. I den neste tredelen av kommunene skulle prosjektet gjennomføre den samme saksbehandlingskjeden, med beslutningsstøtte og standardbrev, men uten noen ekstra ressurspersoner til å følge opp og hjelpe. I den siste tredelen av kommunene ble det ikke satt inn noen tiltak. Disse kommunene var å betrakte som kontrollgruppe/kontrollkommuner.

²⁰ Denne framstillingen bygger på Prosessevaluering: Erfaringer fra gjennomføringen av tiltakene i prosjektet fra mai -98 til oktober -99 (1999), Plandokument av 26.02.98, Nyhetsbrev august 1999, samt oversende foreløpige tall fra prosjektet.

²¹ Intervensjonen foregår i 43 kommuner i tre fylker. I hvert fylke er kommunene delt i tre grupper, to grupper med ulik grad av intervensjon og en gruppe som er kontrollgruppe.

Ressurspersonene var ansatt i trygdeetaten på fylkesnivå. Det enkelte trygdekontoret samarbeider med ressurspersonen i fylket omkring oppfølgingen av den enkelte pasienten og ved å arrangere informasjonsmøter for leger. Trygdekontoret godkjente dessuten sykmelding og avtaler og sendte kopi til partene, samt sendte ut nye sykmeldingsskjemaer til sine leger. Saksbehandlingen av aktiv sykmelding skulle foregå i løpet av fire dager.

Resultat - Hvordan gikk det?

Det viste seg at legene ikke bestilte ytterligere eksemplarer av den informasjonspakken som pasienten skulle ha med seg fra lege til arbeidsgiver, og at prosjektets ressursperson måtte begynne å sende denne informasjonen direkte til pasienten. Bare i ca. 70 prosent av de aktuelle sykmeldingssakene ble den nye blanketten brukt²², og videre ignorerte legene den nye avkrysningsboksen i sykmeldingsblanketten. Den ble utfylt bare på ca. ¼ av skjemaene. Spørreskjema til alle sykemeldte ryggpasienter i de tre fylkene viste at legene i 55 prosent av tilfellene hadde orientert om aktiv sykmelding i intervensjonskommunene, mot 35 prosent av ryggpasientene i de øvrige kommunene (Scheel og Hagen 1999:12).

Ressurspersonene fikk i løpet av intervensjonsperioden (20 måneder) til sammen 5 - 10 henvendelser fra legene, og ingen av dem handlet om funksjonsvurderinger (ressurspersonene var fysioterapeuter). De planlagte oppgavene ble ikke etterspurt, verken av leger, arbeidsgiver/arbeidstaker eller trygdekontor.

Den planlagte prosessen fløt dårlig. Ressurspersonene fikk rollen som pådriver og koordinator der kommunikasjon og informasjon fløt dårlig. En undervegsundersøkelse i 30 kommuner viste at informasjonskonvoluttene var i bruk hos bare få leger. Ressurspersonene overtok derfor å være initiator for aktiv sykmelding ved å sende ut informasjon til de sykemeldte i den aktuelle diagnosegruppen og følge opp med personlig samtale. Ressurspersonene sendte ut informasjon til 2324 personer og 1559 ble fulgt opp med samtale.

Ressurspersonene arrangerte sammen med trygdekontorene møter med leger for å forsterke arbeidet med aktiv sykmelding. Trygdekontorene syntes det var greit å samhandle med ressurspersonen som fysioterapeut ved rehabiliterings spørsmål.

Det planlagte systemet stoppet i det store og hele ved legen som ikke inntok den tildelte rollen. Prosjektet diskuterer en del årsaker, men analysen blir ikke avsluttet før også legene er hørt. Dette skjer senere og er ikke tilgjengelig ved vår rapportering. En antagelse bak de mangelfullt utfylte attestene, var at leger overveldes av skjemaer fra trygden, og derfor ikke legger like stor vekt på å fylle ut alt. Det var en generell erfaring ved trygdekontorene at skjemaer var ufullstendig utfylt.

Det er også i dette prosjektet påfallende at arbeidsgiverne i forundersøkelsen etterlyste medisinsk hjelp til tilrettelegging av arbeidssituasjonen, men i de etterfølgende 1,5 år var det ikke én arbeidsgiver som henvendte seg til ressurspersonene for å få slik hjelp. Det var heller ingen trygdekontor som benyttet seg av ressurspersonenes tilbud om hjelp til oppfølging ved særskilte sykmeldingstilfeller.

Prosjektet fant at passive virkemidler, som brosjyrer og liknende, ikke påvirket bruken av aktiv sykmelding alene. I kommuner der det i tillegg var en aktiv pådriver og legene ble

²² Registreringer fra ressurspersonenes loggbøker.

tilbudt et kurs ved intervensjonens start, så man imidlertid en betydelig økning i bruk av aktiv sykmelding for ryggpasienter. Denne effekten kan neppe tilskrives legekursene, ettersom kurset måtte avlyses i ett fylke og bare én av fire møtte i de to øvrige fylkene. Prosjektet slutter derfor at effekten må tilskrives ressurspersonenes innsats som koordinatorene.

Det dette prosjektet viser, er at dersom innsatsen koordineres, kan en få effekter mht. økt bruk av aktiv sykmelding. Selv om dette prosjektets målgruppe var personer med ryggproblemer, må vi kunne anta at effekten ville gå i samme retning for personer med andre plager og diagnoser.

10.3 Aktiv sykmelding som virkemiddel i andre prosjekter

En rekke prosjekter har brukt aktiv sykmelding som tiltak. Ikke alle har rapportert om sine erfaringer med bruken, iverksettingen eller hvilke resultater det har gitt. Vi vil i dette avsnittet trekke fram erfaringer fra fire prosjekter, og ut fra disse dokumenterte erfaringene vil vi til slutt se på problemstillinger knyttet til initiering og iverksetting, samt måten tiltaket brukes på.

10.3.1 Aktiv sykmelding i FAPRO

Hovedtrekk ved FAPRO-prosjektet er presentert i avsnitt 6.2.2. Prosjektet arbeidet mot sju bedrifter og iverksatte i prosjektperioden 90 aktiv sykmeldingsavtaler, som også var det viktigste virkemiddelet i prosjektet for å opprette kontakt mellom trygdekontoret og virksomhetene. De fleste bedriftene hadde rutiner for oppfølging av sykmeldte, men ikke for aktiv sykmelding. Hvordan rutinene for iverksetting av aktiv sykmelding i bedriftene skulle være, var ikke formulert på forhånd. I utgangspunktet hadde en tenkt at trygdekontoret skulle innkalle de sykmeldte til samtale, som et utgangspunkt for å iverksette aktiv sykmelding.

Resultater/erfaringer

Iverksetting av avtalene

I fire av virksomhetene ble arbeidet med bruk av aktiv sykmelding nedfelt på linjeledernivå fra starten av. Lederen hadde oppgaven å kontakte den sykmeldte og forespørre om denne ønsket aktiv sykmelding, orientere kolleger om ordningen og finne tilpassede oppgaver. Trygdekontoret, ved virksomhetens kontaktperson, skulle innkalle den sykmeldte og ha samtale om oppstart av aktiv sykemelding.

Slik gikk det ikke. Samtalene med den sykmeldte ble i hovedsak gjennomført på arbeidsplassen og uten trygdens medvirkning. De ble også i stor grad gjennomført av andre enn linjeleder. I halvparten av virksomhetene hadde hovedverneombudet stått for orientering om aktiv sykmelding overfor verneombudene, og hatt rollen som samtalepart overfor arbeidstakerne. Også bedriftshelsetjenesten og personalansvarlig har i noen tilfeller tatt aktiv sykemelding -samtalen.

Det ble utarbeidet en standardavtale som ble undertegnet av partene og sendt til trygdekontoret for godkjenning. Dersom partene ikke hørte noe innen fire dager, var avtalen å betrakte som godkjent. Kontakten med den sykmeldte ble tatt mellom 14 dager og seks uker etter utløpet av arbeidsgiverperioden.

Virksomhetene

Virksomhetene fant det vanskelig å formulere ansvarsfordeling mellom de ulike aktørene i forkant av iverksettingen av tiltaket. Et problem ved iverksetting og oppfølging var at den sykmeldtes nærmeste overordnede, som skulle følge opp, hadde liten erfaring i å samtale med sykmeldte, samtidig som det var få samarbeidsprosedyrer i bedriftene. Ledere med personalansvar savnet samarbeid med administrasjonen. I bedrifter med bedriftshelsetjeneste ble denne involvert på ulike måter. Bedriftshelsetjenesten kunne orientere den sykmeldte om aktiv sykemelding, ta oppfølgingssamtaler med den sykmeldte, og holde opplæring om ordningen for linjeledere og tillitsvalgte/verneombud. En bedrift hadde medlemskap i en bedriftshelsetjenesten-ring, og her kom bedriftshelsetjenesten ikke inn i arbeidet med aktiv sykemelding.

Noen ledere følte det som brysomt å skulle følge opp den sykmeldte, både ved at det skaffet dem ekstra arbeid og at det var vanskelig å snakke om "private" temaer. Noen syntes det var vanskelig å vite hvor grensen skulle ligge.

I hvilke grad linjeleder overtok iverksettelsen av aktiv sykemelding etter hvert, er noe uklart. Rapporten framhever som det viktigste at en sikrer at fremgangsmåten er *tillitvekkende*, framfor at ansvaret plasseres på ledernivå. Det viktige er at ikke avstanden mellom den sykmeldte og virksomheten øker (Løken 1998:34). Rapporten peker på at prosjektet i arbeidet med aktivering av sykmeldte fant løsninger gjennom samarbeid mellom ulike aktører, der både ledere, tillitsvalgte, bedriftshelsetjenesten og den sykmeldte selv deltok (ibid:35).

Når prosjektet skulle iverksette aktiv sykemelding, var det viktig å ha oppgaver i beredskap i tilfelle den sykmeldte ikke kunne arbeide i sin gamle jobb. Det var lurt å ha en oversikt over mulige jobber i hele bedriften. Det var også viktig å avklare mellom partene hensikten med aktiv sykemelding, for å avklare forventningene til hva som skulle skje.

Det var også viktig å være åpen for at avtaler kunne justeres underveis, eller at praktiseringen av avtalen måtte justeres. For eksempel kunne det hende at en måtte bremse en for ivrig arbeidstaker, eller hindre at noen tok i mer enn de skulle i solidaritet med kolleger som heller ikke var så friske og hadde mye å gjøre. Her fant lederne reguleringen vanskelig, og mente at det var behov for å trekke inn andre aktører. Det var også problemer der arbeidstakere kom og gikk. Dette skapte uklarhet for lederne mht. om den sykmeldte var motivert, eller om helsen var god nok til å være aktiv sykmeldt. Det var også et spørsmål om hvor strengt en skulle tolke en avtale, om den kunne tilpasses eller om den ble en tvangstrøye. Rapporten peker på at det var en tendens til at lederne var mer opptatt av regulering i tilfeller der arbeidstakeren utførte deler av sin opprinnelige jobb. Dersom arbeidstakeren hadde andre oppgaver, syntes reguleringsbehovet å være mindre (Løken 1998:33).

Trygdekontoret

Trygdekontoret medvirket gjennom å forplikte seg til å godkjenne avtalen i løpet av fire dager. De erfarte at avtalen ble inngått uten deres medvirkning, og de så dette etter hvert som uproblematisk. De reiste også etter hvert spørsmålstejn ved om trygdekontoret behøvde å godkjenne avtalen – kunne en ikke bare gi partene denne friheten til å inngå avtaler selv? Dersom partene ønsket å iverksette dette tiltaket, på hvilket grunnlag skulle trygdekontoret ev. kunne avslå en søknad? Prosjektet opplevde trygdekontorets godkjenningsrolle som en rituell handling og heller ikke som praktisk. Det ble derfor fremkastet en idé om at virksomheter kunne sertifiseres etter oppsatte kriterier mht. å kunne iverksette aktiv sykemelding.

Poenget bak denne utviklingen i tenkning var at trygdekontor og virksomhet i prosjektperioden hadde beveget seg fra rollene som kontrollerende og kontrollert til å være tjenesteutøver og tjenestemottaker (Løken 1998:35). Trygdekontoret så ikke lenger behov for den kontrollfunksjonen det selv hadde ved godkjenning av sykmelding. Det hadde for trygdekontoret vært tilstrekkelig å få en kopi av den inngåtte avtalen.

En av prosjektets målsettinger var å rette tjenestene mot virksomheten og den sykmeldte. Som steg i dette arbeidet, og for å styrke arbeidet med aktiv sykmelding, skulle trygdekontoret i arbeidsplassens kommune eller bydel godkjenne aktiv sykmelding på vegne av bostedets kontor. I 13 tilfeller godkjente Stovner og Furuset trygdekontor avtaler på vegne av andre trygdekontorer. Disse kontorene var både i Oslo og andre fylker. Her opplevde prosjektet at bostedskontorene ofte ikke hadde stor tillit til eller forståelse for ordningen. Noen trygdekontorer kunne oppfatte den gitte godkjenningen som innblanding i deres arbeid og oppfølging av "deres" sykmeldte. Bostedskontoret, som ikke kjente de lokale forholdene, kunne med bakgrunn i kjennskap til bare selve avtaleteksten, finne den for tynn og foreta etterkontroll. I andre tilfeller var det ulik fortolkning mellom trygdekontorene om regelverket ved forlengning av aktiv sykemelding. Bostedskontoret tok i noen saker på seg rollen som kontrollør, og arbeidsplasskontoret måtte gå inn for å minske usikkerheten mellom arbeidsgiver og arbeidstaker (Løken 1988:37).

Trygden erfarte også at deres standardiserte vedtaksbrev ikke alltid fremmet aktiv sykmelding. I et tilfelle ble det fra bostedskommunens trygdekontor sendt et standardbrev, der det sto at den sykmeldte var forventet tilbake til arbeid på en gitt dato, og brevet påminnet også om at sykepengene kan bli inndratt, dersom arbeidstaker ikke aksepterer arbeidsgivers tilbud om arbeidstrening. Brevet fra bostedskommunens trygdekontor ble oppfattet som en trussel av arbeidstakeren.

10.3.2 Aktiv sykmelding i Medvirkningsprosjektet ved RiT

Det ble i Medvirkningsprosjektet også arbeidet med aktiv sykmelding. Husøkonomavdelingen hadde gjennom flere år prøvd å tilrettelegge jobbene eller tilby utprøving i annen jobb i avdelingen. Avdelingen hadde imidlertid erfart at overgangen fra tilrettelagt situasjon til vanlig jobb er vanskelig, fordi det ikke fantes lettere arbeid i avdelingen. Tidligere hadde det vært personer med mange eller lange fravær som fikk perioder med tilrettelagt arbeid. Personene hadde da ikke kommet tilbake til egen jobb, og sakene endte i attføringsbistand eller uføretrygd.

Prosjektet ønsket å bruke aktiv sykmelding mer som tidlig intervensjon, og ville prøve ut aktiv sykmelding for å se om lengden av fraværet da kunne reduseres. Prosjektet ønsket å prøve ut tiltaket og rutiner i liten skala, fordi det da er lettere å gjøre endringer på systemnivå. Det ble inngått avtaler om hvilke dager en skulle jobbe, antall timer og hvilke arbeidsoppgaver som skulle utføres. Avtalene ble sendt trygdekontoret, som godkjente over telefon. Trygdekontoret syntes i starten at disse avtalene var for strenge, og at den sykmeldte måtte ha større fleksibilitet. Men praksis viste at avtalene og den oppfølgingsformen som ble praktisert, var interessante.

Tett oppfølging – tidlig avklaring?

Poenget i Medvirkningsprosjektets forsøk med aktiv sykmelding var tett oppfølging. Det ble valgt ut seks case, fordelt på to avdelinger. I samme periode hadde seksjonslederne ved avdelingen kontakten en gruppe langtidssykmeldte, og disse - i alt 15 personer - fikk om lag det samme tilbudet.

Områdeleder og den sykmeldte gikk sammen om å finne arbeidsoppgaver. Den sykmeldte tok notater på hva som fungerte og hva som ikke fungerte, og på bakgrunn av notatene ble det holdt oppsummeringsmøter hver uke. Når noe ikke fungerte, fant de sammen nye løsninger. Disse ble ikke sent til trygdekontoret. Prosjektets tanke var at fortløpende dokumentering og evaluering også kunne brukes til å komme raskere i gang med en avklaring av veien videre. Trygdekontoret kunne slik få et bedre grunnlag for å vurdere behovet for atfføringsbistand. Tilbakemelding fra fastlegen var at denne typen evaluering og arbeidsutprøving var et godt supplement til legens medisinske vurdering. I løpet av seks måneder fikk prosjektet prøvd ut hvilke oppgaver som egnet seg for assistenter på aktiv sykmelding.

Å få ta aktiv sykmelding i bruk var tungt. I starten var trygdekontorene ikke alltid like godt informert om aktiv sykmelding. Legene var også til dels ukjent med aktiv sykmelding, og mer opptatt av gradert sykmelding. En del leger var skeptiske til å anbefale aktiv sykmelding. Prosjektets strategi for å få gjennomført aktiv sykmelding var å gi informasjon til den sykmeldte, som skulle gi kunnskapen videre til legen. Den sykmeldte selv måtte dermed være pådriver for å få gjennomslag for aktiv sykmelding. Prosjektet erfarte også at det krevde mye informasjon for at alle rundt den sykmeldte skulle ha riktig forståelse av hva det innebar å være på aktiv sykmelding.

Den aktiv sykmeldingsrutinen prosjektet kom fram til gikk ut på at områdeleder skulle kontakte den sykmeldte etter 1- 2 uker og foreslå aktiv sykmelding. Den sykmeldte kunne så kontakte sin lege. Deretter ville områdeleder sammen med den sykmeldte kartlegge mål og oppgaver for en aktiv sykmeldingsperiode, og lage avtalen. Områdeleder ville så kontakte trygdekontoret telefonisk og få avtalen godkjent. Tiltaket skulle evalueres av områdeleder og den sykmeldte hver 14. dag, og etter 12 uker skulle tiltaket evalueres og ev. avsluttes. Områdeleder skulle ha det fulle oppfølgingsansvaret, og informere avdelingsleder og arbeidskolleger.

Aktiv sykmelding – tidlig avklaring?

Medvirkningsprosjektet hadde som mål at aktiv sykmelding brukt som tidlig atfføring, skulle føre til tidligere tilbakevending til arbeid. Ved prosjektets avslutning var to av seks assistenter tilbake i vanlig jobb, to assistenter var fortsatt på aktiv sykmelding, en vurderte å søke om yrkesrettet atfføring og en søkte om uførepensjon. Det er vanskelig å si om dette for noen av dem innebar en tidlig tilbakevending til arbeid eller en avklaring, fordi vi ikke kjenner deres tidligere sykehistorie. Selve tilnærmingen er likevel interessant fordi aktiv sykmelding brukt på denne måten, ikke bare innebærer aktivitet for integrasjon, men systematisk utprøving og avklaring i arbeidssituasjonen ut fra mål som settes for den enkelte. Denne tilnærmingen er dette prosjektet alene om blant prosjektene i denne porteføljen. Det kunne være ønskelig at dette ble forsøkt i større skala, både for grupper med lange sykmeldingshistorier og for grupper med kortere historie.

10.3.3 Aktiv sykmelding ved Ringnes Gjelleråsen

Prosjektet Ringnes Gjelleråsen la hovedvekten på å iverksette nye oppfølgingsrutiner. Aktiv sykmelding og fora der aktiv sykmelding ble igangsatt og evaluert (AS-samtalen og oppfølgingssamtalen), sto sentralt. I prosjektperioden ble det inngått 101 aktiviseringsavtaler. Det innebar at det var inngått avtaler for vel 11 prosent av tilfellene av sykefravær med varighet over 14 dager. De som ble aktivisert var i gjennomsnitt sykmeldte i 60 arbeidsdager før avtalen ble iverksatt (Haugen 1998:85).

Hvilke erfaringer gjorde de sykmeldte, arbeidslederne og prosjektet? I forhold til rutinen som ble utarbeidet skulle nærmeste leder ta kontakt og tilby aktiv sykmelding etter 14 dagers fravær. Av de 31 arbeidslederne som hadde vært med og praktisert aktiv sykmelding og tatt kontakt med sykmeldte, hadde bare halvparten fulgt rutinene. De øvrige hadde selv avgjort om Vurderingsrapporten (orientering og tilbud om aktiv sykmelding) skulle sendes ut (ibid:80). Dette førte sannsynligvis til at tilbudet kom sent i perioden for mange sykmeldte.

Omtrent halvparten av de aktiv sykmeldte arbeidet med ordinære oppgaver i eget tempo, mens halvparten fikk andre oppgaver i aktiv sykmeldingsperioden. De som hadde arbeidet med egne oppgaver i eget tempo, syntes at det til dels hadde vært vanskelig å begrense tempoet. De fleste hadde opplevd aktiv sykmelding og aktiv sykmeldingssamtalen som positiv og var jevnt over fornøyd med oppgavene de hadde fått. Prosjektet fikk også tilbakemelding om at både ordvalg og kroppsspråk hos dem som møtte i aktiv sykmeldingssamtalen var viktig for hvordan den sykmeldte opplevde situasjonen mht. ubehag og press.

Arbeidslederne hadde ikke problemer med å finne oppgaver til aktiv sykmeldte. I lavsesongen var det mye å finne på, for eksempel vedlikeholdsarbeid. Arbeidslederne hadde da også bedre tid til å finne oppgaver.

65 prosent av de inngåtte aktiv sykmeldingsavtalene ble avsluttet med friskmelding, 25 prosent innen 50 dager. De fleste som var ordinært sykmeldte etter aktiv sykmeldingsperioden, viste seg å trenge permanente endringer i arbeidssituasjonen. Perioden ble slik brukt til å avdekke problemer og danne grunnlag for videre attføringsutredning (Haugen 1998:86). 25 prosent av dem som hadde vært på aktiv sykmelding, hadde fått en endret arbeidssituasjon (atføring, uføretrygd eller omplassering).

10.4 Hva kan vi si om bruk av aktiv sykmelding ut fra porteføljens prosjekter?

Vi kan ut fra de iverksatte prosjektene si en del om hvordan en skal få igangsatt aktiv sykemelding, om rutiner i bruken av aktiv sykmelding og om problemer og problemstillinger knyttet til bruk av aktiv sykmelding. Det vi ikke kan si noe om er aktiv sykmelding brukt som tidlig atføring, fordi vi gjennom prosjektene vet for lite om hvilke planer og tiltak som ble iverksatt for personer under aktiv sykemelding.

10.4.1 Om iverksettingserfaringer

Oppgaver

To av prosjektene startet med å ha oppgaver i beredskap (FAPRO og Sør-Troms-prosjektet). I Ringnesprosjektet fant arbeidsleder oppgaver etter hvert, og det bød ikke på problemer å finne passende oppgaver. Ved Regionsykehuset i Trondheim fant arbeidsleder og arbeidstaker sammen fram til oppgaver. Ved Kværner Leirvik var det et større problem å finne gode oppgaver, fordi mye av arbeidet er tungt. Det ble arbeidet med å opprette en arbeidsplass/arbeidsbenk under ett av lederområdene for å tilrettelegge for aktiv sykmelding. I Stavanger og Omegn Trafikkselskap (SOT) med ca. 225 sjåførere og en liten verksteds- og administrasjonsavdeling, kunne det være vanskelig å finne arbeidsoppgaver for aktiv sykmelding. Her gikk en av prosjektmedarbeiderne inn og fant praktiske løsninger. Prosjektet stiller i rapporten spørsmål ved om aktivisering/arbeidstrening må foregå i egen bedrift. Kunne ikke bedrifter gå sammen om å finne arbeidstreningssplasser? Vi ser at stort sett fant en fram til oppgaver for aktiv sykmelding, men innenfor noen typer av virksomhet har det ikke vært like enkelt, fordi det er begrenset tilgang på lett arbeid. Dette gjelder både innenfor offentlig og privat virksomhet. Dette kom også fram i Trøste og Bære.

De oppgavene som ble brukt for sykmeldte på aktive tiltak, var forskjellig. Noen arbeidet i sin normale jobb og noen fikk andre oppgaver, f.eks. vedlikehold og oppgaver som en ikke normalt fikk gjort i arbeidstiden. Erfaringene viser at det ikke er uproblematisk å være i sin egen jobb. Lederne følte mer behov for kontroll og styring når den sykmeldte arbeidet i egen jobb enn i andre oppgaver (FAPRO), og den sykmeldte selv syntes det var vanskelig å begrense innsatsen når en arbeidet med normale produksjonsoppgaver. Den sykmeldte visste for eksempel at også andre slet med helseproblemer, og ev. at det var lite bemanning eller mye å gjøre. Det kunne også være problemer knyttet til det å være med og veilede sin egen vikar. I de hjemmebaserte tjenestene opplevde prosjektet at klienten ikke hadde forståelse for at den sykmeldte ikke skulle arbeide som vanlig, og at det var en annen enn den en var vant til som skulle gjøre daglig stell og liknende. Når hun sto der, hvorfor kunne hun ikke gjøre det vanlige? Det å veilede/følge sin egen vikar rundt, bød ikke på de samme problemer der jobben ikke var klientrelatert, som for eksempel å være hjelpemann på egen bil ved utkjøring av mineralvann.

Brukerevaluering

I Sør-Troms-prosjektet ble brukernes erfaringer med aktiv sykmelding registrert, og 83 prosent av de spurte opplevde det som utelukkende positivt og ville anbefale det til andre. Ca. 1/3 mente at aktiv sykmelding førte til raskere friskmelding. Også ved Ringnes Gjelleråsen opplevde de fleste aktiv sykmelding som positivt. I KOBOKS er mer enn halvparten av dem som har prøvd aktiv sykmelding positive, mens en fjerdedel har kritiske kommentarer. De positive legger vekt på kontakt med arbeidsplassen og mulighetene til å prøve seg på andre oppgaver; de som har kritiske kommentarer peker på at arbeidsmengden ble for stor eller at man er for uunnværlig til å kunne være til stede uten å yte fullt (Gylte 1999:56). De samme grunner til positiv og negativ vurdering av aktiv sykmelding framkommer også i FAPRO. Rapporten oppsummerer med at skepsisen til ordningen kommer sterkest til syne når de andre medarbeiderne har mye å gjøre og det ikke er satt inn vikar (Løken 1998:40-42). Oppsummert er brukerevalueringen god, men peker på problemer med praktiseringen når det er travelt og det ikke er satt inn vikar.

10.4.2 Effekter og resultater

Økt bruk av aktive tiltak

Alle prosjektene som har arbeidet med aktiv sykmelding, har greid å øke bruken av ordningen. Men bruken av ordningen har økt også i kommuner der det ikke er satt inn noen tiltak.

KOBOKS fant at de to forsøkskommunene i prosjektperioden hadde økt bruken av aktiv sykmelding mer enn de øvrige kommunene i fylket. Men bruken av aktiv sykmelding var likevel totalt sett lavere i disse to kommunene enn i fylket for øvrig.

Sør-Troms-prosjektet undersøkte andelen av aktiv sykmelding blant alle avsluttede sykepengetilfeller med hoveddiagnose innenfor gruppene muske- og skjelett og psykiatri (L og P-diagnoser) i 1995 og 1996. Prosjektet fant en markert økning i bruk av aktiv sykmelding i prosjektregionen, både for kvinner og menn. For kvinner i forsøkskommunene hadde andelen økt med 7,4 prosentpoeng i perioden, mot 1,4 prosentpoeng for Troms for øvrig og 2 prosentpoeng for landet samlet. Tallene viste den samme tendensen for menn, men tendensen var ikke like sterk. Vi må imidlertid peke på at de absolutte tall er små. Ser vi på absolutte tall, øker bruken av aktiv sykmelding i målgruppen fra to tilfeller i 1995 til 70 tilfeller i 1997 (for både kvinner og menn). I 1997 ligger andelen med aktiv sykmelding i målgruppen for prosjektområdet på 12 prosent, og dette nivået holder seg også i første kvartal 1998 (Mortensen, Sandtorv og Skoglund 1998:53,57).

Prosjektet "Aktiv sykmelding" undersøkte økningen i bruk av aktiv sykmelding for alle sykmeldte ryggpasienter i tre fylker. I hvert fylke prøvde noen kommuner nye rutiner med støtte av ressursperson, andre kommuner prøvde nye rutiner uten slik støtte, mens de øvrige ikke hadde noen tiltak i det hele tatt. I 1997 var 9 prosent av alle sykmeldte ryggpasienter på aktiv sykmelding i disse fylkene. De første resultatene fra prosjektet viser at i 22 forsøkskommuner i Hedmark, Telemark og Troms, i perioden september 1998 - september 1999, var bruken av aktiv sykmelding oppe i 17 prosent blant alle sykmeldte ryggpasienter i forsøkskommunene, mot 11 prosent i kontrollkommunene. Blant ryggpasienter som hadde vært sykmeldt i mer enn fire uker, var bruken av aktiv sykmelding økt til 21 prosent i forsøkskommunene og 14 prosent i kontrollkommunene, og blant dem som hadde vært sykmeldt i mer enn 12 uker er andelen henholdsvis 27 prosent og 20 prosent.

Status etter aktiv sykmelding

Vi vet litt om sluttutfallet for aktiv sykmeldingssaker. Vi gjengir nedenfor en oversikt over sluttutfallene, eventuelt status ved prosjektavslutning.

Tabell 1. Oversikt over siste kjente status for personer som har vært på aktiv sykmelding i prosjektperioden

Prosjekter	Antall tilfeller AS	Tilbake til egen jobb	Omplassert ev. under BIA	Fortsatt AS, ev. sykmeldt	Att-føring	Søkt varige ytelses	Annet
FAPRO	90	60	0	7	11	10	2
RiT	6	2	0	2	1	1	0
Ringnes	98	74	3	0	3	3	15

”Tilbake i egen jobb” betyr her både hel og delvis tilbakevending til jobb. Med ”attføring” mener vi her både rehabiliteringspenger og yrkesmessig attføring. Å søke varige trygdeytelser kan innebære å søke halv uføretrygd og fortsatt være delvis i arbeid. Dette var tilfelle for fem av 10 som søkte varige ytelser i FAPRO. ”Annet” kan innebære at sykmeldingsperioden gikk over i svangerskapspermisjon (FAPRO), eller at arbeidstakerne har sluttet (Ringnes).

Vi mangler tall fra KOBOKS og Sør-Troms-prosjektet. Men ser vi på denne tabellen, ser vi at den store delen av sykmeldte på aktiv sykmelding har gått tilbake til vanlig jobb. Noen søker om varige ytelser, ev. i kombinasjon med arbeid, og noen er omplassert eller under yrkesmessig attføring eller rehabilitering.

Ble aktiv sykmelding brukt som en tidlig intervensjon?

Det viser seg å være noe forskjellig. I prosjekt ”Aktiv sykmelding” skulle legen gi den sykmeldte forslag til avtale. Dersom arbeidstakeren gikk til arbeidsgiver med avtalen, kunne avtalen tre i kraft i løpet av andre uken vedkommende var borte fra jobb. I FAPRO-prosjektet ble kontakten med den sykmeldte tatt mellom 14 dager og seks uker etter arbeidsgiverperioden, dvs. fire til 10 uker ut i sykefraværperioden. På Ringnes skulle nærmeste leder ta kontakt og tilby aktiv sykmelding etter 14 dager. Dette ble ikke fulgt opp, og i praksis hadde den sykmeldte gjennomsnittlig vært sykmeldt i 60 arbeidsdager eller 12 uker før avtalen ble iverksatt (Haugen 1998:85). Sør-Troms og KOBOKS innkalte til samtale etter to ukers sykefravær og iverksetting av aktiv sykmeldingsavtale ville normalt skje i tredje eller fjerde fraværssuken.

Vi ser at de fleste prosjekter har lagt seg på en rutine med innkalling etter to uker. Praksis viser seg å bli noe annerledes, idet linjeledere legger sin egen vurdering til grunn og ikke automatisk gir tilbud etter to uker. Leger som meldte tilbake til KOBOKS ga også uttrykk for at innkalling og tiltak kom for tidlig, og at ikke alle som fikk tilbud hadde behov for det. Men hvem skal avgjøre om den sykmeldte har behov for et slikt tilbud? Hvem skal gå inn i den enkelte saken og vurdere? KOBOKS-rapporten peker på at det nok ikke vil være legene som signaliserer behov i rett tid – de har stort arbeidspress og dårlig tid (Gylte 1999:68).

Erfaringen fra dette programmet er at et tidlig tilbud om aktiv sykmelding bør gå til den sykmeldte uten for mange vurderinger. Det må være opp til den sykmeldte selv å vurdere om tilbudet er egnet og et gode for ham eller henne.

Hvor ligger initiativet?

I mange av prosjektene var aktiv sykmelding det virkemiddelet prosjektet brukte for å komme i gang med oppfølging tidlig. Hva viser seg effektivt for å få til en økning i bruk av aktiv sykemelding?

Når prosjektene planla arbeidet med aktiv sykmelding, var det forskjellig hvor de la ”motoren” eller initiativet i arbeidet.

”Aktiv Sykmelding”	Legen
KOBOKS	Trygdekontoret
Sør-Troms	Trygdekontoret
FAPRO	Arbeidsgiver
RiT	Arbeidsgiver
Ringnes	Arbeidsgiver

I Folkehelsas prosjekt, Aktiv Sykmelding, var initiativet lagt til legen. Legen er den som treffer pasienten først, og er derfor en nøkkelperson i strategien for å sette inn aktive tiltak tidlig. Som vi har pekt på, var denne strategien mislykket. Effekten prosjektet fant mht. økt iverksetting av aktiv sykmelding, må tilskrives de ansatte koordinatorene. Sør-Troms-prosjektet tok konsekvensen av manglende deltakelse fra legene og tok over initiativet for å få i gang aktiv sykmelding som del av en aktiv oppfølgingsstrategi. Trygdekontoret har tatt initiativet til å bruke aktiv sykmelding i 60 prosent av tilfellene, og legen i 21 prosent. I de øvrige tilfellene kommer initiativet fra arbeidsgiver og/eller den sykmeldte selv (Mortensen, Sandtorv og Skoglund 1998:59). Dette prosjektet oppnådde økt iverksetting av aktiv sykmelding. KOBOKS har den samme tilnærmingen, og også de kan vise til en viss effekt. I Ringnes og FAPRO var det arbeidsgiversiden, ved leder eller annen bedriftsrepresentant, som skulle stå for initiativet. Vi fant at i disse prosjektene kom den sykmeldte ikke så tidlig i gang med bruk av aktiv sykmelding. Ved Regionsykehuset i Trondheim var det prosjektet som tok initiativet, men i følge den rutinen som ble utarbeidet i prosjektperioden, er det arbeidsleder som skal stå for initieringen. I siste del av prosjektperioden sørget avdelingen selv for å initiere og følge opp 15 tilfeller.

Prosjektene viser at det fins flere veier å gå for å øke bruken av aktiv sykmelding. Noen må imidlertid ta initiativet, og prosjektene viser at dette ikke kan være legen. Prosjektet Aktiv Sykmelding hadde egne koordinatører, ressurspersoner som var tenkt som ”eksperthjelp” til ulike aktører. Ingen trengte denne hjelpen, men prosjektet fant at det var stort behov for å ta kontakt med den sykmeldte og gi informasjon. Dette er imidlertid en trygdekontoroppgave og en oppgave for arbeidsgiver. Sør-Troms-prosjektet viste at ansvaret for å øke bruken av aktiv sykmelding også kan ligge ved trygdekontoret.

Ingen har negative erfaringer med arbeidsgiver som den som initierte, selv om disse tilfellene kom litt senere i gang. De ulike bedriftsprosjektene var ikke først og fremst lagt opp for å øke bruken av aktiv sykmelding, og kan derfor ikke direkte sammenliknes med ”Aktiv Sykmelding” og Sør-Troms-prosjektet. Vi må også skille mellom hva som skjedde i prosjektperioden og hva som skulle bli praksis senere. Sør-Troms-prosjektet rettet sin oppmerksomhet mot arbeidsgiver nettopp med tanke på at arbeidsgiver skulle ta større del av oppfølgingen. Dermed ligger det i fortsettelsen at arbeidsgiver overtar en større del av ansvaret for å initiere aktiv sykmelding. Dette var også lagt inn i rutinen ved RiT, selv om det ikke var prosjektets strategi for å få tiltaket i gang.

I SOT var det også prosjektleder som tok initiativ til og fant løsninger for aktiv sykmelding. I rutinen ble ansvaret plassert på linjeleder. Problemet var at alle sjåførene var organisert under en leder, noe som gjorde oppfølgingsarbeidet vanskelig. Det ble derfor tatt initiativ til en omorganisering av sjåførene fra en til tre avdelinger, og åpnet opp i rutinen for at tillitsmenn i den første perioden kunne være de som tar kontakt med den sykmeldte. Dette peker også på hva som skal til i virksomheten for å få iverksatt aktiv sykmelding og oppfølgingsrutiner generelt – linjeledelsen må også praktisk kunne forholde seg til dem de skal følge opp, og enheten må ha en størrelse som gjør det mulig.

10.4.3 Hva er målet for aktiv sykmelding?

Aktiv sykmelding er et virkemiddel som kan tjene mange (for)mål, jfr. poteten. Vi kan skille mellom to hensikter ved bruk av aktiv sykmelding, at personen beholder kontakten til

arbeidsstedet (integrasjon) og at personen prøver ut tilpasset arbeid/arbeidssted, annet arbeid eller egen arbeidskapasitet (tilbakeføring/omskolering). Effekt må da ses i relasjon til to ulike mål. Dette innebærer at vi har et evalueringsproblem. Dette er det samme måleproblemet som ligger i attføringsforskningen (Ford 1993). Målet for attføring er å komme tilbake i arbeid, men samtidig skal attføring være prøvd før tilståing av uføretrygd. Attføring blir slik også en utprøving mot uføretrygden. Aktiv sykmelding kan på samme måte ha to ulike mål som attføringstiltak. Ideelt sett skulle vi ha visst hva som var målet med iverksetting av aktiv sykmelding i det enkelte tilfellet, for å kunne evaluere tiltakets resultat. Det går fram av brukerevalueringen i noen prosjekter at aktiv sykmelding dels har vært brukt sosialintegrativt. De sykmeldte har vært glade for å kunne være på arbeidsplassen og slippe å sitte hjemme, samtidig som de har fått prøve seg på nye oppgaver eller de har fått god tid til å komme seg inn i gamle oppgaver igjen (tilbakeføring til arbeid).

To prosjekter har prøvd å følge opp ut fra mål og avtale, Sør-Troms og RiT. I Sør-Troms-prosjektet ble det utarbeidet en rekke formularer, blant annet et saksbehandlerskjema som skulle brukes til å dokumentere hva som var gjort. Dette opplegget fungerte imidlertid ikke. Skjemaene ble mangelfullt utfylt og det var lite å lese ut fra dem.

Poenget i forsøkene med aktiv sykmelding på RiT, var tett oppfølging ut fra mål i den enkelte saken. Tanken var at fortløpende dokumentasjon og evaluering skulle kunne brukes til å komme raskere i gang med en avklaring av veien videre. Dette kunne gi trygdekontoret et bedre grunnlag for å vurdere behovet for attføringsbistand. Planen ble gjennomført bare i seks case, men arbeidet i disse casene fikk en positiv evaluering av trygdekontoret, fordi det supplerte legens funksjonsbeskrivelse.

Her ligger det viktige poenger. Aktiv sykmelding gir arbeidsgiver en god mulighet til å kunne avklare og prøve ut den sykmeldte i en 12 ukers periode, uten kostnader for arbeidsgiver og uten økonomisk tap for den sykmeldte. Derfor er det viktig at virksomhetene tar vare på denne muligheten og bruker aktiv sykmelding bevisst for avklarings- og tilbakeføringsformål. Ut fra en slik tenkning bør også arbeidsgiver og arbeidstaker ha store interesser i selv å initiere aktiv sykmelding, og hovedansvaret bør derfor ligge i virksomheten. For mange sykmeldte er det i virksomheten, i tilpasning av arbeidet, at løsningen ligger. Det er også lettere og mer naturlig å drive tett oppfølging i virksomheten, på en arena der leder og den sykmeldte normalt møtes, der eventuell forebygging må foregå og der en har grep om kontinuiteten i den enkelte saken.

Trygden har ikke hovedansvaret for å følge opp den sykmeldte, men er en hjelper. Det er også mer uklart hvordan - og om - trygden kan drive tett oppfølging. Vi så at Sør-Troms-prosjektet prøvde å få grep om oppfølgingen gjennom bruk av metoder fra kvalitetsstyringstradisjonen. Det fungerte ikke. Prosjektets tiltak foregikk i små kommuner, og vi vil anta at det systematiske og skriftliggjøringen som ligger i KS-tradisjonen, vil framstå som unødig byråkratisering i små forhold.

Konklusjon

Prosjektene viste gode erfaringer både med arbeidsgivere og trygdekontoret som den som initierte aktiv sykmelding. Å satse på legene, syntes å være et blindspor. Egne koordinatorene fungerte også godt, med det er liten grunn for å "finne opp" nye parter eller profesjoner i oppfølgingen av sykmeldte når vi allerede har mange aktører med ulike ansvar. Poenget må være å finne fram til gode arbeidsmåter. FAPRO fant at det ville være upraktisk og for arbeidskrevende dersom trygdekontoret skulle inn i alle aktiv sykemeldingssaker. Avtalene

burde gjøres mellom arbeidsgiver, som har et oppfølgingsansvar og den sykmeldte, med trygdekontoret som den som godkjenner. Ut fra forsøkene og deres erfaringer mener vi at dette er en rimelig konklusjon. Dette retter søkelyset mot arbeidsgiver og arbeidsgivers organisasjon og deres interesser og ferdigheter mht bruke av aktiv sykemelding. Men det er også nærliggende å tenke at trygden må initiere der arbeidsgiver svikter og der legen ikke fyller sin oppgave.

Vi vil komme tilbake til ansvaret for oppfølging og oppfølgingsmodeller i kapittel 13.

11 Reaktivering av uføre med restarbeidsevne

11.1 Innledning

Målet for "Arbeidslinja" i offentlig politikk er å opprettholde en stor arbeidsstyrke. En stor arbeidsstyrke sikrer de manges bidrag til verdiskapingen, og lønnsarbeidet antas å ha en integrerende funksjon for individet. Arbeid for alle har slik sett flere typer av gode begrunnelser. De tiltakene dette forsøksprogrammet prøver ut kan alle relateres til arbeidslinja. De er knyttet til individets rehabilitering, til arbeidsgivers og trygdens oppfølging av syke og til forebyggende arbeid, rettet både mot arbeidsstokken generelt og mot uføretrygdede for å bringe dem over i aktive tiltak og eventuelt tilbake til arbeidslivet.

Ser vi på tiltak rettet mot uføretrygdede, har de sin bakgrunn i en antagelse innen offentlig politikk om at mange uføretrygdede har en betydelig restarbeidsevne (Attføringsmeldinga s. 91). *Denne restarbeidsevnen antar en ikke ble ivaretatt før individet gikk ut av arbeidsstyrken.* Derfor prøver en ut tiltak som kan trekke individer med antatt restarbeidsevne inn i arbeidsstyrken igjen.

Attføringsmeldingen viser til integreringsarbeid rettet mot yrkeshemmede i andre land. Ved hjelp av lovverket har en i mange land innført kvoteordninger for yrkeshemmede i virksomhetene. I den tyske ordningen er målgruppen svakere fungerende yrkeshemmede, hvilket omfatter 800 000 personer (i tidligere Vest-Tyskland) (St.meld.nr. 39 1991-92:87). Denne gruppen er i følge attføringsmeldinga personer som tilfredsstillter om lag de samme kriteriene som gjelder i Norge ved tildeling av uføretrygd. Meldingen viser for øvrig til en rekke tiltak rettet mot å integrere grupper med liten arbeidsevne i det ordinære arbeidslivet.

På denne bakgrunn ligger det en forventning i meldingen om at integrering av personer med til dels stor reduksjon i arbeidsevne skal være mulig også i Norge. Meldingen argumenterer imidlertid ikke for å gå lovveien med kvoteordninger. To perspektiver trekkes opp:

1. Det ene perspektivet handler om økonomiske insentiver og utvidelse av eller økt fleksibilitet i bruken av de virkemidler vi kjenner. Spesielt legges det vekt på å få bedre kobling av arbeid og trygd.
2. Det andre perspektivet handler om reorganisering av hjelpeapparatet. Her ønsker en å samle mange av de aktive virkemidlene i én etat, og tillegge Arbeidsmarkedsetaten utvidede oppgaver og ansvar for attføringsarbeidet. Poenget er at restarbeidsevnen skal ivaretas før en person går ut av arbeidsstyrken, og at en har tro på at et godt organisert apparat kan evne en slik oppgave.

Videre ønsker en å utprøve *nye modeller for integrering av yrkeshemmede i arbeidslivet*, der en legger hovedvekten på den *personlige og faglige oppfølgingen av de yrkeshemmede ute i jobb*, istedenfor på økonomiske insentiver overfor arbeidsgiver (arbeid med bistand). En spør ikke lenger hvem det er mulig å tilbakeføre eller hvilke grupper av yrkeshemmede det er plass til i arbeidslivet. I stedet viser meldingen til utenlandske erfaringer som peker *mot at resultatet av attføring avhenger mer av at attføringsapparatet gjør de riktige tingene enn at en har selektert de riktige personene*. Meldingen antar at flere enn hva det er vanlig å tro, kan integreres i det ordinære arbeidslivet (Attføringsmeldingen, s. 84-85). Å få dette til handler først og fremst om utviklingen av tjenester i det offentlige.

Vi har i offentlig politikk tre hovedantakelser om målgruppen, der to handler om restarbeidsevne og en handler om sosial integrering:

1. Det eksisterer en betydelig restarbeidsevne hos uføretrygdede. Denne gruppen har ikke fått attføring eller de har ikke fått et egnet tilbud. At tilbudet ikke var egnet, handler om hjelpeapparatets organisering.
2. Folks helse kan endre seg, noen kan bli bedre etter noen år som trygdet og kan tenkes å være arbeidsdyktig senere.
3. Våre viktigste arenaer for sosial kontakt, utfoldelse og identitetsforankring er knyttet til lønnet arbeid. Å holde folk i arbeid kan slik bidra til sosial integrasjon og opprettholdelse av egenverd og identitet.

11.1.1 Hva vet vi om unge uføre?

Ung ufør er den som er fødd ufør, eller er blitt minst 50 prosent ufør før han eller hun fylte 26 år²³. I vår sammenheng brukes begrepet unge uføre bredere og er definert i det enkelte prosjektet som *unge uførepensjonister*.

Vi må anta at de antagelser som gjøres om muligheter til reaktivering, bygger på kunnskaper om gruppen. Vi vil her kort peke på egenskaper ved gruppen som har betydning for deres mulighet og motivasjon for reaktivering og deres sannsynlighet for suksess i attføringsapparatet. Hvem er de unge uførepensjonistene? Opplever de at helsen er blitt bedre? Føler de seg isolert? Har de andre problemer eller grunner som trekker dem mot arbeidslivet på nytt? Denne framstillingen bygger på Becken 1996, og omfatter unge uførepensjonister mellom 20 og 40 år.

Utdanning

40 prosent av de unge uføre hadde inntil ni års skolegang av personer uføretrygdet i 1985. I 1990 hadde en noe høyere andel mer utdanning. Det var ikke store kjønnsforskjeller.

Helse og diagnoser

40 prosent av de trygdede oppga at de har dårlig helse, 32 prosent av mennene og 45 prosent av kvinnene. Henholdsvis 26 prosent av mennene og 18 prosent av kvinnene karakteriserte sin helse som god.

Sinnslidelser var den største diagnosegruppen for nye uførepensjonister samlet sett. Den var den viktigste diagnosen for menn med 41 prosent, mens 27 prosent av kvinnene fikk denne diagnose. For kvinner var muskel-, skjelett- og bindevevslidelser den viktigste diagnosegruppen, idet den berører 33 prosent av de nye uføretrygdede kvinnene. Samlet står disse to diagnosegruppene for 60 prosent av de nye uføretrygdede i 1990.

Men ser vi på hva de uføretrygdede selv oppfatter som det viktigste som hemmer dem arbeidsmessig eller sosialt, forandres inntrykket ved at muskel- og skjelettsykdommer er den årsaken som oppgis oftest, av 33 prosent som første sykdom. Samlet oppgir 88 prosent av gruppen at de hemmes av sykdommer i denne diagnosegruppen. Kvinner rapporterer om ryggproblemer og muskel- og bløtdelsrevmatisme og menn rapporterer om nevroses, personlighetsforstyrrelser og andre ikke-psykotiske lidelser (Becken 1996:35).

²³ Vedkommende må ha en alvorlig og klart dokumentert sykdom.

Økonomi

Becken finner at de fleste som var uførepensjonert, klarte seg bra økonomisk. Men 22 prosent fikk ikke inntekten til å strekke til. Sammenliknet med tiden før pensjonering har 34 prosent det som før, 33 prosent har det dårligere og 23 prosent har det bedre. Videre ble det spurt om livssituasjonen var endret etter uførepensjonering. 49 prosent oppgir at situasjonen var endret til det bedre.

- Det viktigste for *kvinner* var å få en stabil inntekt (44 prosent), slippe å jobbe med smerter (27 prosent) og at de hadde fått bedre råd (27 prosent). Kvinner oppgir oftere enn menn sosial isolasjon og savn av arbeidskamerater som faktorer som forverrer situasjonen (Becken 1996:76,77).
- Det viktigste for *menn* var å ha en stabil inntekt (55 prosent). Menn har fått dårligere råd, de er blitt mer isolert sosialt, og de savner arbeidskamerater.

Erfaringer med tiltaksapparatet og egen kapasitet

87 prosent av de uføre ville foretrekke å ha en jobb, dersom det var mulig. Men mange mente det var umulig å tilrettelegge jobber som de kunne klare, ved siden av at de ikke vet når de har gode eller dårlige dager. Dette vet de noe om.

Omtrent 50 prosent av de uføretrygdene hadde forsøkt attføring. For dem som ikke hadde vært gjennom attføring, var den viktigste grunnen at de var for syke og at lege eller psykolog hadde frarådet at attføring skulle prøves. 60 prosent av de attførte hadde hatt arbeidstrening, de fleste på vernet bedrift. Nesten halvparten av de attførte hadde prøvd en eller annen form for utdanning eller skolegang. Av dem som hadde prøvd attføring hadde 37 prosent avbrutt ett eller flere attføringsopplegg, og den vanligste grunnen var at helsen var blitt dårligere. Av dem som hadde prøvd attføring, kunne 42 prosent tenke seg å prøve på nytt. Litt flere menn enn kvinner var positive til dette. De fleste ville foretrekke arbeidstrening framfor skolegang ved ny attføring.

Vi ser at den populasjonen som en søker å reaktivisere, er preget av:

- Dårlig helse. Den halvparten som oppgir at attføring ikke er forsøkt, oppgir at det var av helsemessige grunner, og bare 18 - 26 prosent av hele gruppen oppgir at helsen er blitt bedre.
- En stor del av gruppen har lav utdanning.
- Mange har vært i attføringsapparatet fra før, mange har prøvd flere tilnærminger, har avbrutte attføringsopplegg bak seg, men likevel kunne 1/3 tenke seg å prøve på nytt.
- Menn oppgir økonomiske problemer, kvinner sosiale problemer.

11.1.2 Hva vet vi om attføringsapparatet?

Ford har studert attføringens resultater, og finner at attføringen i liten grad lykkes overfor personer som tidligere ikke hadde arbeidserfaring. Bare 10 prosent i denne gruppen var i arbeid to år etter avsluttet attføring. Resultatene var bedre for dem som tidligere har vært i arbeid. Ved avsluttet attføring var nesten halvparten utskrevet til arbeid. To år etter tiltak var en fjerdedel i ordinære arbeidsforhold uten offentlige ytelser. En tredjedel kom tilbake til attføring og hadde reelt sett ikke avsluttet sin attføringsperiode (Ford 1993)²⁴. Faktorer som

²⁴ Undersøkelsen bygger på spørreskjema til 5 prosent av alle attføringstilfeller som var registrert avsluttet i Rikstrygdeverkets dataregister i 1988 og 1989, der ytelsen var gitt med hjemmel i "yrkesmessig attføring". Alle

korrelerte med positivt atfføringsresultat var kjønn (mann), hadde tidligere vært i arbeid og sjølforsørget, alder, et visst nivå på utdanning og en diagnose i gruppen muskel og skjelett (L). Vi ser at det er vanskelig å få varige resultater. Men likevel er det noen som lykkes. Hva handler dette om, er det egenskaper ved individene eller ved tiltakene?

Tiltakstyper

Klienter som falt ut av arbeid i oppfølgingsperioden hadde stort sett de samme individuelle forutsetninger som dem som forble i arbeid. Men gruppene skilte seg noe mht. *tiltakstyper*. De som falt ut av arbeid hadde i større grad en kombinasjon av tiltakstyper. Videre hadde de oftere vært i arbeidstrening og kommet raskere tilbake til arbeid enn dem som forble i lønnet arbeid.

Det er gjort evalueringer av effekten av ulike virkemidler i atfføringsapparatet, av hospitering og av ordinær skolegang for yrkeshemmede (Grøgaard 1998)²⁵, som er de to viktigste virkemidlene for å tilbakeføre yrkeshemmede til arbeidslivet. Undersøkelsen viste hvordan disse to virkemidlene har ulike innretninger og ulike resultater på to grupper som var noe, men ikke vesentlig forskjellige ved starttidspunktet. Halvannet år etter avsluttet skolegang svarte 67 prosent at de var i arbeid, heltid eller deltid, i fast eller midlertidig stilling. Mindre enn 5 prosent var uføretrygdet. Tilsvarende tall for dem som hadde vært under hospitering, var 35 prosent i arbeid og 24 prosent uføretrygdet.

Egenskaper ved apparatet

Atfføringskonsulentene i trygdeetaten syntes at de hadde mer en nok å gjøre med dagens atfføringsaker, og var lite innstilt på en ny runde med atfføring av uføretrygdede (Bergland 1994:22-23). De funksjonshemmede opplevde at atfføringskonsulentene ikke hadde tid til å bistå dem i tilstrekkelig grad (Bergland 1992).

Det finnes også hindringer innen atfføringsapparatet mht. å gi tilbud til dem som er sterkt yrkeshemmet. Arbeidsmarkedsbedrifter ønsker arbeidskraft med stor kapasitet, og ønsker derfor ikke å ta i mot klienter fra denne gruppen. Det ble uttrykt fra en arbeidsmarkedsbedrift at flertallet av dem som blir henvist fra arbeidskontoret betraktes som arbeidsudyktige i relasjon til de behov bedriften har (Bergland 1994:24).

Oppsummering

Vi ser at å starte reaktivering er en usikker prosess, dersom målet er ordinær deltakelse i arbeidslivet. Vi ser videre at det normalt gir størst suksess med utdanning, og undersøkelser indikerer at gruppen uføretrygdede ikke har høy prioritet i hjelpeapparatet.

registrert avsluttede saker ved 13 trygdekontor inngikk i utvalget. I tillegg ble et utvalg av saksbehandlere ved trygde- og arbeidskontor, samt noen klienter intervjuet. 342 saker utgjør grunnlaget for rapporten.

²⁵ Undersøkelsen bygger på to datasett. Det ene er en spørreskjemaundersøkelse til yrkeshemmede som ble utskrevet fra atfføring med ordinær skolegang som siste tiltak, i perioden juni - desember 1996. Dette materialet består av 581 enheter.

Det andre datasettet er en spørreskjemaundersøkelse til et utvalg av 1229 personer som hadde vært på hospitering, rapportert i Eldring og Grøgaard 1996).

11.2 Presentasjon av forsøkene

Vi vil i dette kapitlet presentere de tre reaktiveringsprosjektene og problemstillinger som disse forsøkene reiser.

Matrise 4. Oversikt over uføreprosjektene

	Arendal	Oslo	Sør-Trøndelag
Mål-gruppe	<ul style="list-style-type: none"> Uføre under 45 år Ønsker reaktivering Ønsker ikke å nytte det vanlige apparatet Ingen spesielle diagnosegrupper 	<ul style="list-style-type: none"> Uføretrygdede personer, født 1949 eller senere Innvilget uførepensjon etter 1988 Sykdom i muskel/skjelettsystemet Utelukket bidiagnoser (P) 	<ul style="list-style-type: none"> Personer uførepensjonert før 1.7.91 Lyst og motivasjon for å prøve seg igjen Ingen spesiell diagnosegruppe, men utelukket rusmiddelbrukere
Formål	Arbeidsutprøving Motivering	Arbeidsutprøving Motivering	Motivering Arbeidsutprøving
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> 10 ukers arbeidstrening i bedrift (4 ukedager i 12 uker) Oppstartkurs i 2 uker og 1 ukedag kurs i 12 uker Arbeidslivskunnskap Motivering Smerteforebygging	<ul style="list-style-type: none"> 8 ukers arbeidstrening i bedrift Kurs i 5 uker Bevisstgjøring Avspenning Kunnskap om hjelpeapparat, jobbsøking mm.	<ul style="list-style-type: none"> 12 ukers arbeidstrening i bedrift Kurs i 8 uker Arbeidsavklaring Motivering Sykdom og forebygging
Varighet	12 uker	13 uker	20 uker

Matrise 5. Oversikt over deltakerne i uføreprosjektene

Tema	Arendal	Oslo	Sør-Trøndelag
Antall deltakere	34	9	11
Hvem deltok	28 uføretrygd 6 attføring	3 uføretrygd (50-100%) 6 attføring (50-100%)	10 100% uføretrygd 1 gradert uføretrygd
Hvor mange fullførte	27	9	5
Utdanning	Grunnskole 7 Hel/del videreg. 8 Høyskole/univ.1 ²⁶	Grunnskole 2 Videregående 6 Høyskole/univ. 1	Ukjent
Kjønnsfordeling	22 kvinner 12 menn	9 kvinner	11 kvinner
Gjennomsnittsalder	Ca. 38 år	42,5 år	Ca. 45 år
Resultat	17 jobb/skole 4 arbeidssøkende	2 jobb 5 arbeidstrening 2 uavklart	1 jobb 1 skole 2 arbeidstrening

²⁶ Det foreligger bare utdanningsopplysninger om de som gikk i prosjektet i 1994.

11.3.1 Reaktivering av unge uførepensjonister – Oslo fylkestrygdekontoret

Prosjektet ble gjennomført ved Oslo Fylkestrygdekontor i 1996. Prosjektet er rapportert i: Trine Nebell og Bent Knutsen, 1996: *Reaktivering av unge uførepensjonister*. Fylkestrygdekontoret i Oslo

Prosjektets mål

- Å gi brukerne et tilbud som kan føre til rehabilitering og å prøve ut aktiviteter knyttet til rehabiliteringsarbeidet for denne målgruppen.
- Avklare hvilke tiltak som må til for at en arbeidsgiver skal kunne tilby en funksjonshemmet arbeidstaker arbeid.
- Avklare hva som skal til for at arbeidstakerorganisasjonene skal akseptere en funksjonshemmet arbeidstaker.

Målgruppe og utplukk

Målgruppen skulle primært bestå av personer med arbeidsrelaterte lidelser og sykdomstilstander, med særlig vekt på personer i risikozonen med muskel- og skjelettlidelser og andre kroniske smertetilstander. Personene skulle hentes fra gruppen av uføre eller personer på rehabiliteringspenger²⁷. De uføretrygdede skulle være født 1949 eller senere og ha fått innvilget uførepensjon etter 1988. Dette innebærer at personene ved oppstarten av tiltaket skulle være under 46 år og ha vært uføretrygdet i sju år eller mindre.

Planen var å kjøre to forsøksgrupper, hver på åtte personer. Utvalg skulle skje gjennom fire trygdekontorer, slik at hvert kontor plukket ut fire deltakere hver. Utplukket skulle skje etter EDB-lister som forelå ved det enkelt trygdekontoret. Det skulle i utgangspunktet plukkes ut åtte personer ved hvert kontor. Det ble opprettet arbeidsgrupper ved de fire trygdekontorene. Disse skulle stå for utplukket, samt delta i intervjuingen og på den første samlingen for brukerne. Ut fra datalistene syntes 367 saker å kunne være aktuelle. Kontorene gikk gjennom sakene og utelukket saker med alvorlige lidelser. Personer med muskel- og skjelettlidelser og psykiatriske bidiagnoser ble også utelukket. Av 367 saker ble til slutt tre uføretrygdede rekruttert til prosjektet. Seks personer ble rekruttert via arbeidskontorene. Alle ni var kvinner, og gjennomsnittsalderen deres 42,5 år. Kvalifikasjonsmessig hadde to grunnskole, seks videregående og en høyskole/universitet.

Intervensjon

Forsøket var gruppebasert og besto av to grupper med til sammen ni deltakere. Intervensjonen besto av et kurs på fem uker (fire dagers uke, fem timer pr. dag) og en periode med åtte ukers arbeidsutprøving i bedrift. Den første delen, kursdelen, skulle inneholde:

- Elementer av selvutvikling, selvforståelse, grensesetting og mental trening.
- Læring om fysisk trening og øvelser, individuelt og i grupper.
- Informasjon om arbeidslivet, motivering og veivising i det offentlige hjelpeapparatet.
- Jobbsøkingprosess med jobbsøknad, intervju m.v.

Det ble ansatt to eksterne medarbeidere for å arbeide med kursdelen. Det skulle det utvikles samarbeid med Fylkesarbeidskontoret i Oslo om arbeidslivsinformasjon og liknende tjenester.

²⁷ Prosjektskisse "Reaktivering av unge uføre". Vedlegg til brev til RTV av 15.11.95.

Arbeidstreeningen skulle skje i bedrift. Deltakerne kunne finne fram til arbeidsplasser selv eller få tildelt arbeidsplasser gjennom prosjektet, ut fra de kontakter som prosjektet hadde²⁸.

Ansvar for å skaffe plasser lå på prosjektleder. I utgangspunkt hadde en planer om at valg av plasser skulle skje i samråd med arbeidskontorene og gjennom deres kontakter²⁹. På forhånd var det skaffet til veie 12 arbeidstreningsplasser på tre bedrifter. Det viste seg at de arbeidstreningsplassene som var tilrettelagt på forhånd ikke tilfredsstilte deltakernes ønsker, og disse plassene ble derfor i liten grad benyttet. Det ble av denne grunn et opphold mellom kursdelen og arbeidstrenings-delen. Av de ni opprinnelige deltakerne, deltok sju i arbeidstreeningen.

Hver av de to kursene ble avsluttet med en oppsummeringsdag, for å oppsummere intervensjonen og for å legge rehabiliteringsplaner for den enkelte. For å lage planer satte en sammen en "basisgruppe", med prosjektleder og de lokale trygde- og arbeidskontorene. Det var intensjonen at videre planer slik skulle knyttes opp til det ordinære hjelpeapparatet. I hvilke grad dette skjedde, er ikke rapportert.

Samarbeid med andre etater/tjenester

I dette prosjektet var arbeidskontoret inne i kursdelen med orientering om arbeidsmarkedet og jobbsøking, og igjen i avslutningen for å delta i arbeidet med rehabiliterings- eller attføringsplaner.

Resultater og erfaringer

Brukerevalueringen av intervensjonen var jevnt over positiv. Informasjonsdelen (informasjon om det offentlige hjelpeapparatet) ble minst positivt vurdert, fordi flere brukere ikke opplevde denne delen som relevant.

Ved avsluttet kurs var to i jobb, fem var i arbeidstreening, og for to var situasjonen uavklart. Departementets rådgivingsgruppe ønsket at prosjektets resultater skulle følges over lenger tid, og pekte på at denne oppgaven måtte ligge ved fylkestyngdekontoret. Slike planer ble bekreftet av prosjektlederen³⁰. Prosjektet ble imidlertid avsluttet som planlagt, og vi er ikke kjent med videre oppfølging av brukere av tiltaket fra Oslo fylkestyngdekontors side.

Prosjektet hadde som mål å avklare hva som må til av tiltak for at en arbeidsgiver skal kunne tilby en funksjonshemmet arbeidstaker arbeid, og hva som skal til for at arbeidstaker-organisasjonene skal akseptere slike arbeidstakere. Rapporten listet en rekke krav som partene i arbeidslivet mente måtte være til stede. De la vekt på at kandidatens kompetanse var til stede og at vedkommende kunne fylle stillingens jobbkrav, at det tilføres midler til bedriften, legges til rette osv. Rapporten oppsummerer med at arbeidsgivere vurderer funksjonshemmede som vanlige arbeidstakere og stiller de samme kravene. Derfor er det viktig at en i et samarbeid trekker med personer som har riktig kompetanse og kjenner den funksjonshemmedes muligheter og begrensinger. Slik kan en best skreddersy en jobb.

Prosjektleder erfarte at det var vanskelig å oppnå samarbeid med arbeidsmarkedsetaten for å få bistand fra arbeidskontoret. Kontakten fra prosjektet hadde gått formelt gjennom fylkesarbeidskontoret. Det var vanskelig å få kontakt og tilbakemelding, de formelle kanalene fungerte ikke. Dette ga dårlige vilkår for den konsulenten som til slutt gjennomførte jobben.

²⁸ Fax av 09.06.95 fra FTK til RTV.

²⁹ Prosjektskisse "Reaktivering av unge uføre". Vedlegg til brev til RTV av 15.11.95.

³⁰ Samtale med Bent Knutsen 24.11.95.

Det var også vansker med prosjektarbeidet innad i trygden, i relasjon til fylkestrygdekontoret og i relasjon til de involverte trygdekontorene. Prosjektet opplevde at involveringen fra og frigjøringen av personer i arbeidsgruppen (personer ved de samarbeidende trygdekontorene) ikke var avklart og forankret i kontorene, og at prosjektmedarbeidere fikk konflikter mellom forsøksarbeid og andre arbeidsoppgaver. Prosjektmedarbeiderne opplevde at deres prosjektdeltakelse førte til merarbeid for andre, som ikke var innforstått med forsøket og at gruppen/kontoret ble nødt til å avgi ressurser.

Prosjektleder opplevde også at prosjektets styringsgruppe manglet engasjement og eierskap, noe som kan forklare den vanskelige situasjonen arbeidsgruppens medlemmer i det enkelte trygdekontoret opplevde (Nebell og Knudsen 1996:28).

11.3.2 Unge uføre i arbeid. En modell for utprøving av arbeidskapasitet. Aust-Agder fylkestrygdekontor

Dette prosjektet ble iverksatt ved Arendal trygdekontor og har gått over årene 1994 og 1995. Samlet har 34 personer deltatt, 16 i 1994 og 18 i 1995. Det foreligger rapport fra begge driftsårene. Vår framstilling er basert på Lill Torunn Egidius Antonsen: "Unge uføre i arbeid. En modell for utprøving av arbeidskapasitet. Prosjektrapport 1994", Fylkestrygdekontoret i Aust-Agder og "Unge uføre i arbeid. En modell for utprøving av arbeidskapasitet. Prosjektrapport 1995", Fylkestrygdekontoret i Aust-Agder.

Prosjektets mål

Prosjektet hadde følgende mål:

- Gi mulighet for å prøve ut ferdigheter og utholdenhet i ulike arbeidssituasjoner.
- Tilføre kunnskap om arbeidslivet og jobbsøking.
- Forebygge og mestre smerteopplevelse.
- Motivere for lønnsarbeid.

Målgruppe og utplukk

Målgruppen skulle bestå av personer under 45 år som ønsket reaktivisering. Prosjektleder delte de uførepensjonistene hun arbeidet med i tre grupper:

1. De som ønsket å reaktivisere seg og som kunne benytte seg av eksisterende attføringstilbud, eller av arbeidsmarkedet.
2. De som ønsket å forsøke seg i arbeid, men i tilrettelagte former med lavere krav enn det som ble tilbudt via arbeidsmarkedsetaten. Med lavere krav menes både lavere tempo, redusert daglig arbeidstid og færre dager pr. uke.
3. De som ikke ønsket reaktiviseringstilbud.

Prosjektleder arbeidet parallelt med reaktivisering av gruppe 1. Trygdekontoret hadde hvert år en rekke henvendelser fra denne gruppen og reaktiviserte 14 personer i denne gruppen i 1994.

Målgruppen for prosjektet var kategori 2. Disse ble rekruttert på ulike måter. Prosjektet hadde basert seg på lister over uføre oversendt fra Rikstrygdeverket. Disse var hovedkilden for rekruttering i 1994. Utvalget var ikke gjort etter diagnose. I 1995 tok en også med uføre som selv henvendte seg på trygdekontoret for å undersøke sine muligheter. I tillegg ble det rykket inn annonse i lokalavisen, noe som ga 35 henvendelser. Noen ble også henvist fra sosialkontor, arbeidskontor og behandlende lege.

Av de 34 som deltok på tiltaket, var 22 kvinner og 12 menn. Gjennomsnittsalder var ca. 38 år. Seks var attføringsklienter som deltok i arbeidstreningen. Utdanningsopplysninger om deltakerne i 1994 foreligger ikke. På de siste to kursene (16 personer) hadde sju grunnskole, åtte helt eller delvis gjennomført videregående skole og én hadde utdanning på høgskole- eller universitetsnivå.

Intervensjon

Tiltaket var gruppebasert, med fire grupper over to år, og fire til 12 personer i hver gruppe. Tiltaket gikk over 12 uker for hver gruppe, med én kursdag pr. uke og fire dager pr. uke i bedrift. Prosjektet var basert på arbeidsutprøving, samt oppfølging av den enkelte over en lenger periode, og tenkt som et lavterskeltilbud og som et tiltak for avklaring av restarbeidsevnen. Intervensjonen har vært forankret i trygdekontoret, og prosjektleder og medarbeider har hatt sin arbeidsplass der. Prosjektet var tenkt som en trygdekontormodell, en utprøving av nye metoder i trygdens arbeid.

Arbeidsutprøving er den viktigste siden ved dette prosjektet. Det er viktig å prøve utholdenhet for å hindre at det blir satt i verk urealistiske attføringsopplegg som deltakeren opplever ikke å mestre. Prosjektet hadde noen ulike opplegg i hvert av de to utprøvingsårene. Det første året skjedde arbeidsutprøvingen gjennom en arbeidsmarkedsbedrift, det andre året gjennom alminnelige bedrifter i offentlig og privat sektor. Det første året ble deltakerne utplassert som gruppe, i 1995 med to eller tre i hver bedrift. I 1995 rekrutterte en først deltakerne før en fant fram til arbeidsutprøvingsplassene, for at brukernes egne ønsker skulle bli tatt vare på.

Prosjektet har også lagt vekt på at brukerne skulle kunne starte på lav belastning, f.eks. to dager pr. uke, og så øke opp til det de kunne klare.

Deltakerne ble samlet til støttetiltak en dag pr. uke, for å se på problemer og løsninger knyttet til det å være i arbeid. Tiltakene innbefattet samtaler individuelt og gruppevis, fysisk trening, smerteskole, yrkesveiledning og informasjon om arbeidslivet. Det første året hadde deltakerne trening i arbeidstiden ½ - 1 time pr. dag. Dette var ingen suksess og falt bort i 1995.

Prosjektleder har i hele perioden fulgt opp den enkelte og bidratt til å lage og følge opp en attføringsplan, i samarbeid med helsevesenet og arbeidsformidlingen.

Samarbeid med andre etater/tjenester

Det var i dette prosjektet nært samarbeid med arbeidskontoret. Leder av arbeidskontorets kvalifiseringsavdeling ga først en ½ dags felles undervisning om de tilbudene deltakerne kunne få gjennom arbeidskontoret. Deretter fikk alle tilbud om time på arbeidskontoret for å planlegge videre tiltak. Alle prosjektdeltakere var prioritert fra arbeidskontorets side og sto ikke i "kø". Dette var avtalt som en del av opplegget. Etter at arbeidskontoret hadde behandlet saken og gjort vedtak, var det prosjektleder (dvs. trygden) som fulgte opp attføringsplanen. Dette var fordi prosjektopplegget krevde nær oppfølging, og fordi arbeidsmarkedsetatens oppfølgingskonsulenter hadde svært begrenset mulighet til å følge opp på grunn av stor arbeidsbelastning. Det var likevel mye kontakt mellom arbeidskontoret og klientene. I 1994 hadde 11 av 14 personer vært i kontakt med arbeidskontoret i løpet av perioden, og i 1995 fikk ni av 16 personer bistand fra arbeidskontoret.

Bedriftene tok inn personene på tiltak på samme måte som de møtte nye midlertidige ansatte, og opplæringen foregikk skulder ved skulder. I ett tilfelle kjørte bedriften sitt vanlige "nyansatt-program".

Resultater og erfaringer

Av 34 personer som startet i tiltaket, falt sju fra i perioden og fullførte ikke kurset. Ved avsluttet tiltak var 17 av de opprinnelige 34 deltakerne aktive i jobb eller skole, fire var arbeidssøkende og ni var passive/status quo (Antonsen 1996:6). Noen av dem som avbrøt kurset var blant dem som kom over i arbeid.

Utprøving i bedrift

Det var noen problemer knyttet til arbeidstrening i arbeidsmarkedsbedriften for kurset i 1994. Deltakerne ble plassert i en egen gruppe i et bygg atskilt fra de øvrige produksjonslokalene, og ble lite integrert. Arbeidsoppgavene var greie, men passet ikke så godt for dem med muskelsmerter i armer, rygg og nakke.

Brukerne i 1995 gir en svært positiv evaluering av å arbeide i en vanlig bedrift. De ble sosialt ivaretatt og fikk opplæring. Og de opplevde jobben som meningsfull. Men prosjektet opplevde at terskelen var høy for mange. Noen av deltakerne måtte følges til arbeidsplassen den første tiden, og flere fant det vanskelig å bevege seg rundt i bedriften og gå i kantina. Et annet problem var at deltakerne ønsket tilbakemelding fra ledelsen på det arbeidet de utførte, noe de syntes var vanskelig å etterspørre selv, fordi de var i bedriften på særlige vilkår.

I dette forsøket, i 1995, var det i hovedsak prosjektet som plukket ut personer til aktuelle jobber. Dette kunne være et problem for noen bedrifter og personer, men i hovedsak var dette en god løsning som ble positivt evaluert fra bedriftene. Prosjektet erfarte at informasjon til alle nivåer i bedriften var viktig for at personen på tiltak skulle bli akseptert og integrert. For det siste kurset i 1995 prøvde prosjektet å samle alle bedriftene som skulle ta i mot personer på arbeidsutprøving i et møte. Det var viktig her å få med representanter både for ledelsen og de ansatte. Prosjektet erfarte at en slik forberedelse var nyttig for planleggingen av det som videre skulle skje i bedriften. Bedriftene hadde gode erfaringer med arbeidsutprøvingen og hadde trodd at personene var dårligere fungerende enn hva de faktisk var. Men bedriftene mente at utprøvsperioden var for kort. Deltakerne skulle være i bedriften i 12 uker, og i den første halvdel av tiden ble de opplært og trappet opp arbeidstiden for å komme opp i mulig kapasitet. Det ble da bare seks uker igjen til virkelig utprøving, og det ble ansett å være for kort tid i forhold til å prøve utholdenhet.

Kapasitet

Av de 16 personene som gjennomførte i 1995, fant seks personer ut at deres kapasitet var 1/2 stilling, mens 10 personer kom til at de ville klare full stilling. Disse har økt til 100 prosent etter at utprøvsperioden var over. Bedriftene vurderte at 10 av de 16 kunne gått direkte over i jobb, dersom det hadde vært ledige jobber. Av de 10 kunne fire arbeidet i halv stilling, de øvrige i hel stilling (Antonsen 1995:46). Grunnen til at videre tilbakeføring ikke skjedde, ligger delvis i forhold i arbeidsmarkedet. Men det var også andre grunner til at noen av tiltakspersonene ikke ville blitt ansatt. Alle hadde ikke den nødvendige fleksibilitet til å dekke andre jobber i bedriften ved behov. Vi ser her at det er forskjell på brukernes egen vurdering av sin kapasitet og bedriftens vurderinger. 10 klienter mente at de ville klare full stilling, men bare seks av arbeidsgiverne var enige. Denne forskjellen kan vi se i lys av utprøvsperioden som arbeidsgiver mente var for kort.

Brukerevaluering

Prosjektet fikk god brukerevaluering, men kritikk av deler av støttetiltaket. Prosjektet ble etter hvert mer brukerorientert og tok innspill fra brukerne og endret tiltaket deretter. Dette gjaldt

både valg av arbeidsutprøvningsplasser og innholdet i kursdagen/støttetiltaket. Som en konsekvens av tilbakemeldinger var det spesielt treningsdelen som ble endret/nedtonet. Prosjektleder erfarte at mild tvang og faste opplegg ikke styrket motivasjonen til deltakerne. Prosjektet pekte også på at det ofte var praktiske problemer som hindret klienten å komme tilbake i arbeid, som arbeidsreiser og tilsyn med barn. Klientene hadde ikke trening i å takle de hverdagsutfordringer som vanlige yrkesaktive står overfor.

Vi har tidligere pekt på sosiale problemer på arbeidsplassen, ved at enkelte av deltakerne måtte følges rundt og fant det vanskelig å gå i kantina. Vi ser at det er ulike typer hindringer som til dels handler om sosial kompetanse/trening.

Samarbeidende parter

Som del av avslutningen av prosjektet ble det invitert til en minikonferanse for de samarbeidende partene. Her kom det fram at både leger og den psykiatriske hjemme-sykepleien ønsket å være med i utvelgelsen av klienter for å utelukke personer som har liten sjanse til suksess, og der tjenestene frykter merarbeid dersom klientene mislykkes.

Trygdekontoret

Dette var et trygdekontorprosjekt, med en ekstra stilling knyttet til arbeidet. Prosjektmedarbeiderne hadde informert kontoret og hadde ved behov tatt kontakt med klientens saksbehandler for å søke råd. Prosjektet leder erfarte at prosjektet ikke var tilstrekkelig forankret i trygdekontoret, og ble et personlig drevet prosjekt.

11.3.3 Uførepensjonerte – tilbakeføring til arbeid. Sør-Trøndelag fylkestrygdekontor

Dette prosjektet var et samarbeid mellom Fylkestrygdekontoret i Sør-Trøndelag, Fylkesarbeidskontoret i Sør-Trøndelag, trygdekontorene i Klæbu, Melhus og Malvik, og arbeidskontorene Trondheim Syd, Melhus og Hommelvik. Det er dokumentert i Birgit Klokkehaug (1998): *Uførepensjonerte – tilbakeføring til arbeid*, Fylkestrygdekontoret i Sør-Trøndelag, Trondheim.

Prosjektets mål

Prosjektets mål var å få deltakerne til å komme i gang med tiltak for å komme ut av en evt. passiv tilværelse og eventuelt øke sin arbeidsinnsats i arbeidslivet.

Målgruppe og utplukk

Målgruppen var personer uførepensjonert før 1.7.1991 som hadde lyst og motivasjon til å prøve seg i arbeidslivet igjen. På tiltakstidspunktet hadde klientene vært uføretrygdet i minst fire år. Prosjektet la ikke vekt på spesielle diagnoser, men ønsket ikke å inkludere personer med kjente rusmiddelproblemer. Tre kommuner/trygdekontorer i Sør-Trøndelag skulle til sammen velge ut 10 personer. Utgangspunktet var lister over uførepensjonister fra Rikstrygdeverket. Hvert kontor plukket kandidater ut fra personlig kjennskap. Resultatet ble brev til 90 personer. Av dem, meldte 20 personer seg til prosjektet og 11 møtte og takket ja. Disse 11 var kvinner med en gjennomsnittsalder på 45 år, og hadde i snitt vært uføretrygdet i 11 år. Denne delen av prosjektet var trygdekontorets ansvar.

Intervensjon

Intervensjonen besto av et 20 ukers kurs, inndelt i to faser. Den første fasen på åtte uker besto av et motivasjonskurs, der den enkelte skulle få innsikt i egen helse og avklare egen situasjon.

Det ble gitt undervisning om ulike temaer knyttet til helse og arbeidsliv, og det ble gjennomført så vel frivillig arbeidspsykologisk testing som trening og gruppearbeid. Den andre delen av intervensjonen besto av arbeidstrening i 12 uker. Kurset var i sin helhet innkjøpt fra en privat kursarrangør. Det var gruppebasert, med seks timer pr. dag og fem dagers uke. Kursarrangøren var behjelpelig med å skaffe arbeidstreningssplasser. Det var arbeidskontorene som skulle ha oppfølgingen av den enkelte underveis.

Samarbeid med andre etater/tjenester

Umiddelbart etter at arbeidstreningen i regi kursarrangøren var avsluttet, skulle arbeidskontoret innkalle deltakerne og sammen med dem lage videre attføringsplaner eller videre arbeidstreningssopplegg. Ut fra den arbeidsdelingen som ble gjort mellom arbeidsmarkedssetaten og trygden, kan vi si at dette prosjektet arbeidet tverretattlig.

Resultater og erfaringer

I prosjektrapporten vurderes fire av 11 å ha dratt nytte av deltakelse i prosjektet. En var ved prosjektslutt under utdanning, en var delvis trygdet og hadde økt sin stillingsandel, og to personer var utplassert i videre arbeidstrening av arbeidskontoret.

Brukerne evaluerte de ulike delene av prosjektet ulikt. Kursarrangøren fikk en svært god evaluering, trygdekontoret en god evaluering og arbeidskontoret en dårlig evaluering. Oppfølgingen fra arbeidskontoret hadde vært for svak. I utgangspunktet hadde arbeidskontorene gitt prosjektet prioritet, og det er grunn til å tro at deltakerne fikk en tettere oppfølging fra arbeidskontoret enn andre yrkeshemmede arbeidssøkere (Klokkehaug 1998:99). Prosjektleder observerte imidlertid at noen av deltakerne måtte engasjere seg unødige mye for å oppnå kontakt og oppfølging fra arbeidskontoret.

Det viste seg at arbeidsbelastningen i kursdelen var for stor for deltakerne. Først måtte arrangøren gå ned til fem timer pr. dag, senere også til fire dagers uke. Arbeidsbelastningen ble også i evalueringen nevnt som den negative siden ved prosjektet.

Arbeidsmarkedssetaten pekte i sin evaluering på at de ikke hadde ikke har ressurser til å lage eller kjøpe slike kurs, og at de uføre som vil reaktiviseres ikke kan regne med spesiell behandling. Arbeidsmarkedsstatens deltakere i dette prosjektet mente at alle som har satt fram krav om yrkesrettet attføring, skal ha ordinært arbeid som mål, og det bør ikke lages spesielle rutiner for denne gruppen som prosjektet her arbeidet med. Dette innebærer at arbeidsmarkedssetaten avviste prosjektets idé om en tettere oppfølging av denne gruppen og å arbeide mot mer begrensede mål enn ordinært arbeid. Etaten mente ellers at det ville vært bedre med et annet utvalg, der personene ikke hadde vært uføretrygdet mer enn fem til seks år.

Det ble sendt ut skjema til dem som valgte å takke nei til tilbudet om tilbakeføring for å finne grunner til avslaget. 54 personer svarte (en svarprosent på 77). 79 prosent svarte at helsetilstanden var for dårlig til å takke ja til tilbudet. Helsetilstanden hadde ikke bedret seg etter at de ble uførepensjonert. Men 21 personer mente at de kunne være interessert i et slikt kurs ved en senere anledning. Dette er senere bekreftet overfor Fylkestrygdekontoret ved at de har fått henvendelser om muligheter for kurs/tilbakeføring fra personer som tidligere er blitt invitert, eller som på annen måte hadde hørt om prosjektet.

11.4 Problemstillinger ved forsøkene

11.4.1 Rekruttering

Selv om attføringsmeldingen peker på at det er viktigere hva en gjør enn hvem den yrkeshemmede er, er det likevel viktig å se på rekrutteringen til nye tiltak. Uføretrygden er en varig ytelse, og man kan tenke seg at det finnes begrenset motivasjon til å forlate en trygg ytelse for å prøve seg i arbeidslivet igjen. Det kan også være at offentlig politikk har undervurdert den helsemessige svekkelsen av arbeidskraften blant dem som er uførepensjonert. Hvor skal en rekruttere deltakere fra til slike forsøk, hvor finner vi dem som har en restarbeidsevne og som er motiverte for arbeid?

Utvalg og rekruttering i forsøkene

Arendalsprosjektet endret over tid metoden for å komme i kontakt med personer som ønsket avklaring av arbeidsevnen. I det første driftsåret tok prosjektet utgangspunkt i lister fra Rikstrygdeverket. I det andre driftsåret benyttet prosjektet flere metoder. Prosjektet tok igjen utgangspunkt i Rikstrygdeverkets lister og sendte ut 90 brev, men i tillegg fikk uføre som henvendte seg på trygdekontoret for å undersøke sine muligheter, invitasjon til å delta. Prosjektet prøvde annonse i lokalavisen og fikk 35 henvendelser. Ut fra henvisninger fra sosialkontor, arbeidskontor og behandlende lege ble det også rekruttert to deltakere.

I Oslo skulle fire trygdekontor plukke ut fire saker hver ut fra lister, etter uføretidspunkt og diagnose. Hellerud hadde 97 saker, Grorud-Romsås 120 saker, Røa 77 saker og Ullern 73 saker. Hvert kontor fant fram til fire - åtte aktuelle saker. Deretter ble det foretatt en siling for dobbeltdiagnoser der personer med psykiske lidelser ble utelukket og prosjektet satt til slutt igjen med tre personer. De øvrige ble rekruttert via arbeidsmarkedsetaten blant personer på attføring.

Tre kommuner/trygdekontorer i Sør-Trøndelag skulle til sammen velge ut 10 personer ut fra lister over uførepensjonister fra Rikstrygdeverket. De fant det ikke hensiktsmessig å ta inn rusmiddel-misbrukere. Aktuelle ble plukket ut fra personlig kjennskap. Resultatet var brev til 90, og ut fra denne framgangsmåten meldte det seg 20 personer, hvorav 11 til slutt møtte og takket ja.

Diagnose som begrensing

Birkeland, Einbu og Pettersen (1990) gjorde en undersøkelse i Oppland fylke, der saker fra 102 kvinner med uføretrygd inngikk. De fant at tre diagnoser var sterkt utbredt; nervøse lidelser, fibromyalgi og muskel- og skjelettsykdommer. Men ut fra hva legene skrev mht. symptomer i sine erklæringer, syntes det å være mye av det samme som feilte dem, uavhengig av diagnose. De konkluderer derfor med at det langt på vei dreier seg om uføretrygding for den samme lidelsen. Kolstad (1993a) fant ved en spørreskjemaundersøkelse til uføretrygdede med psykiatrisk diagnose, at mange av pensjonistene oppga helt andre problemer som grunnlag for trygding (s. 5).

Hva er grunnen til at personer med ulike diagnoser synes å ha samme lidelser, eller at de med samme diagnose har ulike plager og problemer? Noe av forklaringen kan være at leger er strategiske i sin diagnosesetting ut fra hva de ønsker å oppnå for sine pasienter. I en kvalitativ studie av 24 leger i almenpraksis, fant Getz, Westin og Paulsen (1994) at legene inntok to ulike roller i relasjon til sine pasienter. De opptrådte som "konsulenter" (for trygden), som la stor vekt på regelverket og som "advokater" for pasienten, med personlig mening om den

beste løsningen i en sak og la tyngde i å oppnå dette resultatet. Som Terum og Nergård (1999:2193) påpeker, viser "advokaten" tendenser til å resonnerer baklengs: Ønsket om å oppnå et bestemt sluttresultat, styrte utforminga av legeerklæringene. En slik utforming av legerollen har konsekvenser for diagnosesettingen, og følger vi dette resonnementet gir diagnose ofte liten pekepinn om hva personen feiler og hvor en skal søke etter restarbeidsevnen.

Om å lete etter nåla i høystakken

Attføringsforskningen viser at dårlig helse er grunnen til at klienter ikke har gjennomført eller har falt ut av yrkesmessig attføring (Ford 1993). Mye tyder på at det er en liten gruppe som blir bedre etter noen år på trygd. Hvordan finne fram til denne gruppen? Ser vi på strategien i prosjektene, hadde kanskje Oslo valgt en uegnet strategi ved å velgemuskel- og skjelettdiagnoser og utelukke alle som hadde psykiske tilleggspolmer. For mange ble utsortert etter diagnostiske kriterier. Det synes som de to øvrige prosjektene har funnet andre og bedre tilnærmingar, der de interesserte melder seg selv, eller at trygdefunksjonærene i små kommuner bruker sin lokale kunnskap ut fra Rikstrygdeverkets lister.

11.4.2 Hva slags kurs/støttetiltak?

Kursdelen var svært forskjellig i de tre prosjektene. Sør-Trøndelag hadde den mest kursorienterte avklaringen, med kurs 4 - 5 dager i uken gjennom åtte uker (35 - 40 kursdager). Oslo hadde et fem ukers kurs (fire dager i uken, 20 kursdager) og Arendal et kurs på 12 dager (en dag i uken i 12 uker). Alle kursene fikk positiv brukerevaluering. Alle kursene hadde de samme elementene i seg; trening, jobbsøking, informasjon om offentlig hjelpeapparat og rettigheter, samt gruppepsykologisk virksomhet. Men kursene hadde ulike funksjon. I Sør-Trøndelag-prosjektet var kurset "hovedmetoden" for avklaring, i Arendal var det et støttetiltak til arbeidsutprøvingen som foregikk i bedrift.

11.4.3 Hva slags arbeidsutprøving?

Forsøkene viste at bruk av arbeidsmarkedsbedrifter til utprøving ikke fungerte godt. Mange av de oppgavene som disse bedriftene kunne å tilby, passet dårlig for personer med muskelsmerter. Det var vellykket å drive utprøving i vanlig bedrift, med små grupper på samme arbeidssted. Arbeidstakerne følte seg godt mottatt og integrert. Men dette forutsatte et godt forarbeid overfor bedriften og at bedriften forberedte sine ansatte. Det så ut til å være en fordel å ha ulike typer arbeid å tilby, eller at den som var på utprøving selv fant arbeidsplass; det bør finnes rom for noe medvirkning fra deltakerne.

Det ble reist tvil om hvorvidt lengden på utprøvingen var tilstrekkelig. Når halve tiden gikk med til opplæring og opptrapping av arbeidstid, var det kanskje bare halve tiden eller seks uker igjen til å prøve utholdenheten. Dette mente en av bedriftene var for kort tid.

11.4.4 Attføring "light" i trygdeetaten?

Det er lang vei å gå fra reaktivering til attføring og til (ordinær) jobb. Fra prosjektene har vi sett at den første vanskeligheten var å rekruttere til tilbakeføringsgruppene. Men om en lykkes i å finne dem som har arbeidskapasitet og vil prøve seg igjen, er det likevel langt fram til

ordinært arbeid. Det er en liten gruppe (ca 25%) som to år etter attføring er i ordinært arbeid (Ford 1993). Men det er samtidig en annen gruppe som er i arbeid kombinert med trygd, med redusert arbeidstid eller spesielle vilkår.

På denne bakgrunn er det to forhold en bør ta opp: Hva skal være målet for reaktivering? Og hvem skal stå for reaktiveringen? Hva er gode modeller?

Mål

Når vi kjenner til hvilken sjanse attføringsklienter har mht. til å komme i ordinært arbeid (jmf. Ford 1993), og når vi i disse prosjektene i tillegg skal overkomme særskilte barrierer fram mot attføring, virker det lite rimelig å arbeide utelukkende mot dette målet. Mange kan komme i virksomhet, selv om de ikke kommer i ordinært arbeid. Dersom vi forutsetter at deltakelse i arbeidslivet, det å være medlem av en arbeidsorganisasjon, er et gode for individet mht. til integrasjon og deltakelse, er også andre arbeidstilknytninger enn ordinært arbeid positivt. Ett av prosjektene viser til at selv om arbeidet/virksomheten ikke fører til reduksjon i trygdeytelser, fører det til bedret livskvalitet for den enkelte (Antonsen 1996). I mange slike tilfeller kan arbeid med bistand eller arbeidssamvirke være gode løsninger (ibid). Alternativet er å satse på å attføre bare dem som kan arbeide 100 prosent, som kan imøtekomme arbeidsmarkedets krav. Dette er den linjen en har møtt fra arbeidsmarkedsetaten i ett av prosjektene og som vi antar ikke er spesifikk for dette arbeidskontoret.

Gode modeller?

Dersom en skal arbeide med reaktivering av unge uføre, ser vi av prosjektevalueringene at ulike tiltakspakker kan fungere. Kursdelen må bare ikke ha for mange timer om dagen eller for mange dager i uken. En må være fleksibel og lydhør for målgruppens erfaringer, også når det gjelder kursenes innhold. Det foreligger erfaringer fra en rekke prosjekter innen porteføljen "Helse og rehabilitering" vedrørende oppbygging av kurs- eller motiveringsdelen av slike intervensjoner (Bruusgaard og Eriksen 1997, Nørve og Alm Andreassen 1998). Disse erfaringene trekker i samme retning som reaktiveringsprosjektenes erfaringer.

Vi vet også hva som skal til mht. til arbeidstrening, der vel forberedte bedrifter med en liten gruppe deltakere i hver, gir gode vilkår og erfaringer for den som prøver seg ut. Det har vært vellykket når bedrifter tar i mot og gir samme opplæring som til andre nye medarbeidere. Det som kan diskuteres, er varigheten av utprøvingen.

Det springende punktet er hvem som skal følge opp under arbeidsutprøvdingsdelen, hjelpe til i overgang til jobb eller attføring og følge opp under attføring. Det vi vet, er at deltakerne på kursene trengte ekstra mye kontakt og veiledning fra arbeidsmarkedsetaten, og at det var vanskelig å få, selv i prosjekter der deltakerne var lovet ekstra tilgang til oppfølging. Videre mente arbeidsmarkedsetaten i ett av prosjektene at det ikke var riktig å satse på å tilbakeføre dem som ikke ville ha muligheten til å inngå i ordinært arbeid eller i deltidsjobb, og etaten ville dermed ikke prioritere dem. De uføre som vil reaktiveres kan ikke regne med spesiell behandling. Arbeidsmarkedsetaten mente i dette prosjektet at alle som har satt fram krav om yrkesrettet attføring skal ha ordinært arbeid som mål, og at det ikke bør lages spesielle rutiner for denne gruppen.

Arbeidsmarkedsetaten har for få ressurser til å følge opp klientene, og deres tilbud retter seg mot personer med mere ressurser. I tillegg er det slik at arbeidskontorets praksis ved arbeidsutprøving, med bruk av arbeidssamvirke, arbeidsforberedende trening og arbeidstreningsgrupper i arbeidsmarkedsbedrifter, er tilbud som prosjektet har prøvd ut og funnet

mindre egnet for denne gruppen (Antonsen 1996). Det denne gruppen trenger er lavterskeltilbud, med trening, avklaring og oppfølging.

Arendalsprosjektet pekte på at politikken på attføringsområdet er klar, men at det ikke er like klart hva en bør gjøre med attføring av unge uføre. Det er ikke lett for trygde- og arbeidsmarkedsetaten å samarbeide om denne klientgruppen, dersom etatene har ulike mål og arbeidsmarkedsetaten ikke vil levere den tjenesten som trygden trenger for å føre sine tilbakeføringsklienter videre. Slik arbeidsmarkedsetaten nå fungerer og ut fra hva den tilbyr, mente prosjektleder i Arendalsprosjektet at den første fasen av attføring for denne gruppen, ca. ett år, bør ligge i trygdeetaten. Særlig er den personlige oppfølgingen viktig og nødvendig.

Arendalsprosjektet hadde planer/modeller for hvordan dette kan gjøres. Prosjektet anbefalte at koordineringsarbeidet ble lagt til en person ved trygdekontoret, bl.a. for ikke å få en nedprioritering av oppgaven. Tiltaket skulle være arbeidsutprøving med en støttedag i uka. Innholdet i støttedagen måtte kunne leveres som tjenester innenfor de ulike tjenestegreners ordinære oppgaver og budsjetter.

Arendalsprosjektet kalte sitt tilbud et lavterskeltilbud, en fase 0 i attføringsprosessen. Men hvor begynner fase 1, som er arbeidsmarkedsetatens ansvar? Innebærer modellen at trygdekontoret rekrutterer, kjører støttetiltak og følger opp, og at arbeidsmarkedsetaten ved overgang til yrkemessig attføring treffer vedtak, mens trygdekontoret fortsatt følger opp? Selv om dette avviker fra arbeidsdelingen mellom etatene, måtte det være mulig å gjøre det slik. Det springende punktet vil da være om trygdekontorene prioriterer dette arbeidet høyere enn arbeidsmarkedsetaten: Trygdeetaten er i den samme ressursmessige klemmen som arbeidsmarkedsetaten.

Del 3

Evaluering – effekter, prosessresultater og modeller i sykefraværsoppfølging og iverksetting

12 Effekter på sykefraværet

12.1 Innledning

Forsøksmiljøene ble innbudt til å søke penger i et forsøksprogrammet med et overordnede mål om å senke sykefraværet. Følgelig har de fleste prosjekter legitimert sin søknad ut fra dette målet. Men vi oppfatter det også slik at mange prosjekter hadde i utgangspunktet tatt mål av seg til å kunne vise slike effekter. Men det er letter for noen enn for andre prosjekter å dokumentere statistiske effekter: jo enklere og mer målrettet en intervensjon er, jo lettere er det å få en målbar effekt. Dersom en for eksempel trener en gitt gruppe over en tid, er det rimelig greit å påvise treningseffekter. Skal en derimot arbeide med sykefraværet gjennom å bedre samarbeidet i hjelpeapparatet, er det mye mer usikkert om en kan måle effekter av samarbeidet og dersom en finner effekter i slike prosjekter, hvordan kan de eventuelt forklares? Det kan derfor være nærliggende å lage avgrensede intervensjoner med målbare effekter. Men i dette forsøksprogrammet, med sine mål og innretning, er det ikke opplagt at de avgrensede og målbare prosjektene er de mest interessante. Det er når forhold er kompliserte vi virkelig trenger å kunne si noe om hva som virker! Derfor har vi i metodedelen og overfor prosjektene betont det viktige i å kunne sannsynliggjøre et resultat, gjerne i flere steg, og at dette ofte er viktigere enn enkle effektmålinger.

Vi har tidligere vist at mange av de forsøkene som inngår i porteføljen har en innretning og et design som gjør måling av effekter på sykefraværet uaktuelt. Mange av prosjektene viser til *endringer i praksisen*, - i virksomheter, i det offentlige hjelpeapparatet og mellom virksomhetene og hjelpeapparatet. Her ligger de resultater som vi har gjennomgått i det foregående kapitlet og som vi vil oppsummere i neste kapittel. Også effekter knyttet til trening er oppsummert i eget kapittel.

Vi vil i dette kapitlet se på problemene med å bruke sykefravær og sykefraværsstatistikk som effektmål, samt vurdere resultatene i noen prosjekter som har bestrebet seg på å vise effekt statistisk.

12.2 Sykefraværsstatistikk som effektmål for prosjekter i denne porteføljen

Det har i prosjektene vært store problemer med å måle endringer i sykefraværet for mer omfattende intervensjoner og det har vært problemer med å finne komparativ statistikk, for bedrifter så vel som for kommuner. Mange av prosjektene hadde lagt opp en strategi for hvordan de skulle måle effekt på sykefraværet. De oppdaget imidlertid fort at forutsetningene ikke var til stede. Det dreier seg om flere forhold.

Uegnet for oppfølgingsformål

Alle bedrifter er pålagt å føre sykefraværstatistikk. Men ikke alle gjorde det. I mange tilfeller var statistikken ført for store enheter slik at det ikke gikk an å ta ut tall for de mindre enheter/avdelinger der intervensjonene foregikk. Det ble ofte prosjektets første oppgave, gjerne ved hjelp av Arbeidslivstjenesten, å hjelpe arbeidsgiveren til å legge opp rutiner og systemer for statistikk, eller å gi hjelp til å endre oppbygningen av statistikken.

Upålitelig

Videre erfarte en del prosjekter at statistikken var ufullstendig eller galt ført. I noen tilfeller var svangerskapspermisjoner ført som sykefravær. I noen tilfeller fant prosjekter at avdelingens innrapportering av fravær var ufullstendig, slik at foreliggende statistikk ikke var til å stole på. Et prosjekt pekte på at dette statistiske materialet var deler av grunnlaget for KS-statistikken, noe som fikk enkelte prosjekter til å tvile på statistikkkvaliteten generelt, og dermed også på hvilke sammenlikninger som var mulig å etablere ut fra foreliggende statistikk. Andre kunne rapportere om systemfeil i eget registreringssystem, noe som i ett tilfelle resulterte i ett prosentpoeng for lavt sykefravær for deler av den forutgående perioden. Arbeidslivstjenesten avdekket store mangler i statistikkføringen i kommunene, noe som sannsynligvis gir et for lavt registrert sykefravær (f.eks. for Troms generelt).

I Ressurscenteret på Sortland" ble statistikkgrunnlaget endret i prosjektperioden ved at en ny bedrift ble innlemmet i statistikken. Denne bedriften sto alene for 33 prosent av alle sykedager i Sortland kommune. Prosjektleder har anslått at sykefraværet, den store bedriften unntatt, men det er under slike betingelser vanskelig å påvise noen statistisk sikker effekt på sykefraværsutviklingen.

Det ble også fra prosjekter pekt på at dersom de går tilbake til registrert fravær og derfra regner ut sykefraværet selv, må de gjøre valg mht. hvor mange dagsverk de legger til grunn for hvert årsverk. NHO- og KS-statistikken bygger på ulikt antall arbeidsdager i årsverket, der KS nytter 260 arbeidsdager og NHO-systemet 230 dager. Det innebærer at de ulike sykefraværstatistikken ikke er helt sammenlignbare. Med samme fravær blir fraværsprosenten lavest i KS' beregningsmåte.

Det ble videre pekt på at når arbeidet i virksomheten ofte måtte begynne med å rette opp og bedre statistikkføringen, skulle dette i seg selv kunne føre til at sykefraværet endret seg som resultat av bedre registrering. Hvilken retning denne endringen går, er usikkert.

12.3 Effekter knyttet til mer omfattende intervensjoner

Vi skal i dette avsnittet se på effekter på sykefraværet i fem prosjekter. Vi vil gjennomgå hvordan effekter er målt og hvilke resultater prosjektene finner. Vi finner ikke store og statistisk sikre effekter mht. til reduksjon i sykefraværet. *Vi finner tre prosjekter som viser en stopp i en negativ fraværsutvikling og en forsiktig positiv trend, der trenden kan sannsynliggjøres som effekten av de iverksatte tiltak.* Videre trekker vi fram to prosjekter som ikke kan vise noen effekt av tiltakene på sykefraværet. Vi tar likevel fram disse prosjektene for å kunne diskutere hva som er rimelige grunner til at effekten uteble.

Videre vil vi trekke inn erfaringen fra forsøksprogrammets forløper, sykefraværprosjektet i LO/NHO-området, som ble gjennomført i perioden 1991 - 93. Dette prosjektet ble evaluert av

to forskingsmiljøer, og vi skal kort gjennomgå funnene i disse evalueringene og se dem i relasjon til våre funn.

De tre prosjektene der vi diskuterer stopp i en negativ fraværsutvikling, er alle prosjekter i kommunale eller fylkeskommunale virksomheter. Vi vil derfor presentere bildet av sykefraværsutviklingen innen dette området for perioden.

Tabell 2. *Ansatte i fylkeskommuner og den kommunale forvaltningen*³¹

	1993-1994	1994-1995	1995-1996	1996-1997	1997-1998
Alle grupper	5,7	6,1	6,5	7,0	7,1
Turnusansatte	7,2	7,6	8,1	8,9	8,9

Periodene er KS-statistikkperioder, dvs. fra 1.10. til 30.9. Vi ser av tabellen at utviklingen i sykefraværet er jevnt stigende og for prosjekter som går over to år, vil økningen i kommunestatistikken for samme periode være om lag 1 prosent. Vi ser videre at fraværsutviklingen er ulik for ulike grupper av ansatte, med et høyere fravær i gruppen turnustilsatte.

1. "Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Troms-regionen" - Kommunalt ansatte i sju kommuner

For prosjektpresentasjon, se avsnitt 6.2.1. I dette prosjektet var ikke sykefraværsstatistikken på plass i kommunene, og det er nedlagt et stor arbeid for å samle inn og beregne sykefraværet ut fra kommunenes registrerte fravær. Dette har i hovedsak skjedd i regi av Arbeidslivstjenesten. Oversikter over registrerte fraværsdager (registrert etter ulik periodisering) ble oversendt prosjektet. Videre ble antallet dagsverk estimert for hver kommune³². Det ble skilt mellom sykefravær i arbeidsgiverperioden og fravær ut over arbeidsgiverperioden (langtidsfravær). Prosjektet ble startet opp i mai 1996 med mye prosessuelt arbeid rettet mot kommuner og trygdekontor og avsluttet i april 1998. Vi kan ikke regne med at tiltaksfasen starter før ved årsskiftet 1996/97. Det er dermed et meget begrenset tidsrom for måling av effekt. Dette er i seg selv et vanlig problem ved evaluering av forsøk. Evalueringen gjøres normalt ved prosjektavslutningen, som gjerne ligger nær tiltaksfasen.

Prosjektet finner at sykefraværet i 1995 var 6,6 prosent, i 1996 7,1 prosent og i 1997 6,7 prosent for kommunene samlet. I de syv kommunene ble det nedlagt 370 - 390 estimerte dagsverk pr. år i årene 1995 - 97. Det var i målgruppen ingen økning i verken korttids- eller langtidsfraværet i perioden 1995 - 97 (se Mortensen, Sandtorv og Skoglund 1998, tabell 3.1.1 s. 46). Variasjonen i perioden kan forklares ut fra endringer i langtidsfraværet. Denne statistikken kan ikke direkte sammenliknes med annen statistikk, fordi det i foreliggende statistikk ikke er mulig å trekke ut kommunalt ansatte. Det er derfor ikke mulig å sammenlikne målgruppen med tilsvarende målgruppe i fylket eller landet generelt.

Prosjektet valgte å sammenlikne sykefraværsutviklingen ut fra erstattede sykepengedager pr. arbeidstaker³³ (fraværet ut over arbeidsgiverperioden). I prosjektperioden økte dette

³¹ Kilde: Kommunenes Sentralforbund: Kommunale arbeidstakere. Fraværsstatistikk 1997-98, Kommuneforlaget, Oslo 1999.

³² Det er lagt til grunn 260 dagsverk pr. årsverk.

³³ Kilder: RTV for erstattede sykepengedager for arbeidstakere, SSB for arbeidstakere etter bosted 4. kvartal 1995 og 1997.

sykefraværet på landsbasis med 2,3 prosentpoeng. Tallene for Troms og for regionene var henholdsvis 2,3 og 2,7 prosentpoeng. Forskjellen er små.

I følge prosjektrapporten utgjorde de kommunalt ansatte (målgruppen) 40 prosent av sysselsettingen. Ved en stabilisering av sykefraværet hos de kommunalt ansatte kunne dette ha ført til en mindre økning i det totale sykefraværet i prosjektkommunene enn i de øvrige kommunene i fylket. Det finner vi heller ikke. Samlet viser privat og kommunalt ansatte i prosjektkommunene den samme eller noe større økning i sykefraværet enn i fylket samlet og for landet.

Rapporten har også sett på utviklingen av sykepengetilfellene i regionen i perioden 1995 - 97. De finner at sykepengetilfellene i gjennomsnitt var blitt kortere, samtidig som det har vært en økning i antall tilfeller. Sett i relasjon til den intervensjonen som hadde vært gjennomført mht. oppfølging og innkalling av deler av målgruppen til samtale på trygdekontoret, var det rimelig at effekten vil komme som avkorting av sykefraværslengden i det enkelte sykepengetilfellet. *Ut fra de tall og diskusjoner som foreligger i rapporten, er det rimelig å anta at sykefraværet hos de kommuneansatte ikke kan sies å ha steget på samme måte i prosjektkommunene som i fylket eller landet for øvrig.* Selv om dette prosjektet ikke gjør det mulig å peke på statistisk sikre effekter, må en kunne tolke utvikling av sykefraværet som en sannsynliggjøring av tiltakenes effekt.

Her bør en imidlertid følge opp utviklingen i sykefraværstatistikken, spesielt for 1998.

2. ”Reduksjon av sykefraværet gjennom forebyggende tiltak” – Aurskog-Høland kommune

For prosjektpresentasjon, se avsnitt 5.2.2. Utviklingen i sykefraværet var ett av flere resultatmål i dette prosjektet. Sykefraværutviklingen er vurdert ut fra kommunenes statistikk. Det er også i dette prosjektet problemer med data, noe som ble synliggjort gjennom prosjektarbeidet. Prosjektet fant upålitelighet i kommunens nye datasystem og fant kompetansesvikt i innrapportering av data (Borstad 1998:5). Prosjektet ble gjennomført i perioden 01.12.1996 - 31.12.1998. Det var i 1998 869 ansatte, hvorav 700 kvinner, og det ble levert 621 årsverk.

Det gjennomsnittlige sykefraværet for alle ansatte i Aurskog-Høland kommune var 6,0 prosent i 1997 (første prosjektår). I 1998 var det 5,6 prosent, og i 1999 5,3 prosent. Disse tallene er korrigert for den systemfeil som prosjektet fant. Sykefraværutviklingen var ulik over året, og vi har derfor sett på periodiseringens betydning for sykefraværprosenten. Vi har ut fra foreliggende data regnet om fra kalenderår til KS-år (fra 1.10. til 31.9). For å sammenlikne tallene, men med to måneders avvik i periodiseringen, har vi satt opp følgende tabell:

Tabell 3. Fraværutviklingen i Aurskog-Høland kommune 1996 - 1999. Prosent

Periodisering	(1995-) 1996	(1996-) 1997	(1997-) 1998	(1998-) 1999
Kalenderår		6,0	5,6	5,3
1.10. – 31.09	4,9	5,2	5,75	5,04

Vi ser at periodiseringen har betydning for hvordan utviklingen i sykefraværet forløper. Det framgår av rapporten at omsorgsetaten arbeidet under vanskelige forhold i 1997. Med KS' periodisering blir dette fraværet fordelt på to registreringsperioder, noe som kan forklare

avviket mellom de to periodiseringene mht. sykefravær i 1997. Men periodiseringen har betydning for hva blir utviklingen fra 1997 til 1999.

Når det gjelder nivået på fraværet, ser vi at Aurskog-Høland kommune ligger noe lavere enn KS-statistikken for samme periode (jmf tabell 2).

Rapporten gjengir også sykefraværspresenter for ulike kategorier av personell. Disse viser at turnuspersonell har høyere sykefravær enn andre grupper, 8,7 prosent i 1997 (etter KS-periodiseringen) mot 4,8 for annet personell. Det var videre slik at antallet i turnus ble redusert fra 1996 til 1998, uten at størrelsen av det samlede personellet synker. Dersom vi antar at ikke-turnuspersonell har annen og lavere sykefraværspresent, forklarer endringen i personellkategorier 0,2 prosent av nedgangen på 0,7 prosent i sykefraværet fra 1999 - 97 (regnet ut fra kalenderårsperiodisering).

Ser vi på de foreliggende data og på prosjektets driftsperiode, er det ingen grunn å vente nedgang i fraværet i første fase av prosjektets drift. Med oppstart i 1997 og en intervensjon som bygger på prosessorientert arbeid, med arbeidsmiljøundersøkelser og bedring av oppfølgingsrutiner gjennom linjen, vil vi tro at det er sykefraværdata fra 1998 og 1999 som best kan gi indikasjoner på effekter. Vi ser at det finner sted en nedgang i sykefraværet fra 1997 til 1999, men at denne ikke er større enn at den kan delforklares, f.eks. med ulike sjanser for sykefravær for personell av ulike kategorier. Vi må derfor konkludere med at vi ikke kan påvise en nedgang i sykefraværet statistisk. På den annen side er det ikke vekst i sykefraværet i kommunen i perioden, i motsetning til den generelle utviklingen i det aktuelle tidsrommet (jfr. tabell 2). Men det er heller ikke vekst i sykefraværet i Sørums kommuner, som prosjektet har brukt som referansekommune. Vi må her også tilføye at det er lettere å få nedgang i sykefraværet der fraværet er høyt (Andersen 1994). I Aurskog-Høland var sykefraværet lavere enn gjennomsnittlig for kommunene, og det er dermed også vanskeligere å få tydelig effekt.

Det er derfor rimelig å slutte at prosjektet kan ha påvirket utviklingen i sykefraværet, men at effekten er noe usikkert. En bør i dette tilfellet se på sykefraværutviklingen over lengre tid, også fordi de iverksatte tiltakene ikke nødvendigvis får virkning umiddelbart.

3. ”Medvirkningsprosjektet ved Husøkonomavdelingen ved Regionsykehuset i Trondheim

Prosjektet ble gjennomført fra oktober 1996 til mai 1999. Hele 1997 gikk med til kartlegging og tiltaksfasen startet våren 1998, med utprøving av aktiv sykmelding og tiltaksmøter mht. arbeidsmiljøtiltak. Høsten 1998 var nye rutiner på plass. Det arbeidet ca. 360 personer i avdelingen. Fraværutviklingen i avdelingen er belyst med to kilder, lønns- og personalavdelingens personalstatistikk og Husøkonomavdelingens egen statistikk.

Tar vi utgangspunkt i lønns- og personalstatistikken, viser denne fraværutviklingen og fordeling på ulike fraværslengder pr. avdeling.

Tabell 4. Fraværutviklingen ved Husøkonomavdelingen 1994 - 1998. Prosent

Fravær	1994	1995	1996	1997	1998
Egenmeldingsperioden	0,9	0,9	1,2	1,5	1,0
Arbeidsgiverperioden	1,4	1,8	1,9	2,0	2,3
Langtidsfravær inntil 8 uker	3,0	3,5	2,9	2,6	3,2
Langtidsfravær over 8 uker	4,8	7,1	8,8	9,6	8,2
	10,1	13,3	14,8	15,7	14,7

Kilde: Andersen og Karlsen 2000, fig. 7, s. 99

Hovedmønsteret er at fraværet ved Husøkonomavdelingen har steget i perioden 1993 - 1997, for så å reduseres med ett prosentpoeng fra 1997 til 1998. Vi ser at det er utviklingen i langtidsfraværet som bidrar sterkest til fraværsutviklingen, og det store spranget skjer fra 1994 til 1995. Det lange langtidsfraværet, over åtte uker, når en topp i 1997. I 1998 skjer det en endring i fraværsmønsteret ved at det lange fraværet reduseres med 1,4 prosentpoeng og fravær med egenmeldinger med 0,5 prosentpoeng. Samtidig fortsetter fraværet i arbeidsgiverperioden og de "korte" langtidsfraværene å øke.

Denne utviklingstendensen framkommer også i Husøkonomavdelingens eget fraværsregistreringssystem³⁴. Den viser at langtidsfraværet steg noe i første halvår 1998 og sank betraktelig igjen i annet halvår. Her foreligger det også statistikk for 1999. Denne viser at sykefraværet igjen stiger første halvår 1999, og at både langtids-, korttids- og totalfraværet holder seg i siste halvdel av 1999.

Ser vi på utvikling av prosjektaktiviteter og andre hendelser, er det et rimelig samsvar mellom tiltakene og sykefraværsutviklingen. Hele året 1998 var viet tiltak av ulike slag (ibid:105), og vi får en reduksjon i sykefraværet på 1 prosentpoeng. I første halvår 1999, mens prosjektet er i avslutningsfasen, blir det innført stopp i innleie av vikarer under sykefravær i arbeidsgiverperioden. Den registrerte stigningen i korttidsfraværet kan være en reaksjon på denne forverringen av arbeidsbetingelsene.

Prosjektet har videre sett på utviklingen i antall fraværstilfeller ut over åtte uker, og finner her en reduksjon av slike tilfeller fra 102 i 1997 til 79 i 1999. Prosjektet diskuterer selv grunner til reduksjon i langtidsfraværet og peker på at det kan være en effekt av tiltak (ibid:112).

Når vi ser på fraværdata, er det høye fraværet mest påfallende. Fraværet steg fra 1994 til 1997 og er i 1998 og 1999 fortsatt høyt, selv om prosjektet kan peke på en reduksjon i langtidsfraværet og en nedgang i det samlede fraværet. Ut fra tiltakenes type, med fokus på bedre oppfølging, er det spesielt langtidsfraværet som kan påvirkes. De arbeidsmiljøforbedringer som gjøres kan ikke forventes å ha umiddelbar innvirkning på sykefraværet. Som i de tidligere omtalte prosjektene synes trenden å gå i riktig retning, men også her trenger en data for neste periode. *Det er derfor rimelig å slutte at prosjektet kan ha påvirket utviklingen i sykefraværet, men at effekten også her er noe usikker.*

4. Ringnes Gjelleråsen

I prosjektperioden var sykefraværet stabilt på Ringnes Gjelleråsen. Fraværet var høyere i denne virksomheten enn i andre Ringnesbedrifter og andre bedriftsstatistikker Ringnes Gjelleråsen kunne sammenlikne seg med. Men i sammenlikningsmaterialet *steg fraværet* i perioden 1995 - 97. Det gjør ikke sykefraværet i prosjektbedriften (Haugen 1998:103). Fraværsmønstrene var også forskjellige. Ofte finner vi at et lite mindretall i en bedrift står for en stor del av sykefraværet. Slik var det ikke på Ringnes Gjelleråsen, der det var mange som har fravær over to uker.

De enkelte avdelingene praktiserte de samme sykefraværstrutiner. Prosjektet fant, når de vurderer statistikken avdelingsvis, at det var forskjeller i sykefraværet mellom avdelinger med relativt like arbeidskrav og arbeidsmiljø og med samme sammensetning av arbeidskraften. De

³⁴ Denne fraværstatistikken er noe forskjellig oppbygd mht. hvilke personer som inngår i beregningsgrunnlaget og gir som konsekvens en høyere fraværspersent. Se Andersen og Karlsen 2000:101.

fant forskjeller både i størrelsen av sykefraværet og i fraværsmønsteret over året (Haugen 1998:104). Forskjellene kunne være betydelige. Disse forskjellene kan peke mot ulikheter i utøvelsen av organisering og ledelse i avdelingene, og eventuelt mot ulik iverksetting av de samme rutinene mht. sykefraværsoppfølging. Forhold innen den enkelte avdeling lå utenfor det området der prosjektet hadde kompetanse og mandat til å jobbe. Prosjektet peker mot at det ikke er tilstrekkelig å innføre gode systemer for oppfølging for å senke sykefraværet.

5. KOBOKS

”Koblingsboksen” la vekten på oppfølging i trygdekontoret. Prosjektet valgte å innkalle alle sykmeldte i målgruppen til en samtale etter to uker for å avklare den sykmeldtes problemer, kartlegge foreliggende muligheter og gjennom samtalen bidra til å finne løsninger. Prosjektet foretok også arbeidsplassbesøk.

Den gjennomsnittlige varigheten i sykepengedager for de to kommunene som deltok, Borre og Holmestrand, gikk ikke ned, men økte som i fylket ellers. Det var vanskelig å vise direkte effekter av KOBOKS som intervensjon, enten prosjektet så på utviklingen i sykefraværet eller i bruk av aktive virkemidler.

Vi vil imidlertid peke på at siste måletidspunkt lå svært nær tidspunktet for prosjektavslutning. Dersom effekt skulle komme av at mange aktører handler annerledes og at dette i sin tur fører til bedre og raskere kartlegging og iverksetting av tiltak, vil vi tro at hele apparatet må ”trene” i en periode før det nye samarbeidet sitter og en kan forvente effekter. Hele prosjektet hadde en driftsperiode på 1,5 år, noe som er relativt kort tid. På den andre siden kan vi for framtiden ikke forvente effekt, dersom den arbeidsmåten som KOBOKS gjennomførte ikke samtidig ble videreført ved trygdekontorene. Vi er ikke kjent med at det foreligger slike planer ved trygdekontorene, og det blir dermed vanskelig å kunne vise den direkte effekten av KOBOKS som intervensjon og som metode for trygdens arbeid.

12.4 Hva virker inn på sykefraværet? NHO – LO avtalen

Det pågående forsøksprogrammet har en frittstående forløper i ”Sykefraværsprosjektet i LO/NHO-området”, som ble gjennomført i perioden 1991 - 93. Dette prosjektet ble evaluert av to forskingsmiljøer, og vi skal her kort gjennomgå funnene i disse evalueringene.

NHO og LO inngikk i 1990 en avtale for perioden 1991 - 93 med sikte på å redusere sykefraværet i arbeidslivet. SINTEF IFIM gjennomførte samtidig et prosjekt for å evaluere avtalen. Dette prosjektet er rapportert av Andersen 1992a, 1992b og 1994.

Disse arbeidene var grunnlaget for Andersen og Nytrøs anbefalinger mht. forebygging av sykefravær i virksomheter (Andersen og Nytrø 1994). Forfatterne utarbeidet en modell for oppfølging, en modell noen av programmets prosjekter var kjent med. To prosjekter bygde eksplisitt på den tenkning og anbefaling som var resultatet av NHOs og LOs sykefraværsprosjekt.

Data

Prosjektene ble gjennomført i bedrifter i tre bransjer; kjemisk industri, kjøttindustrien og møbel- og innredningsindustrien. IFIM-evalueringen gikk inn og vurderte hvilke tilnærminger som lå til grunn for sykefraværsarbeidet i bedriftene, samtidig som den så på resultater. Undersøkelsen bygde på casestudier i et mindre antall bedrifter og en breddeundersøkelse, der

314 bedrifter svarte. Suksessfaktoren mht. å senke sykefraværet ble fastsatt som en reduksjon på 10 prosent eller mer i sykefraværsdager, målt som andel av mulige fraværsdager. Materialet bygde både på eksakte tall oppgitt fra bedriftene (57 prosent) og kvalitative vurderinger gitt i telefonintervju.

Effekt og bakenforliggende forhold

Forskerne fant ingen enkle sammenhenger mellom tiltak og effekt (Andersen 1994). De fant derimot at to bakenforliggende forhold innvirket på utviklingen av sykefraværet. Den ene faktoren var høyt sykefravær i utgangspunktet. Med høyt sykefravær i starten var det også lettere å senke sykefraværet enn i bedrifter med moderat eller lavt nivå. Dette forklarer forskerne med at alle bedriftsinterne og eksterne forhold som virker på sykefraværet, vil virke sterkere i bedrifter med høyt sykefravær. I tillegg kommer en "oppmerksomhetseffekt" som har en selvstendig virkning uavhengig av de tiltak som gjøres på bedriften (Andersen 1994).

Den andre faktoren var det omstillingspresset som bedrifter var utsatt for. Undersøkelsen viser at økt omstillingspress gir høyt sykefravær, og at det er vanskelig å redusere sykefraværet når omstillingspresset er høyt. Bedrifter som bedrer bemanningen eller er i en ekspansiv fase kommer best ut mht. reduksjon i sykefraværet (Andersen 1994).

Effekten av prosjektene

Hvordan virket bedriftenes egne sykefraværprosjekter eller deres arbeid inn på sykefraværet? Forskerne fant her ingen enkel sammenheng mellom aktivitetsnivå og reduksjon i fraværet eller mellom enkelttiltak og reduksjon av fraværet og som var statistisk holdbar. De fant at det hadde effekt å inn *tiltak på flere områder samtidig*³⁵. Men reduksjonen var avhengig av hvilken type tiltak som ble satt i verk og hvilken orientering bedriften har (Andersen 1994). De skiller her mellom normorienterte og arbeidsmiljøorienterte bedrifter, et skille som springer ut av evalueringens empiri:

De "normorienterte" bedriftene er de som leter etter årsaker til sykefraværet hos individet og individets moral. Ut fra en slik orientering setter en i verk informasjon og ulike former for kontrolltiltak.

De "arbeidsmiljøorienterte" leter etter årsaker til fravær i arbeidsmiljøet selv og retter tiltak mot personer i risikozonen for sykmelding, så vel som mot langtidssykmeldte. De legger også vekt på forebygging.

Mange bedrifter hadde innslag av begge typer tenkning. Men ut fra innslaget av den ene eller andre typen, ble bedriftene delt inn i fire grupper; de entydig normorienterte, de moderat normorienterte, de moderat arbeidsvilkårsorienterte og de entydig arbeidsvilkårsorienterte. Legger en denne kategoriseringen til grunn mht. effekt på sykefraværet, finner Andersen at det først og fremst er *bedrifter som er entydig orientert mot arbeidsvilkår* som får et statistisk holdbart utslag på sykefraværet. Denne gruppen av bedrifter utgjorde 20 prosent av undersøkelsens enheter. Til sammen hadde 60 prosent av bedriftene iverksatt tiltak som i større eller mindre grad falt innenfor den arbeidsvilkårsrettede orienteringen.

³⁵ Forskerne finner tiltak innen følgende områder:

1. Informasjon/bevisstgjøring (kampanje)
2. Disiplin og kontrollstrategier (økt kontroll av egenmeldinger, registrering ved hyppig fravær)
3. Strengere ansettelseskriterier
4. Arbeidsmiljøutvikling
5. Tidlig oppdagelse og tiltak
6. Tiltak mot langtidssyke (Andersen 1992a)

Disse bedriftene satset på arbeidsmiljøutvikling, tiltak rettet mot risikogrupper og tiltak mot langtidssykmeldte. Og det var først når bedrifter hadde tiltak innen alle disse tre feltene at effekten inntraff i form av reduksjon av sykefraværet (Andersen 1992a:22). 70 prosent av bedriftene med aktivitet innen alle tre innsatsområdene fikk redusert sykefraværet ut over 10 prosent (ibid). Forskeren fant at oppslutning om tiltakene hadde betydning for effekten, og at oppslutningen fra arbeidsledere hadde størst betydning (Andersen 1992a:26).

Bedriftsforsøk

Evalueringen av forsøkene i trygden er lagt opp helt forskjellig fra evalueringen av forsøkene i sykefraværssamarbeidet mellom LO og NHO. Vi har derfor ikke sammenliknbare data og kan ikke peke på arbeidslederens oppslutning om tiltakene, eller data som kan kategorisere virksomhetene som norm- eller arbeidsmiljøorienterte.

Den hovederfaringen vi har trukket fra Andersens arbeider er at effekten på sykefraværet kom i bedrifter der det var satt inn tiltak på flere områder og at effekten var størst når tiltakene rettet seg både mot forebygging, oppfølging/risikogrupper og langtidssykmeldte. Dette dreier seg om effekter i bedrift. Bare tre av våre fem prosjekter var prosjekter i en enkelt virksomhet, henholdsvis en privat bedrift, et fylkeskommunalt sykehus og en kommune. Både prosjektet ved sykehuset og i kommunen fyller kravene til flersidig intervensjon og med vekt på arbeidsmiljøspørsmål. Begge prosjektene bygger også eksplisitt på Andersen og Nytrøs modell. Vi finner likevel ikke klare statistiske effekter.

Ser vi på prosjektet ved Ringnes, som ikke fikk noen effekt på sykefraværet, var dette et prosjekt med svakt utviklet arbeidsmiljøprofil og svak kobling til arbeidet i linjen, med unntak av selve oppfølgingsrutinene. Bedriften var også under stort omstillingspress etter et avtalen med Coca Cola opphørte. Dette skulle ut fra Andresen tale for lav effekt av tiltakene. Men Ringnes lå også høyt i sykefravær, noe som skulle gjøre det enklere å oppnå effekter. Ser vi resultatene i relasjon til tidligere forskning, tyder resultatene ved Ringnes Gjelleråsen også på at ren oppfølging, selv om den er godt gjennomført, ikke gjør noen stor forskjell mht. utviklingen av sykefraværet.

Trygdekontorforsøk

Ser vi på de to trygdekontordrevne prosjektene, Sør-Troms-prosjektet og KOBOKS, er de også sammensatte prosjekter med en bred intervensjon. Vi fant ikke effekter i KOBOKS. Det kan være flere grunner til dette. Vi vil her peke på at KOBOKS foretok koordinering og hjelp til avklaring og utvikling av handlingsplan for den sykmeldte, mens det var andre aktører som skulle iverksette planen. I tilfellet KOBOKS var det trygden som hadde ansvaret for å følge opp handlingsplanen videre, og her vet vi ikke hva trygden har gjort i den enkelte sak. Ser vi på Sør-Troms, mente vi at vi kan sannsynliggjøre effekt på sykefraværet. I forhold til KOBOKS går Sør-Troms-prosjektet lenger inn hos arbeidsgiver, og prosjektet har foretatt arbeidsmiljøundersøkelser og bidratt til oppretting av kvalitetsgrupper. Imidlertid er det mer usikkert hva oppfølgingen i trygdekontoret har innbefattet, i hvilken grad det ble laget handlingsplaner, og om disse ble fulgt opp av trygden. Det er uklart i hvilken grad trygdekontorarbeidet rettet mot klienten kan bidra til å forklare effekten.

Samlet sett ser det ut som tendensen mht. effekt på sykefraværet i denne porteføljen følger samme mønster som Andersen (ibid) fant, selv om vi her ikke kan påvise så tydelige effekter. Vi har antydning av effekt i tre forsøk som er omfattende og som alle starter med arbeidsmiljøet.

Det er vanskeligere å måle effekter av rene trygdekontorforsøk i denne porteføljen. I tilfellet FASØ fantes det ikke sykefraværstatistikk, og effekter av tiltakene der trygdekontor, bedrift og andre hjelpere samarbeidet, kan derfor ikke måles i dette tilfellet. Men det er ikke umulig å forsøke å måle slike effekter. I tilfellet KOBOKS var måletidspunktet svært nær avsluttet intervensjon og selve intervensjonstiden var kort. Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane var lagt slik opp at det er vanskelig å måle effekter, og omfattet en sammensatt intervensjon som er noe vanskelig å plassere i det etablerte hjelpeapparatet og innen de etablerte ansvarsområder.

Direkte og indirekte effekter

Når vi vurderer hva som gir målbare effekter, bør vi også se på hvor i en kjede av handlinger og tiltak vi befinner oss. Tiltak på arbeidsplassen eller hos arbeidsgiver, er tiltak som virker direkte på forholdet mellom arbeidsstedet og den sykmeldte eller begynnende syke.

Tiltak i trygdekontoret kan ha to innretninger, som relaterer seg til trygdekontorets to funksjoner:

- Trygdekontorets *saksbehandler*, og portvokterrollen er den framtrepende. Dette er den tydeligste og best beskrevne av trygdekontorets roller i oppfølgingsarbeidet.
- Trygdekontoret *utvikler tjenester* rettet mot den sykmeldte og mot arbeidsgiver, og vekten ligger på trygdens nye rolle i å koordinere hjelpeapparatet. De nye tjenestene kan være med på å påvirke ulike parter, som igjen kan iverksette handlinger knyttet til helse eller arbeidsplass.

Trygdekontorets nye tjenester er dels å informere og vise til andre tjenester, dels å innkalle sykmeldte for å avklare, informere og motivere. Trygdens nye tjenester er ikke å iverksette direkte handlinger som hjelper den sykmeldte, verken til å bli frisk eller til å få tilpasset arbeidet eller finne nytt arbeid. Mye av det nye i trygdens rolle handler om å bringe de ulike partene i sykefraværarbeidet nærmere hverandre, både innad i et segmentert hjelpeapparat, i relasjonen mellom virksomheten og hjelpeapparatet og i relasjonen mellom arbeidsgiver og sykmeldt. Trygdens nye arbeid består mer i å skape lim og sammenheng enn i å forestå egne og kraftfulle handlinger. Det er derfor mindre grunn til å tenke at vi skal kunne måle direkte effekter av trygdens nye tjenester enn av tiltak som er satt inn nærmere arbeidstakeren/den sykemeldte.

Vi mener derfor at det har vært uheldig for prosjektene å skulle prøve å forholde seg til å måle effekter på sykefraværet av sine handlinger. Resultatet er at prosjektene måler effekter der de kan og det er i hovedsak i ”det små”, av treningsinnsatser rettet mot små utvalgte grupper. Prosjektene legger ned mye arbeid på å vise effekter i feltforsøk, der det ikke er godt å vite hva som påvirker de forholdene som er sykdomsskapende eller utstøtende. Alternativet er å prøve å spesifisere hva som er resultatindikatorer eller resultatmål. Slike mål kan knyttes til for eksempel gjennomføring av prosesser, gjennomføring av opplæringstiltak og utvikling av nye rutiner. Dette er også eksplisitt gjort i Aurskog-Høland-prosjektet, og det er gjennomført prosessevaluering av mange prosjekter. Det er også slike resultater vi har bygd på når vi har sett på statistisk usikre effekter. Vi har da sett om det er sannsynlig at prosessens resultater kan forklare de små endringene vi har sett på effektmålet. Med forsøk i åpne felt, der kontroll av sentrale forhold er vanskelig, vil alltid effekter måtte godtgjøres logisk ut fra hva som med sannsynlighet kan forklare effekter. Denne relasjonen mellom virkning og årsak(er) kan ikke alltid etableres statistisk.

13 Oppfølging av sykmeldte

13.1 *Prosessresultater - modeller*

I vår framstilling av evaluering har vi skilt mellom effekter og prosessresultater. Vi har i det forrige kapitlet sett på effekter i relasjon til sykefraværet. Vi har pekt på mulig effekter, men også på det problematiske av å forvente og kunne observere slike direkte effekter av forsøk i et felt med mange forhold som påvirker sykefraværet. Effekter skal komme som et resultat av manges handlinger, der forsøket introduserer noen nye handlinger eller aktører og innleder nye typer av samarbeid og nye arenaer for samarbeid. Det er ikke umiddelbart slik at nye samarbeid og prosesser fører til observerbare effekter i et sammensatt felt.

Men å lage slike nye samarbeid, et enhetlig og samordnet tilbud som er forankret i vedkommendes arbeidssituasjon, var et mål i seg selv for programmet. Å trekke ut modeller og metoder for samarbeid fra forsøkene, er å fokusere på prosessresultatene. Vi har valgt å sammenstille trekk og erfaringer fra ulike forsøk og tydeliggjøre dem som ”modeller”. Ved å tydeliggjøre dem, ser vi hvilke prinsipielle forskjeller og muligheter mht. organisering og metoder for oppfølging som ligger i denne porteføljen.

Vi skal i dette kapitlet se på hvilke samarbeid og samarbeidsmodeller som er blitt prøvd ut gjennom forsøkene. Dette handler både om nye roller og arbeidsmåter i trygden og om samarbeidet til arbeidsgiver, arbeidet hos arbeidsgiver og samarbeid til andre tjenester.

Det ”helhetlige” kan innebære samordning på ulike nivåer. Et helhetlig tilbud kan være en samordning av tjenester rettet mot den enkelte klienten eller brukeren. Det helhetlige sier noe om sammenhengen i det hjelpetilbudet som den enkelte får. For eksempel at ulike hjelpere samler seg om en sak eller bruker, og sammen bidrar til å finne en løsning, f.eks. på arbeidsplassen.

Et enhetlig tilbud kan også være en samordning på systemnivå, en samordning mellom ulike offentlige etater som med en stemme møter virksomhetene som brukere. Her er det virksomhetens behov som står i sentrum og ikke den individuelle klienten. En slik samordning sikrer at virksomheten får det tilbudet den etterspør, uansett hvem som vil være leverandør av den enkelte tjenesten. Kanskje vil virksomheten ha behov for hjelp til arbeidsmiljøkartlegging eller til å lage skriftlige rutiner for oppfølging av sykmeldte. Kanskje er det samhandlingen med trygdekontoret i enkelte saker som er vanskelig å håndtere. Og kanskje vil en type etterspørsel generere den neste.

Et helhetlig og samordnet hjelpeapparat kan derfor innebære ulike modeller for samordning og samarbeid, og med ulik vekt og ulik rolle for ulike tjenester eller aktører.

Vi vil først presentere noen modeller og drøfte dem i relasjon til ideen om tidlig oppfølging. Tidlig oppfølging av sykmeldte er sentralt for hele porteføljen og i det offentlige oppfølgingsarbeidet. Videre vil vi trekke sammen erfaringer fra forsøkene knyttet til samarbeid med arbeidsmarkedsetaten, med bedriftshelsetjenester, med leger og mellom trygdekontor. Til slutt vil ta opp medvirkning i forsøkene, medvirkning i det individ- og systemrettede arbeidet. Medvirkning på systemnivå handler bl.a. om å forankre arbeidet i den virksomheten prosjektene arbeider i eller mot. På individnivå handler det om tilnærminger og

metoder i arbeidet med den sykmeldte. Hvem skal definere problemet og løsningen? Den sykmeldte, arbeidsgiver, trygden eller legen?

13.2 Oppfølging av sykmeldte

Ser vi på tvers av alle prosjekter, er hovedoppgaven for nesten alle den samme: Å følge opp sykmeldte. Unntaket er reaktiviseringsprosjektene. Men prosjektene har svært ulike bud på hva god oppfølging innebærer, avhengig av ståsted. Utgangspunkt i bedrift eller i trygdekontor gir forskjellige svar, bl.a. fordi bedriften og trygdekontoret har ulike oppgaver. Men det som er felles, er at både bedrift og trygdekontor må utvikle nye arbeidsmåter eller tjenester mot sykmeldte eller klienter. Disse tjenestene kommer i tillegg til virksomhetens ordinære arbeid (gjennomføring av sin vare- eller tjenesteproduksjon) og i tillegg til trygdens ordinære oppgaver (saksbehandling). Det blir i denne porteføljen mye snakk om rutiner, men forsøkene handler ikke bare om å lage rutiner, men om *å gjennomføre rutiner og finne nye praksisformer i sykefraværsoppfølgingen.*

13.2.1 Oppfølging av sykmeldte – en arena med mange aktører

Det er mange aktører som har et ansvar for oppfølging av sykmeldte og for at den sykmeldte skal komme tilbake i jobb. Her har både arbeidsgiver, legen, trygdeetaten og den sykmeldte selv et ansvar. I offentlig debatt knyttes trygdeetatens arbeid til utviklingen i sykefraværet og offentlighetens søkelys rettes mot trygdeetaten når sykefraværstallene stiger. Dette kan synes urimelig, ettersom trygdeetaten verken kan kurere eller forebygge yrkesbetingede (eller andre) sykdommer. Dersom fokus skal ligge på trygdeetaten, må teorien bak fraværsutviklingen være at det ligger problemer i hjelpeapparatet, at pasienten ikke får et adekvat tilbud i relasjon til sine problemer m.a. på grunn av mangler ved arbeidsdelingen og koordineringen i hjelpeapparatet. Dette var også ett av poengene i Attføringsmeldingen, og har senere resultert i en restrukturering av hjelpeapparatet. Som vi har sett i gjennomgangen av populære ”prosjektteorier”, bygger mange prosjekter på tanken om at et bedre koordinert hjelpeapparat eller tilbud kan gi vesentlige bidrag til løsningen. Men vi har også prosjekter som peker på bedre fagarbeid og metoder for en gitt gruppe eller aktør. Ett prosjekt bygger på en endring i legenes virksomhet, men de fleste prosjektene er opptatt av å endre trygdens praksisformer. Hvem har ansvar i saken?

Legen skal følge opp sine pasienter. Her har legen en selvstendig rolle overfor den enkelte pasienten og skal avklare funksjonsnivå i relasjon til videre arbeid. Den medisinske rehabiliteringen må på et tidlig stadium rette oppmerksomheten mot vedkommendes muligheter i arbeidslivet, og det bør utarbeides rehabiliteringsplaner ved sykehus og i samarbeid med kommunehelsetjenesten (Attføringsmeldingen:49). Det ble gjort endringer i legenes tariffer for å tilrettelegge for langvarig oppfølging og tverrfaglige møter (ibid:50).

Trygden er blitt pålagt arbeidet med oppfølging av sykmeldte, og vi fikk i 1993 nye regler på sykepengeområdet. Reglene innebærer en styrking av arbeidet knyttet til sykepengerutinen, med innføring av 12-ukersvedtaket og nye aktive virkemidler. Vi vil spesielt peke på aktiv sykmelding. Samtidig ble trygden pålagt en koordineringsoppgave i feltet og å fungere som veiviser, å vise til andre som kan hjelpe og å informere om ordninger og muligheter både overfor den sykmeldte og overfor virksomhetene. Og trygden fikk oppgaven som pådriver i feltet.

Arbeidsgiver har ut fra Arbeidsmiljøloven plikt til å tilrettelegge et arbeidsmiljø som gir arbeidstaker full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, sikre en meningsfylt arbeidssituasjon og sammen med arbeidslivets organisasjoner og offentlige myndigheter løse de arbeidsmiljøproblemer som oppstår. Arbeidsgiver har plikt til å tilrettelegge arbeidet generelt og å tilrettelegge for yrkeshemmede arbeidstakere. Videre har arbeidsgiver etter Folketrygdloven plikt til å føre sykefraværstatistikk, hjemlet i Folketrygdlovens paragraf 18-2 tredje ledd ut fra at den enkelte virksomhet har behov for sykefraværstatistikk for å kunne beregne sine kostnader og for å kunne drive forebyggende og oppfølgende arbeid. Tanken er at utviklingen i sykefraværet kan være en indikator på det samlede arbeidsmiljøet og en sykefraværstatistikk vil kunne gi virksomheten den nødvendige oversikt. Videre kan arbeidsgiver pålegges å redegjøre for mulige tiltak på arbeidsplassen for at sykmeldte skal kunne komme tilbake i arbeid. Det står ingen steder noe direkte om at arbeidsgiver skal følge opp de som blir syke, om tiltak eller om utredning av deres situasjon. Kravene til arbeidsgiver ligger på tilrettelegging, i det generelle arbeidsmiljøet og etter at skade har skjedd. Det må imidlertid med rimelighet kunne tolkes slik at *oppfølging av sykmeldte er en egnet praksis* for å ivareta sammenhengen mellom arbeidsmiljø og sykdom/skader/avvik, selv om oppfølging av sykmeldte ikke er lovpålagt. Ved å følge opp, vil en arbeidsgiver kunne finne ut om sykdommen kan ha sammenheng med arbeidsmiljøet og også hva arbeidsgiver ev. kan gjøre mht. tilrettelegging, uansett grunnen til sykdom.

I tilknytning til arbeidsgivers ansvar, må vi trekke inn *bedriftshelsetjenesten*. Verne- og helsepersonell inngår som ledd i virksomhetens forebyggende arbeid. Sammen med arbeidsgiver, arbeidstaker, verneombud og arbeidsmiljøutvalg skal verne- og helsepersonellet hjelpe til med å sørge for trygge og helsesikre arbeidsforhold. Arbeidsmiljøloven gir mulighet til å gi pålegg om verne- og helsepersonell og gjøre bedriftshelsetjenesten obligatorisk i enkelte virksomheter.

Den siste aktør som må nevnes er *Arbeidslivstjenesten*. Tjenesten skulle bidra til en tidlig intervensjon for å motvirke fravær og frafall i arbeidslivet. Tjenesten skulle bidra til å ansvarliggjøre arbeidsgiverne i relasjon til arbeidsmiljølovens krav og til å ivareta yrkeshemmede arbeidstakere. Vi kan si at Arbeidslivstjenesten er et tiltak rettet mot arbeidsgivere, for å hjelpe arbeidsgivere og sette dem i stand til å ivareta det ansvaret de allerede har. Tjenesten skulle rette seg mot små og mellomstore bedrifter.

Vi ser at oppfølgingsfeltet er tett bemannet med aktører med ulike ansvarsområder og oppgaver. Problemet er å få noe til å skje, å sørge for at det utvikles praksis i oppfølging og at oppfølgingen kommer til å innebære samarbeid mellom ulike aktører.

13.3 Modeller for oppfølging av sykmeldte

Vi har tidligere gjennomgått prosjektene gruppevis ut fra felles trekk ved forsøkene. Samlet kan vi se at organiseringen av prosjekter i kapitler med felles eller liknende tilnærming innenfor kapitlene, peker mot modeller for sykefraværsoppfølging. Vi vil her ha fokus på fellestrekkene ved grupper av prosjekter. Videre vil vi peke på hvilken måte den enkelte modellen er et helhetlig eller samordnet tilbud, og i hvilken grad eller på hvilken måte det er forankret i den enkelte arbeidssituasjonen.

13.3.1 Virksomhetsmodellen - Bedriftsintern avklaring

For å trekke med oss erfaringsbakgrunnen, har vi her samlet erfaringer fra Ringnesprosjektet, prosjektet ved Regionsykehuset i Trondheim og i Aurskog-Høland kommune. I disse forsøkene og denne modellen er det virksomhetene som selv følger opp sine sykmeldte, og avklaringen skjer internt i bedriften. De har alle laget sine egne systemer, tilpasset egne behov.

I Ringnes har en dannet en rekke arenaer eller møtetidspunkter mellom den sykmeldte og virksomheten. Først foregår aktiv sykmeldingssamtalen, deretter oppfølgingssamtalen og til slutt trekantsamtalen (se avsnitt 5.3.1). Det gjøres en arbeidsplasskartlegging, og det vurderes om bedriften kan finne en intern løsning. Hvis ikke, tas saken opp med trygdekontoret og trygdekontoret ber om innkalling til basisgruppe, og med arbeidsgiver representert. De utredninger og avklaringer som er blitt gjort i bedriften, følger også i kopi til trygdekontoret som bakgrunn for 12-ukersvedtaket. Ved Regionsykehuset ble ansatte på aktiv sykmelding fulgt opp og tiltaket evaluert, og dette materialet var tilgjengelig for trygdekontoret og inngikk som en del av avklaringen. I Aurskog-Høland-prosjektet foretar bedriftshelsetjenesten miljø- og sykeutredningssamtaler, og informasjonen blir innhentet av trygdekontoret før de treffer 12-ukersvedtak.

Poenget er at bedriften følger opp, utreder og prøver å finne løsninger i saker der arbeidsmiljø eller tilrettelegging av arbeidet kan bidra til fortsatt deltakelse i arbeidslivet. Først når bedriften ikke lenger har muligheter, søker en kontakt med trygdekontoret for f.eks. å få saken behandlet i basisteam. I den interne oppfølgingen ligger at bedriftshelsetjenesten trekkes inn og f.eks. gjør en sykeutredning, og at bedriften prøver å finne en løsning, f.eks. gjennom attføringsutvalget.

Gjennom dokumentasjon knyttet til det bedriftsinterne arbeidet vil også trygdekontoret ha informasjon til å fatte sine vedtak, noe som sparer trygden for ekstra arbeid både mht. å innhente opplysninger og ved at arbeidsgiver selv står for oppfølgingssamtaler. Dette er i alle fall den tilbakemelding som prosjektene Ringnes Gjelleråsen og Medvirkningsprosjektet ved RiT fikk fra sine trygdekontor på sitt bedriftsinterne arbeid.

Det primære arbeidet og samarbeidet foregår mellom arbeidsgiver/arbeidsleder og bedriftens helse- og vernepersonell. Modellen forutsetter at hver virksomhet har en oppegående verne- og helsetjeneste og at oppfølgingsarbeidet er godt forankret i bedriftens organisasjon. Først når de interne mulighetene er utprøvd, kobles det offentlige hjelpeapparatet inn, og i disse tilfellene har det vært trygden.

Modellen forutsetter her at virksomheter har en bedriftshelsetjeneste som kan følge opp. Vi vet imidlertid at dekningsgraden for virksomheter som er pålagt å knytte seg til bedriftshelsetjeneste, er varierende. Andelen små bedrifter som er tilknyttet er liten (22,5 prosent i virksomheter med 1 - 9 ansatte) og 83,5 prosent i virksomheter med mer enn 50 ansatte. Bedriftshelsetjenestens oppgave er primært forebyggende og skal sammen med arbeidsgiver, arbeidstakere og verneombud sørge for trygge og helsesikre arbeidsforhold. Vi har tidligere pekt på at arbeidsgiver er pålagt forebygging og attføring, men der oppfølging av sykmeldte ikke direkte er nevnt. Hvor mange bedrifter har oppfølgingsrutiner? Og i hvilke grad arbeider bedriftshelsetjenester med slike spørsmål?

Det er vist at ¼ av virksomhetene ikke har rutiner for å følge opp lengre sykefravær, og det er variasjon i de typer rutiner som virksomhetene har. 35 prosent av virksomhetene har sykefravær rutiner via bedriftshelsetjenesten (Lie, Karlsen og Tharaldsen 1999:121-122). Store bedrifter har i større utstrekning rutiner for oppfølging av fravær, noe som også har sammenheng med hvor lenge en virksomhet har hatt tilknytning til bedriftshelsetjeneste. Rikstrygdeverkets evaluering av arbeidet med 12-ukervedtaket viser at samarbeidet med arbeidsgiver varierer. Generelt gir trygdekontorene uttrykk for at kontakten med arbeidsgiver om oppfølging av sykmeldte er vanskelig, men er lettere i bedrifter med bedriftshelsetjeneste (RTV rapport 02/97:12).

Det er også sammenheng mellom hvilke type ordninger virksomhetene er tilknyttet, og om de har sykefravær rutiner via bedriftshelsetjenesten. Det viser seg at det er bedrifter med *egenordninger* som i størst grad følger opp på en eller annen måte, og det er disse bedriftene som i størst grad bruker verne- og helsepersonell i forbindelse med oppfølgingen (Lie, Karlsen og Tharaldsen 1999:122). Ser vi på tilknytningsformene for verne- og helsepersonell, finner vi at ca. 15 prosent av de bedriftshelsetjenestetilsatte er ansatt i privat eller offentlig virksomhet (egenordning) og at den typen av bedriftshelsetjeneste som er mest inne i sykefravær arbeidet, er av de mindre utbredte tilknytningsformene (Lie, Karlsen og Tharaldsen 1999:37). *Dette innebærer at dersom det bedriftsinterne oppfølgingsarbeidet skal være en vei å gå, må virksomhetene velge tilknytningsformer/bestille tjenester som fremmer det interne oppfølgingsarbeidet.*

Denne modellen forutsetter at trygden tar over når bedriften har tatt saken så langt som de makter og innkaller f.eks. til basisteam møte, noe Ringnesprosjektet erfarte ikke skjedde uten videre. Intensjonen med basisgruppene var at de skulle bidra til tidlig oppfølging. Undersøkelser viser at det gjennomsnittlige tidspunktet for første basisgruppemøte var 23 måneder etter sykemelding (Andersen 1995:84) At basisgruppemøtene ikke kommer tidlig i en sykemeldingsperiode, bekreftes av senere undersøkelser (Vedi og Øverli 1998). Når Ringnesprosjektet erfarte at det tok lang tid før trygdekontorene innkalte til basisgruppemøte, selv etter initiativ fra virksomheten, at noen trygdekontor heller ikke svarte på henvendelsen, er dette erfaringer i tråd med annen forskning på feltet. Vi ser at basisgruppemøtene ikke tjener som tidlig oppfølging og at en potensiell arbeidsgiver ofte er ute av bildet når trygdekontoret innkaller den sykmeldte til basisgruppemøtet (ibid:73). *Det ser derfor ut som at forutsetningen for virksomhetsmodellen, godt samarbeid mellom trygdekontor og virksomhet og basisgruppemøte tidlig i et sykefravær forløp, foreløpig ikke er til stede.*

Virksomhetsmodellen forutsetter både godt bedriftsinternt arbeid og at de offentlige tjenester glir inn i den prosessen som er lagt og fyller de oppgaver som faller på dem. Modellen arbeider ut arbeidsdeling i tid, at bidragene kommer etter hverandre; først arbeidsgiver, så trygden. Det vi fant i forsøkene var at bedriftens erfaringer med trygden i så måte ikke var udelt positive, og dette var tilfellet der bedriften selv tok initiativet overfor trygdekontoret. Og fra foreliggende kunnskap om virksomheten i ulike bedriftshelsetjenester, ser vi at de er lite inne i sykefravær oppfølging. Denne oppfølgingsmodellen vi her har skissert som "Virksomhetsmodellen" må vi derfor gå ut fra har liten utbredelse. Skal denne virksomhetsbaserte modellen fungere, forutsetter det at trygdeetaten prioriterer basisgruppemøter tidlig i perioden og er responsive mht. til virksomhetens ønsker og henvendelser. Den forutsetter videre en god intern oppfølging og en bedriftshelsetjeneste som engasjerer seg i tidlig oppfølging.

13.3.2 Trygdekontormodell 1. Med arbeidsplassen som arena

I denne modellen er trygdekontoret eller prosjektet aktiv i å avklare den sykmeldtes situasjon og med bedriften som arena og ramme. I denne modellen arbeider trygden på individnivå og systemnivå, sammen med andre hjelpere.

I porteføljens prosjekter er det trygden som kaller inn den som allerede er sykmeldt og den part som tar kontakt med arbeidsgiver. Men som modell var tanken at det var arbeidsgiver som sto for innkalling. Fokus ligger på avklaring mellom individets yteevne og arbeidets krav, ev. tilrettelegging og omstilling. Forskjellen fra virksomhetsmodellen er at her trekkes trygden og andre hjelpere tidligere inn og trekkes inn mot bedriften som arena.

I Muskelsmerteprojektet i Førde ble den sykmeldte fulgte opp på arbeidsplassen av prosjektet (som trygdekontorfunksjon, her kompetansemessig forsterket med ergoterapeut). Prosjektet hadde møter med den sykmeldte for å kartlegge arbeidsplassen og senere møte med ledere, vernetjenesten og den sykmeldte for å gå gjennom saken og legge planer. Den sykmeldte kartla selv sin arbeidsplass ut fra veiledning fra ergoterapeut. Også i FASØ møttes partene på arbeidsplassen og la handlingsplan sammen med den sykmeldte. Her deltok ulike aktører etter behov, som leder, bedriftshelsetjenesten (for de som hadde), tillitsvalgt eller annen person som den sykmeldte ønsket å ha med, samt representanter for arbeidsmarkedsetaten.

Men denne modellen har også et samtidig systemrettet arbeid, en del som også lå i prosjektet "Oppfølgingskonsulentene i Østfold". Her møtte arbeidsgiver/arbeidsplassen representanter for offentlige tjenester for å informere, ev. å tilby tjenester som virksomheten trenger i sykefraværsoppfølgingen. Prosjektene startet med standardisert informasjon, f.eks. om trygdekontorets virkemidler, men oppdaget at de ikke traff arbeidsgivers etterspørsel. De utviklet videre sin rolle ved å høre på hva den annen part var interessert i, og ut fra dette tilby tjenester. Fordi det kunne være ulike behov og behov skiftet over tid, var det fornuftig at ulike offentlige aktører sammen deltok i det systemrettede arbeidet, og virksomheten kunne videre bestille den tjenesten den ønsket fra den aktuelle tjenesteproduzenten ("Oppfølgingskonsulentene").

Hva trenger dere hjelp til?

Strategien bygger på å ha noe å tilby. Dette er ikke avgrenset til disse prosjektene, men en mer almen erfaring. Hva har de offentlige tjenestene (og bedriftshelsetjenesten) å tilby, og hva trenger egentlig arbeidsgiver? Forsøkene viste at aktiv sykmelding var noe å tilby, samt å hjelpe til med å skriftliggjøre sykefraværsrutiner. Videre har prosjektene prøvd seg med å tilby arbeidsgiver kurs i endringsledelse og Friskvernseminarer, støtte og opplæring i psykososialt arbeidsmiljø, kartlegging av arbeidsmiljø og prosesser for arbeidsmiljøforbedringer. Eller som ett av prosjektene oppsummerte; *arbeidsgiver har bruk for mye informasjon og mye forskjellig annet.*

Modellen forutsetter både kompetanse hos tilbyderne, at en har noe å tilby, men også en metode for å møte den annen – ut fra *den annens ståsted og etterspørsel*. Det bør ikke være trygdekontoret som kommer for å fortelle virksomheten hva trygden har og hva trygden kan (og hvor flink trygden er). Det er ikke sikkert at virksomhetene kan koble sitt behov med trygdens ordninger eller at det var trygdens ordninger som var svaret i et aktuelt tilfelle eller situasjon. Forsøkene har prøvd ut tilnærminger der trygdekontoret kommer sammen med

andre og spør om det er noe bedriften trenger hjelp til. Denne tilnærningen har vist seg vellykket og gitt engod diskusjon og problemer i virksomheten.

Avklaringsamtale i virksomheten – den nye basisgruppen?

I modellen ”Med arbeidsplassen som arena”, møttes partene på arbeidsplassen for å avklare funksjonsevne i relasjon til arbeidsoppgaver/situasjon, og i samråd med den sykmeldte legges handlingsplaner. Dette avklaringsmøtet var et sentralt element i den nye sykefraværsrutinen. Hensikten med møtet var å sette inn tiltak tidlig, som tilrettelegging på arbeidsplassen og avklare hva trygden kunne bidra med. Å delta i avklaringsmøtet med arbeidsgiver var frivillig. De som deltok (FASØ) var bedrift, sykmeldt, støtteperson, dersom den sykmeldte ønsket det, og bedriftshelsetjenesten i de bedrifter som var tilknyttet, trygdeetaten og som oftest den sykmeldende lege og i noen tilfeller arbeidskontoret eller Arbeidslivstjenesten.

Vi kan se på dette møtet som en ny arena eller som en ny type basisgruppe. Vi har fra før to andre arenaer der partene møtes og med liknende formål. Vi har basisgruppene og attføringsutvalgene. Det er slik at de store trygdekontorene har hyppigst representasjon i attføringsutvalg eller arbeidsmiljøutvalg og benytter hyppigst graderte sykepenger, yrkesrettet attføring, kontakt med arbeidsgiver, innkalling til samtale og aktiv sykmelding (RTV-rapport 02/97:12). Små kontorer benytter hyppigst basisgrupper og andre mindre formelle samarbeidsmøter.

Erfaringer med basisgrupper

Basisgruppene er et forum for tverrfaglig samarbeid, der den sykmeldte selv møter og de sakene som skal prioriteres av basisgruppene er sykmeldingssaker og attføringssaker, der det er behov for å komme inn tidlig. Basisgruppene har en rådgivende funksjon overfor besluttsende myndighet (Vedi og Øverli 1998). De som skal møte i dette forumet er trygde- og arbeidsmarkedsetaten, lege og den sykemeldte oppfordres til å møte selv. Den sykmeldte skal gi sitt samtykke til at saken skal tas opp i basisgruppen og til innkalling av fagpersoner til møtet. Den sykmeldte blir oppfordret til å ta med seg en støtteperson. Gruppen skal i felleskap komme fram til en anbefaling av tiltak, og vedtak fattes av den aktuelle etaten som ledd i sin saksbehandling.

Den sykmeldte kan ha med sin arbeidsgiver, men i praksis skjer dette sjelden, antagelig fordi basisgruppemøtene kommer så sent i en periode og at brukeren da ikke har noe arbeidsforhold (Vedi og Øverli 1998:73). Vi ser at i basisgruppekonsepter eller slik det i dag praktiseres, faller arbeidsgiver utenfor. Dette blir et møte mellom hjelpeapparatet og bruker/den sykmeldte.

Men når vi skal vurdere andre organisasjonsmåter, er det viktig å se på hvordan basisgruppene har fungert. Evalueringen av basisgrupper viser at det er viktig at den sykmeldte før møtet får god informasjon om hva som skal skje, og at de har med noen som kjenner dem og deres sak godt. Det er fra brukerens side knyttet usikkerhet til å skulle møte så mange på en gang, og brukere har opplevd situasjonen som utrygg og følt seg mistenkeliggjort. Brukerne har også følt seg arrogant og nedlatende behandlet og har opplevd at diskusjonene om egen sak har til dels gått dem over hodet, at egne oppfatninger ikke ble hørt (ibid:72-75). Evalueringen av basisgruppene konkluderer på dette punktet med at hovedpoenget med basisgruppemøter må være at anbefalingen og det som fører fram til denne, må diskuteres og vurderes av alle deltakerne i basismøtet og at det bør være åpenhet og rom for forandringer så langt som mulig. Slik vil brukeren i større grad bli ansvarliggjort og tatt på alvor (ibid:77). Evalueringen

peker også på mangler i ansvarsdelingen og oppfølgingen i hjelpeapparatet etter et basisgruppemøte (ibid:81-82).

Vi ser at basisgruppemøtene ikke tjener som tidlig oppfølging, og at en potensiell arbeidsgiver ofte på møtetidspunktet er ute av bildet. For å få til tidlig og arbeidsplassrelatert oppfølging, er den modell eller tilnærming som er blitt forsøkt ut, spesielt i prosjektet FASØ, en viktig erfaring.

Men ved videreføring av en slik modell, er det viktig å ta med de evalueringserfaringer som er gjort av basisgruppemøter, fordi de samme problemstillinger vil være til stede i et ”bedrift-basismøte”. Det er viktig å ta brukeren alvorlig og at denne blir hørt, at hjelperne ikke snakker over hodet på den sykmeldte og at den sykmeldte har med en person som gjør situasjonen trygg. Vi har ingen grunn til å tro at dette ikke skjedde ved gjennomføringen av forsøkene. Vi trekker fram hensyn knyttet til klientbehandlingen fordi det er et så viktig hensyn ved metodeutvikling.

Oppsummering

Modellen ”Med arbeidsplassen som arena”, arbeider både på individ- og systemnivå og trygdekontoret har med seg andre aktører ut i bedriften, både i individsaker og i systemarbeidet. Trygden og hjelpeapparatet framstår samlet både overfor klient og bedrift og foretar en praktisk arbeidsdeling på stedet. Denne modellen atskiller seg fra den forrige ved at arbeidsdelingen og prosessen er forskjellig. Her er det ikke først den ene og så den andre som er inne i saken. Her legges saken på bordet og alle som har oppgaver og ansvar deltar sammen i en avklaring, både av problemer og løsninger. Arbeidsdelingen skjer på stedet. Dette innebærer naturligvis ikke at ulike aktører/etater overtar andres oppgaver eller at arbeidsdelingen bryter med den vedtatte. Men ved at alle er tilstedte sammen, får den samme informasjon og er på den arenaen der problemene antas å ligge, får alle et *felles perspektiv* på en sak og kan tenke ”praktisk” ut fra *situasjonen*. Det er naturligvis viktig at den sykmeldte selv klarer å presentere sitt perspektiv, at den sykmeldte selv ikke blir overkjørt. Derfor er det i denne modellen lagt inn at en kollega eller tillitsvalgt kan møte, dersom den sykmeldte ønsker.

Dette er et bud på en modell for en enhetlig og samordnet oppfølging av sykmeldte, og som spesielt er egnet når en har mistanke om at sykdom er arbeidsbetinget. Eller når arbeidsevnen er redusert og attføring/tilpasning på arbeidsplassen eller hos arbeidsgiver er det alternativet som først må undersøkes.

Men vi må tilføye noen momenter. Er dette realistisk? FASØ erfarte at arbeidsmåten var svært arbeidskrevende og spesielt før en får arbeidsgiver til å innkalle og legge til rette for slike møter, vil en slik arbeidsmåte representere et merarbeid for trygdekontoret. Vi vet også fra evalueringen av basisgrupper at det kunne være problemer med ansvarsdeling og oppfølging. Dette er problemer som ikke forvinner med ”nye basisgrupper”.

13.3.3 Trygdekontormodell 2. Med trygdekontoret som arena

I denne modellen tar trygden på seg mye ansvar og mange oppgaver, som i tilfellet KOBOKS. Denne modellen forholder seg til hva som skal og bør skje i den første sykmeldingsperioden, knyttet til sykepengrutinen. Vi har tidligere karakterisert tilnærmingen som vekt på *økt*

kvalitet i den individrettede oppfølgingen. Her koordinerer trygden aktørene i relasjon til to mål, å avklare den enkeltes situasjon og å dokumentere saken slik at 12-ukersvedtakene kommer i tide og med god kvalitet.

Avklaringsarenaen er trygdekontoret. Trygdekontoret innkaller den sykmeldte til avklaring. Avklaringen ender i en handlingsplan og denne planen sendes til dem som er relevante i relasjon til potensielle handlinger, til trygden, lege og arbeidsgiver. Avklaringen følges opp med et ev. arbeidsplassbesøk, der trygdekontoret (forsterket med fysioterapeut) møter den sykmeldte og ledere på arbeidsplassen. Alternativt vil trygdekontoret bestille arbeidsplassundersøkelse hos bedriftshelsetjenesten, der dette er aktuelt.

Denne modellen legger også vekt på systemarbeid, men her går oppmerksomheten mer mot legene og deres rolle i oppfølgingen, ved at trygden tar informasjons- og motivasjonsrunder til leger og andre sentrale aktører. Det er her viktig for trygden å få riktige og gode tjenester fra legene, f.eks gode funksjonsbeskrivelser.

Trygdekontorets hovedarbeid blir pasientnært og oppfølgingsamtalen med den sykmeldte blir det viktigste virkemiddelet eller metoden i arbeidet. Her møter pasienten en hjelper i trygdekontoret som lytter, veileder og rådgir, og i denne modellen ligger en tjeneste som mange pasienter etterspør og som mange var svært fornøyd med og ønsket videre oppfølging fra. Men trygden prøver også å koordinere den sykmeldtes sak, ut fra handlingsplanen som redskap. Denne modellen er ikke fullt utprøvd i våre forsøk. Det som manglet var trygdens del i oppfølgingen av handlingsplanen. Her vet vi ikke hva som skjedde, f.eks. i KOBOKS, fordi trygdekontorets videre oppfølging ikke inngikk i prosjektet.

Denne oppfølgingsmodellen blir helhetlig ved at den ser *helheten i klientens situasjon*. Modellen tar utgangspunkt i at klienten ikke kan arbeide og forhold på arbeidsplassen. Modellen blir slik arbeidsrettet. Modellen/samtalen legger til rette for at mange aspekter i klientens situasjon kan komme fram, at klienten får presentert helheten i sin situasjon og forståelse av den. KOBOKS erfarte at klienten var en god informant. Trygdekontoret kan få et mer realistisk bilde av klientens problemer gjennom samtalen enn hva som framkommer gjennom legens diagnose og (manglende) funksjonsbeskrivelse. Dersom trygdekontoret gjennom oppfølgingsamtaler skal lage handlingsplaner, må trygdekontoret ha en god forståelse av hva som er klientens situasjon og klientens forståelser og ønsker. Skal klienten også bidra til å følge opp planer må de være delaktige og det er lite nyttig for profesjoner å opptre paternalistisk.

Men at trygdekontoret opplevde i enkelte tilfeller å få en annen forståelse av forholdene på arbeidsplassen ved å gå på arbeidsplassbesøk. Det synes å være lettere å klage på manglende fysisk tilrettelegging enn dårlig organisatorisk arbeidsmiljø. Det kan derfor være nyttig å suppler den informasjonen trygdekontoret får fra klienten.

Oppfølgingsamtalen - trygdekontor

Denne modellen peker mer generelt mot oppfølgingsamtalens betydning, og samtalen både som et virkemiddel og som en metode. Både i Sør-Troms-prosjektet og Aktiv sykmelding prosjektet var oppfølgingsamtalen sentral. Og i KOBOKS er samtalen kjernen i prosjektet.

Men hva skal til for å kunne jobbe med samtalen, for å få til en løsningsorientert samtale som bringer fram alternativer, og der brukeren også opplever seg som både hjulpet og ivaretatt (omsorg)? Sør-Troms-prosjektet har utviklet samtalen gjennom kompetanseutvikling, ved

utviklingsprosesser og tilknyttet veiledere. Alle ble ikke like trygge på å foreta denne samtalen eller møtet med kommunen, men færre grudde seg underveis. I KOBOKS var det prosjektleder med kompetanse i veiledningsmetodikk som utviklet en samtaleform. Innen dette feltet foregår det et prosjekt ved trygdekontoret i Gamle Oslo bydel, der de skal forsøke seg på en ny tilnærming til samtalen overfor personer med sammensatte problemer (helseproblemer, dårlig i norsk, industrielt arbeid, omsorgsansvar for slektninger i andre land, krigserfaringer ol).

Oppsummering

Innen dette feltet ligger det en del ugjort. Samtalen skal være åpen og avklarende, men samtidig kan ikke trygden hjelpe med "alt" eller ta alle slags problemer innover seg. Det er viktig at velmenende hjelpere holder seg innen de områder der de har mandat og metoder (Fossestøl 1996) og at de kan vise videre. Dette forutsetter bred kunnskap til ulike tjenester og tilbud.

Men det er også andre hjelpestrategier som er knyttet til samtalen. *Når samtalen er over, hvem skal stå for handlingene?* Her kan vi peke på ulike tilnærminger. I prosjektet i Ål var det prosjektleder som på vegne av klienten etter samtalen tok kontakt med arbeidsgiver. Trygden hjelper og følger klienten videre. I KOBOKS ble handlingsplanene sendt i posten til de aktørene som skulle/burde gjøre noe. I andre forsøk kan det være en del av avklaringsstrategien å sette klienten selv i stand til å følge sin egen sak videre og ta de nødvendige initiativer (Nørve og Alm Andreassen 1998). Samtalen må følges av noe eller noen - som *fører til handling*. Dersom ikke klienten kan hjelpe seg selv, må han/hun få hjelp av *noen*. Det synes som om hjelpeapparatet er fylt opp av tjenester som informerer og rådgir innen smale områder, men der det er lite praktisk hjelp å få dersom klienten ikke selv klarer å iverksette en plan. Bildet av det ivrige og ansvarsovertagende hjelpeapparatet synes å være en myte (Alm Andreassen 1999b).

Ut fra forsøkene synes det å være en god strategi å utvikle samtalen med den sykmeldte. Dette har lenge vært et mål for trygdeetaten og flere forsøk gir modeller for slike samtaler, både i trygdekontor og i bedrift. Men det er viktig å ha for øye den oppfølgingen som må skje etter samtalen og at iverksettingen ikke alene overlates til klienten.

13.3.4 Trygdekontormodell 3. Tilbakeføring og rehabilitering som fokus

Denne modellen dekker ulike tilnærminger. En viktig problemstilling og perspektiv her er hvordan trygdekontoret skal få ferdig behandlede pasienter tilbake i arbeid. De er "friske", men terskelen fra å være friskmeldt til å starte i jobb, kan for mange være for høy. Hjerterehabiliteringsprosjektet arbeidet ut fra den erfaring at bare en liten del av de som var ferdig behandlet, kom tilbake i jobb. Her har trygdekontoret sett det som sin jobb å bidra til den sosiale rehabiliteringen som er nødvendig for å overkomme terskelen til arbeidslivet. Dette handler om å endre livsstil for å gjøre resultatene av den medisinske rehabiliteringen mer varige, og på annen måte forberede for arbeid. Hva som her skal til av trygdekontorarbeid rettet mot arbeidsplassen, vil variere. Noen prosjekter i denne kategorien handler om ulike former for arbeidsforberedelse.

Andre prosjekter/trygdekontortilnærminger handler mer om trygdekontorets arbeid ved seleksjon for videre medisinsk rehabilitering av pasienten. Her er fokus på rehabilitering og

lite på arbeid. Dette er ikke et typisk perspektiv i denne porteføljen, men er en modell som må trekkes med fordi dette også er aktuelle problemstillinger ved trygdekontor. Rikstrygdeverket gjennomfører også et forsøk med kjøp av helsetjenester for å få til raskere rehabilitering av et utvalg av klienter.

Det er i denne modellen begrenset hva trygdekontoret gjør qua trygdekontor. Trygdekontoret selekterer til tiltak og koordinerer, ev. overfor medisinsk eller sosial rehabilitering.

13.3.5 Kommentarer til trekk ved modellene

Et kompetanseforsterket trygdekontor?

Både trygdekontor 1 og 2 modellen er arbeidsorientert, men på ulik måte. Men det er verdt å merke seg et annet trekk ved modellene. Det er ikke den ordinære trygdefunksjonæren som alene møter klienten på trygdekontor eller på arbeidsplassen for å medvirke til handlingsplaner. Her har trygdekontoret forsterket seg kompetansemessig (ergo- og fysioterapeut). Det har vært diskusjoner om trygdens kompetanse og behov for å styrke denne kompetansen. Men hva slags kompetanse trygden trenger å styrke seg med, avhenger av hvilke oppgaver den skal utføre og hvilke roller trygden tar i feltet. Disse forsøkene peker ikke mot styrking av kompetanse på jus og økonomi, men mot *arbeidsplassrelatert kunnskap, kunnskap knyttet til tilrettelegging av arbeidet og kunnskap om hjelpeapparatets muligheter*. Forsøkene peker også mot styrking av mer sosialpedagogisk eller veiledningspedagogisk kompetanse i møtet med den sykmeldte.

Samarbeid mellom trygdekontor

I flere forsøk har ett trygdekontor overtatt kontakten til en virksomhet og har hatt ansvaret for å igangsette aktiv sykmelding for arbeidstakere fra denne virksomheten. Bostedskontoret har senere overtatt saksbehandlingen. I FAPRO og Ringnes Gjelleråsen var trygdekontorets erfaringer med andre trygdekontor knyttet til iverksetting av aktiv sykemelding, og i det sistnevnte også til behovet for møter i basisteam. Erfaringer var at trygdekontoret i bostedskommunene blandet seg inn i saken og kompliserer iverksettingen av aktiv sykmelding, eller at de ikke svarer på henvendelser. Der trygden som prosjekt skal samhandle med vanlige trygdekontor, finner de ikke den samme forståelse for nye metoder og arbeidsmåter som dem de selv bygger på.

Kontaktstrategier

Porteføljen har en del erfaring på kontakt mot arbeidsgiver. Vi har tidligere pekt på å ha tjenester å tilby. KOBOKS hadde som strategi å gi informasjon til en virksomhet, samtidig som en kom i anledning en klientsak. Dette er også en kjent strategi fra den perioden Arbeidslivstjenesten skulle innarbeide seg. Ved å tilby hjelp i klientsaker, kunne de nærme seg virksomhetene for å tilby hjelp denne ikke hadde bedt om, f.eks. til sykefraværstatistikk og oppfølging. Dette handler om å komme i posisjon. Denne strategien er begrenset, men det er rimelig å anta at dersom dette gjøres over tid, vil mange virksomheter igjen og igjen treffe trygdekontoret på arbeidsplassen, og derigjennom bli mer fortrolig med dens arbeidsmåte og virkemidler.

Forankring

Mange prosjekter erfarte at *en* sak var å oppnå kontakt med virksomhetene, en annen sak var å vedlikeholde kontakten slik at det konstant var grunnlag for samarbeid og

informasjonsutveksling. Dette handler om hvem i bedriften en kontakter og om hvordan en går fram for å gi informasjon.

Sør-Troms-prosjektet arbeidet spesifikt mot den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og deres første jobb var å hjelpe til å få sykefraværstatistikk på plass, deretter å få til oppfølgingsystemer. I dette arbeidet hadde Arbeidslivstjenesten en sentral rolle. Men det de erfarer, var at for å forankre prosjektet i den kommunale ledelsen som ledd i å lykkes i sykefraværarbeid, måtte de på nytt og på nytt ta kontakt med kommunen. Folk sluttet eller den som hadde påtatt seg/blitt delegert arbeidet med saken, hadde ikke myndighet eller ferdigheter. Verneombud og tillitsvalgte kom og gikk, og prosjektet fant det derfor nødvendig å få til en mer institusjonell forankring i virksomhetene, gjennom et underutvalg til AMU.

I et annet prosjekt (Sogn og Fjordane – ”Muskelsmerteprojektet”) høstet mange av de samme erfaringene mht. forankring av oppfølgingsarbeidet i virksomhetene (offentlige og private virksomheter). Her var det sykmeldte som skulle tilbake i bedriften og tilpasse sin arbeidssituasjon/arbeidsplass. Prosjektet fant at det aldri ble godt nok informert. De erfarte at det systemrettede arbeidet og informasjon mot ledelse og ansatte tar tid, og at arbeidet trenger modning. Informasjon nådde ikke fram og var ikke gitt en gang for alle. Det var også her turnover i alle posisjoner, både blant ledere og tillitsmenn. Det prosjektet fant var lurt, var å ta en ny tur til arbeidsmiljøutvalgene hvert halvår sammen med Arbeidslivstjenesten.

I Aurskog-Høland kommune la de prosjektstyringen til arbeidsmiljøutvalget. Samt at prosjektet var forankret på topplan, med vedtak i kommunestyret, og rådmannen tok opp sykefraværsoppfølging i sine møter med etatsledere.

Dette peker mot at trygden ikke kan ta enkelte ”raid” til bedrifter og så håpe på effekt. Det må systemisk arbeid til, med gjentagende informasjon rettet til ulike nivåer i virksomhetene, og at virksomhetene selv både må ha vilje og kompetanse til selv å jobbe systemisk og forankre arbeidet i egen organisasjon. *Informasjon er en ferskvare.*

13.4 Hva er den beste modellen?

Og hva er så den riktige eller den beste modellen? Det ligger en forventning til en evalueringen at den skal kunne si hva som gir effekt, hva det er som virker mht. å redusere andelen sykmeldte eller lengden av de individuelle sykefraværene. Vi har tidligere vist at det er vanskelig å vise overbevisende effekter av sammensatte intervensjoner, men samtidig er det slik at i to av tre tilfellene der vi kan sannsynliggjøre effekter, er det i prosjekter i virksomheter med bedriftsintern oppfølging og arbeidsmiljøorientering. Dette funnet har vi tidligere diskutert i relasjon til resultatene av Andersens evaluering av sykefraværprosjektet iverksatt av LO og NHO (Andersen 1994). Funnene bygger opp om hverandre.

Dersom vi bare var opptatt av effekt på sykefraværet, skulle vi kaste ut alle andre modeller og praksisformer. Vi mener imidlertid at modellens godhet ikke bare handler om umiddelbare effekter på sykefraværet. Vi har derfor vist fram ulike modeller og ulike tilnæringer til feltet og vil her diskutere andre kriterier for hva som er ”godt” enn effekter på sykefraværet.

13.4.1 Hva er tidlig oppfølging?

Det kan være flere grunner for at noen modeller er bedre eller mer å foretrekke enn andre. Vi skal her trekke fram tanken om *tidlig intervensjon* og realiseringen av den som sentral strategi for å stoppe utgåingen av arbeidslivet. Hvilken modell er da mest effektiv mht. iverksetting av tidlig oppfølging?

Trygden satser på *tidlig oppfølging* av den sykmeldte ut fra den erfaring at det eksisterer en statistisk samvariasjon mellom lange sykmeldingsforløp og avgang til uføretrygd (Attføringsmeldingen, s. 76). Denne prosessen er i trygden knyttet opp til arbeidet med godkjenning av sykmeldinger. For å finne et passende stoppunkt, ble det innført et nytt strategisk punkt i prosessen, 12-ukersvedtaket. Trygden har en strategi for å gripe inn tidlig i sykmeldingsforløpet og gjøre opp status mht. handlingsplaner framover i enkeltilfeller.

I mange prosjekter har det ligget en tanke om å komme tidlig inn med aktive tiltak, allerede i tredje uken av sykmeldingsperioden. KOBOKS og mange av de trygdedrevne prosjektene, samt prosjektet Aktiv sykmelding fra Folkehelse, har stått for ulike strategier for tidlig inngripen. Det prosjektene ville oppnå var todelt, både å avklare situasjonen og å ta i bruk aktive tiltak (tilpasset arbeid eller fysisk trening). Aktive tiltak er på den ene siden en måte å holde den sykmeldte i sin arbeidsorganisasjon og sikre fortsatt integrasjon. På den annen side er det å prøve ut arbeidsevne, tilrettelegging og ev. omskolering (tidlig ”attføring”). De prosjektene som ikke var ”tidlig” ute med aktive tiltak, var i mange tilfeller bedriftsprosjekter.

Men hva innebærer det å komme inn tidlig? Når trygden kommer inn har, arbeidstakerne allerede vært sykmeldt i en periode. I en studie av 25 kvinner med muskelsmerter på et prosjektbasert tiltak i Arbeidsmarkedsetatens regi, finner Alm Andreassen at mange aktører er tidlig inne i kvinnes sykefravær, men at disse ikke handler ut fra det langsiktige og helhetlige perspektivet som kvinnes rehabiliteringsprosess krever, og at inngripen med kortsiktig perspektiv kan forsterke helseproblemene mer enn å avhjelpe dem. Kvinnene fikk ikke hjelp til å orienter seg ut fra sin nye situasjon (Alm Andreassen 1999a:114).

Studien peker på at tidlig inngripen må bety å gripe inn i fraværsskapende eller fraværforsterkende arbeidsbetingelser, og peker på godt arbeidsmiljøarbeid som det som i konsekvens gir tidlig oppfølging. Og spesielt bør en se på arbeidsbetingelsene i de deler av arbeidsmarkedet der de ufaglærte og lavtlønnede kvinnene opererer. Alm Andreassens studium peker mot at det er i virksomhetene at det virkelig er mulig å forebygge og å *gripe tidlig inn* gjennom godt arbeidsmiljøarbeid og personalomsorg.

Slik sett er det virksomhetene som virkelig kan komme tidlig inn i et potensielt sykefraværforløp. Bedriftsintern oppfølging har muligheten til å oppdage de mange små fravær, også ved at den som har helseplager selv tar det opp. Dette muliggjør tidlig avklaring og inngripen. I denne sammenheng blir trygdekontorenes modell for tidlig inngripen sekundær. Det innebærer imidlertid ikke at de ulike trygdekontorenes modeller for tidlig oppfølging, med trygdekontoret som den sentrale aktør, ikke er ”gode”. De er bare ikke fullt så tidlige i relasjon til den prosessen som individet gjennomgår.

13.4.2 Modeller for enhver situasjon

Når vi skal diskutere modellens godhet, må vi differensiere ut fra *hvilket problem og situasjon en står overfor*. Dersom vi tar utgangspunkt i bedriftens evne og vilje til å drive HMS-arbeid, finner vi tre grupper av bedrifter; de som er motivert og som har kompetanse, de som ikke er uvillige, men mangler kompetanse og de som er uvillige og også mangler kompetanse. Det har vært hevdet at i arbeidsdelingen mellom Arbeidslivstjenesten og Arbeidstilsynet, som begge arbeider systemrettet og forebyggende, ligger de to første bedriftstypene godt til rette for Arbeidslivstjenestens arbeid. Den siste bedriftstypen, de uvillige, må overlates til arbeidstilsynet med sine sanksjonsmidler.

Overført på tidlig oppfølging innebærer det at bedriften selv følger opp når de er villige og kompetente. For bedrifter som er villige, men ikke har kompetanse, er Trygdekontormodell 1 egnet, med hjelp til å bygge opp systemer og hjelp på arbeidsplassen til avklaringssamtaler med den sykmeldte. For bedrifter som verken vil eller kan, må trygdekontoret ta over ansvaret for individet, tilsvarende Trygdekontormodell 2. Analogien til Arbeidslivstjenesten /arbeidstilsynet halter her, for arbeidstilsynet har sanksjonsmidler overfor de uvillige. Det har ikke trygdekontoret.

Overfor andre grupper og saker, er det ikke tidlig oppfølging som er poenget. Vi har tidligere omtalt Hjerterehabiliteringsprosjektet og reaktiveringsprosjekter for unge uføre. Her er det i større grad snakk om sosial rehabilitering for å senke terskelen mot attføring og oppstart i arbeidslivet igjen. Her er det vi finner modell 3.

Det vi her peker på er at trygdekontoret møter ulike virkeligheter i sin oppfølging og må derfor arbeide differensiert. På denne bakgrunn er mange av de utprøvde arbeidsmåtene aktuelle for virksomhetene og for trygdekontorene, men ikke som generelle modeller. Det er ikke grunn å legge ned ressurser for å hjelpe arbeidsgivere som kan hjelpe seg selv. På den andre siden, selv om det ideelle er at arbeidsgiver driver et godt forebyggende og oppfølgende arbeid, må arbeidstakere og virksomheter som trenger hjelp, få hjelp. I dette feltet er det en ansvarsdeling mellom Arbeidstilsynet, Arbeidslivstjenesten og trygdeetaten. Vi har i denne porteføljen ingen erfaringer med innkobling av Arbeidstilsynet. Det vi har erfaringer med, er samarbeidet mellom trygden og Arbeidslivstjenesten. Vi ser av disse erfaringene at det ofte er fornuftig å samarbeide i feltet, ut fra den etterspørsel som virksomhetene uttrykker, og at trygdens systemrettede arbeid koordineres med Arbeidslivstjenestens arbeid når dette er mulig. En slik samhandling i feltet vil ikke bare gi bedre tjenester til brukeren, men også bidra til å styrke trygdeetatens arbeidslivskompetanse og kompetanse i å arbeide prosessrettet.

13.5 Samarbeid mellom ulike aktører

I kapittel 4 pekte vi på at i tillegg til trygdeetaten var det to andre store aktører som deltok i forsøkene, bedriftshelsetjenester i 15 av 22 prosjekter og Arbeidslivstjenesten i 10 prosjekter. I tre av de ti er Arbeidslivstjenesten den som driver prosjekter helt eller i perioder (Medvirkning RiT, Frisk i Nord-Østerdal, Kverner Kleven).

Arbeidslivstjenesten – trygdeetatens gode hjelper

Når Arbeidslivstjenesten kommer inn i et prosjekt, innebærer det også at det legges inn ressurser fra arbeidsmarkedsetaten, noe som har vært viktig i flere prosjekter. Dette er et poeng i FASØ-prosjektet (se Eikeland 1997), og har også betydd mye i Arbeidsgiverkontaktprosjektet i Sør- Troms og i Medvirkningsprosjektet ved Regionsykehuset i Trondheim. Arbeidslivstjenesten kunne gå inn i prosjektet og ha tid til å løse oppgaver som viste seg underveis, og gjennom sin virksomhet være med å utvikle prosjektet ut over hva som var planlagt.

Flere prosjekter har stått overfor den situasjonen at når de kom ut i bedrift, viste det seg at det ikke bare var oppfølgingsrutiner som manglet, men også sykefraværstatistikk.

Arbeidslivstjenesten hadde programmer og ekspertise til å hjelpe virksomheten med å få denne delen på plass. For prosjektene var konsekvensen av manglende statistikk at de ikke fikk målt effekt av sin virksomhet gjennom sammenlikning av sykefraværet før og etter intervensjonen. Men det innebar samtidig at prosjektet, sammen med Arbeidslivstjenesten, hadde mer å tilby virksomheten, flere nyttige tjenester å tilby. I noen av prosjektene tok også Arbeidslivstjenesten fatt på arbeidsmiljøsidene.

Det vi også har sett er at Arbeidslivstjenesten har bidratt til å utvikle prosjekter ved å bidra til gode prosesser, f.eks. til nye måter å informere virksomheter om offentlige tjenester og virkemidler, og har hjulpet trygdeetaten med å finne sin rolle i enkelte prosjekter, ved å bidra til trygdeetatens systemrettede arbeid; I Muskelsmerteprojektet ble trygdeetaten hjulpet inn i prosjektet ved å bli tatt med på bedriftsbesøk, og trygdeetaten ivaretok sammen med Arbeidslivstjenesten det system/bedriftsrettede arbeidet i prosjektet.

Prosjekterfaringen viser at Arbeidslivstjenesten er en svært nyttig samarbeidspartner for trygdeetaten, både ved at de har tjenester å tilby virksomhetene og ved at Arbeidslivstjenesten supplerer trygdeetatens kompetanse. Den supplerer trygdeetatens kompetanse både mht. til arbeidslivskompetanse og med hensyn til å kunne jobbe prosessuelt.

Bedriftshelsetjenesten – virksomhetens hjelper

I oversikten over aktører finner vi at ingen tjeneste har vært så sterkt involvert som bedriftshelsetjenesten. Denne tjenesten har spilt både små og store roller, og hele deres innsats kommer ikke fram i denne rapporten fordi vekten i rapporten ikke har vært lagt på de bedriftsinterne forebyggende/rehabiliteringsorienterte prosjektene. I slike prosjekter har bedriftshelsetjenesten vært hovedaktør og prosjektleder. Her har bedriftshelsetjenesten drevet treningsprosjekter og arbeidet forebyggende med ryggskoler og annen veiledning knyttet til arbeidsutførelsen. Bedriftshelsetjenesten har deltatt i de mer arbeidsmiljøorienterte prosjektene og i prosjekter orientert mot arbeidsplassen som avklaringsarena. Den har også deltatt i metodeutvikling i trygdekontoret og i rutineutvikling og oppfølging i bedrift.

Dette skulle også være naturlige oppgaver. Men flere prosjekter erfarte at prosjektet var døråpner for bedriftshelsetjenesten. Prosjektene erfarte også at ikke alle bedrifter som var pålagt å ha bedriftshelsetjeneste hadde denne tjenesten, og det ble en del av prosjektet å bringe dette forholdet i orden.

Dette peker mot bestillerkompetanse i bedriftene og også mot de tjenester som bedriftshelsetjenestene utvikler. Et prosjekt i porteføljen har spesifikt arbeidet med en ny modell for bedriftshelsetjenesten. Poenget var å utvikle andre produkter tilpasset behovet i små og mellomstore bedrifter, der bedriften vet hva de kjøper og hva det koster. Prosjektet

prøvde å utvikle bedriftshelsetjenester som kunne selges i et vanlig kunde-leverandør forhold mellom bedriftene og tjenesteleverandørene i området. Et slik produkt var kurs i forebyggende arbeid tilpasset verneombud.

I flere prosjekter har trygdeetaten, Arbeidslivstjenesten og bedriftshelsetjenesten arbeidet sammen i bedriften eller mot bedriften. Dette har vært et samarbeid uten komplikasjoner ut fra ulike kompetanser og roller. Arbeidslivstjenesten kommer og går (arbeider prosjektorganisert), trygdekontoret kommer på gjentatte besøk, men den som er igjen og kan følge opp prosjektarbeidet/miljøarbeidet i det daglige er bedriftshelsetjenesten. Betydningen av bedriftshelsetjenestens arbeid blir understreket av alle parter i samarbeidet.

Men samtidig må vi peke på at de ulike aktører ikke erstatter hverandre. Arbeidslivstjenesten og bedriftshelsetjenesten har svært ulike kompetanseprofiler. Bedriftshelsetjenestens største yrkesgruppe er sykepleiere (Lie, Karlsen og Tharaldsen 1999:39). Bedriftshelsetjenesten er mer tradisjonelt helseorientert. Vi ser også av prosjektene at bedriftshelsetjenesten mye har arbeidet med forebygging gjennom trening, og ryggskoler. Det er derfor grunn til å tro at selv om tjenestene skulle prøve å levere "det samme produkt" f.eks knyttet til arbeidsmiljø, ville innholdet bli forskjellig. Vi har av forsøkene sett at de arbeidsmiljøproblemer som prosjektene hyppigst treffer i virksomheten er av organisatorisk karakter.

I arbeidet med *oppfølging av sykmeldte* finner vi at bedriftshelsetjenesten ofte ikke er inne i arbeidet. Hjerterehabiliteringsprosjektet hadde planlagt å rekruttere deltakere gjennom bedriftshelsetjenesten, noe som ikke fungerte fordi denne tjenesten ikke hadde systematisk kontakt med den enkelte sykmeldte. De fant at det var opp til den enkelte arbeidstaker, ev. i samarbeid med arbeidsplassen, å ta kontakt etter behov. Den kjennskapen som bedriftshelsetjenesten hadde om enkeltstående sykmeldinger i sine respektive medlemsbedrifter, var derfor tilfeldig (Johansen 1998:32). Sett på bakgrunn av foreliggende forskning, er dette ikke overraskende. Vi har tidligere pekt på at 1/4 av virksomhetene ikke har rutiner for å følge opp lengre sykefravær og av de virksomhetene som har rutiner, har ca. 1/3 av dem sykefravær rutiner via bedriftshelsetjenesten (Lie, Karlsen og Tharaldsen 1999:121-122), noe som innebærer at i en stor gruppe av virksomhetene er bedriftshelsetjenesten lite inne i sykefraværarbeidet. Videre finner Lie, Karlsen og Tharaldsen at det er bedrifter med egenordninger som i størst grad bruker verne- og helsepersonell til oppfølgingsarbeidet. De viser også at denne organisasjonsformen (egenordninger) er av de minst utbredte ordningene (ibid:36). Dette innebærer at de oppgaver og roller som bedriftshelsetjenesten tar seg eller blir gitt/bestilt ikke får fokus på oppfølging av sykmeldte.

Legen

Samarbeidet mellom legen og trygdekontoret/Fylkestyret/trygdekontoret er ikke hovedrelasjonen i denne porteføljen. Men i ett prosjekt er legen gitt en nøkkelrolle. I Folkehelsens prosjekt, Aktiv sykmelding, er det legen som er gitt initiativet (se avsnitt 10.2.1). Det er legen som skal ta initiativet og sende med pasienten de nødvendige papirer til arbeidsgiver. Dette fungerte ikke i det hele tatt. Også i andre prosjekter var det tillagt legene å foreslå aktiv sykmelding eller ta initiativ til trening som aktive tiltak. Disse prosjektene har den samme erfaringen. Det blir også påpekt at legen ikke ivaretar den funksjon han/hun er tiltenkt i sykepengesrutinen mht. å sette i gang aktive tiltak, og trygdekontoret må griper inn og initierer aktiv sykemelding. Legen gir heller ikke trygdekontoret gode nok data for å fatte 12-ukersvedtaket ved at funksjonsbeskrivelsene er dårlige (se KOBOKS). KOBOKS erfaring er at kvaliteten er dårlig mht. medisinsk begrunnet funksjonsvurdering, og saksbehandler i trygdekontoret ikke har kompetanse til å vurdere det medisinske i legeerklæringene. Det prosjektet ser for seg

som en god løsning, er at trygdelegen trekkes inn tidligere i perioden og er med og vurderer sykmeldinger og lager handlingsplaner, samt at den sykemeldte høres.

I sine samtaler med pasientene fikk KOBOKS klientenes egne fortellinger om hva problemet besto i, om forhold på arbeidsplassen og hva som var mulige løsninger. Pasienten ønsket å ha medvirkning. På bakgrunn av disse samtalene reiser KOBOKS spørsmål om hva som er legens beslutningsgrunnlag, er det den samme typen samtale og den samme typen av vurderinger som KOBOKS (som trygdekontor) gjorde? Dersom det er pasientens historie som også er legens kilde, kan kanskje trygdekontoret gjøre vurderingene selv?

Prosjektene viser at legenes praksis er problematisk i relasjon til det tenkte oppfølgings-systemet, og viser alternative framgangsmåter der trygdekontoret, ev. en koordinator, tar større ansvar og initiativ, og der det legges større vekt på arbeidslivstilpasningen.

Det var en erfaring i mange av prosjektene at legen ikke lot seg involvere i samarbeid mht. oppfølging av sykmeldte. De møtte ikke på møter som trygdekontoret inviterer til. Det ble fra et prosjektet pekt på at arbeidsgiver var lite glad for alle slags legeerklæringer om at pasientene trengte annet og lettere arbeid. De mente at legeerklæringene satt løst, at legene ikke var seriøse eller har nok kunnskap om situasjonen på arbeidsplassen (Andersen og Karlsen 1999). Det var i prosjektene en erfaring at legene samarbeider lite med andre aktører. Men når disse erfaringene ble lagt fram i seminarer knyttet til porteføljen, kunne en få tilbakemelding fra bedriftsleger som ikke kjenner seg igjen i det erfaringsbildet som evalueringen dannet. Bedriftsleger kunne uttrykke stor tilfredshet med legesamarbeidet. I dette feltet bør det gjøres andre undersøkelser av legenes rolle. Prosjekterfaringene tyder i alle fall på at legene ikke ivaretar sin rolle i et samarbeid mellom ulike institusjoner i oppfølgings-arbeidet, slik det idealtypisk er tenkt i offentlig politikk. Deres manglende delaktighet sinker utviklingen av bruken av aktiv sykmelding, og manglende funksjonsvurderinger vanskeliggjør trygdekontorets arbeid knyttet til 12-ukersvedtaket og handlingsplaner.

Arbeidskontoret

Arbeidskontorer har vært involvert i noen prosjekter. I prosjektene som siktet mot å reaktivisere unge uføre, skulle arbeidskontoret stå for oppfølging, dels under arbeidstreningen, dels etter at intervensjonen var avsluttet. Erfaringen var at de som var under reaktivering trengte tett oppfølging, mer enn arbeidskontoret var villig til eller i stand til å gi. Prosjekterfaringen handlet både om at slik oppfølging har behov for spesiell metodikk og for prioritering av denne gruppen. Det nytter ikke å bruke det normale attføringsapparatet og tilnærmingen, til det var de som skulle reaktiviseres for svakt fungerende. Også et annet prosjekt peker på at terskelen til yrkesrettet attføring er høy for deler av trygdekontorets klienter.

Vi har tidligere pekt på at trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten kan ha ulike mål og derfor prioriterer ulikt. I dette tilfellet handler det om at 100 prosent yrkesaktivitet kan være det eneste målet for tilbakeføring og attføring, som arbeidsmarkedsetaten var villig til å arbeide ut fra.

I et prosjektet kom det også fram at arbeidsmarkedsbedrifter var lite egnet for å prøve ut arbeidskapasitet i denne målgruppen, dels fordi bedriftene har høge produksjonskrav og krav til ytelse til dem de tar inn på tiltak, dels fordi det arbeidet de har å tilby er ensidig og ikke passer for målgruppen.

Erfaringer knyttet til arbeidskontorenes metoder og praksis, munnet ut i et forslag om at trygdeetaten kanskje burde ta på seg oppfølging av dem som ikke har nytte av å bruke det vanlige attføringsapparatet. Vi har her kalt det for ”atføring light”. Tanken er at trygdekontoret har andre oppgaver, prioriteringer og metoder som er mer egnet for denne gruppen, ut fra den praksis som i dag følges av arbeidskontorene. Dette forutsetter imidlertid at trygdekontoret har ressurser, også uten friske prosjektmidler, til å gjennomføre dette arbeidet. Og at trygdekontoret normalt har de nødvendige oppfølgingsferdighetene som prosjektet peker på som nødvendig (Antonsen 1996).

13.6 Medvirkning, utvikling og forankring

13.6.1 Hvorfor medvirkning?

I denne forsøksporteføljen arbeider prosjektet/trygdekontoret mot ulike brukere, mot individer og mot virksomheter. Det er da rimelig å legge et brukerperspektiv til grunn også ved evalueringen. Det ligger i vårt demokratiske system at de berørte av et tiltak skal høres. Det ligger også i demokratiteori at deltakelse ikke bare er et gode for at den enkelte eller organisasjoner skal kunne påvirke mål, men at deltakelse i seg selv er et gode. Deltakelse er et gode fordi det er gjennom prosesser at meninger dannes og forståelse skapes (Pateman 1970). Dermed har medvirkningsspørsmålet og deltakelse betydning for forankring av prosjekter, og av prosjektets resultater i de deltakende organisasjoner. Det personer og organisasjoner har vært med å utvikle eller beslutte om, får de et nærmere forhold til og vil i større grad akseptere vedtak eller tiltak.

Sosiologisk handler dette om forholdet mellom det legale og det legitime. Ledelsen kan godt treffe beslutninger eller iverksette endringer og ingen vil betvile ledelsens rett til f.eks. å treffe beslutningene (legaliteten), men de berørte kan betvile rimeligheten eller den gode grunnen for å gjøre et gitt vedtak (legitimiteten). Legitimitet forutsetter at begge parter godtar. For at alle parter skal godta, er det en god metode for beslutninger at mange deltar. Dette fører igjen til oppslutning om vedtaket eller arbeidsmåten. Skal en, som i denne porteføljen, arbeide fram mot nye arbeidsmåter og samarbeidsformer, er det viktig å ha oppslutning fra dem som skal gjennomføre arbeidet. Det er viktig å tenke at individer i organisasjoner handler ut fra seg selv og ikke ut fra en tvang, pålegg eller regler. Det er i et moderne arbeidsliv begrenset hvilke oppgaver der pålegg og tvang er adekvate styringsprinsipper for å få arbeidet gjennomført. Normalt vil de mange oppgaver i offentlige eller private organisasjoner forutsette at personer bruker seg selv og at kompetansen er en integrert del av personen.

I denne porteføljen ligger det en særlig grunn til å se på individets medvirkning og påvirkning i individrettede tilbud. Et sentralt mål i porteføljen er å utarbeide et helhetlig og samordnet rehabiliterings- og atføringstilbud. Det kan i det profesjonelle hjelpeapparatet være ulike bud på hva en skal samordne seg ut fra. Etatene kan samordne seg ut fra virksomhetens eller individets forståelse av sitt problem, og derav etterspørsel etter tjenester. Men profesjonene/etatene kan også samordne seg om hva de mener er det riktige tilbudet til den individuelle brukeren, og med hjemmel tvinge personer til å delta i tilbud de ikke ønsker. Evalueringserfaringene knyttet til basisgruppemøter viser nettopp at individet kan bli oversett og overkjørt (Verdi og Øverli 1998). Slik sett kan samordning framstå som en trussel og ikke et tilbud til individet.

Når vi skal vurdere medvirkning i prosjektene, handler det ikke om deltakerdemokratiske strategier i prosjektene. Det handler i stor grad om metoder og arbeidsformer i etater/faggrupper og der prinsippene bak arbeidsformen eller metoden kan knyttes til de samme tankeganger, til den berørtes rett til å høres og deltakelse som et selvstendig gode.

13.6.2 Hvordan er medvirkning ivaretatt i forsøkene?

Vi må her skille mellom medvirkning på to nivåer. På den ene siden handler medvirkning og deltakelse om de berørte ved utvikling av oppfølgingsrutiner, ved arbeidsmiljøforbedringer og prosjekter, i virksomheter som i trygdeetaten. På den annen side handler medvirkning om klientens eller pasientens medvirkning i relasjon til den hjelp som skal ytes vedkommende, i relasjon til sitt hjelpetilbud.

Arbeidsmiljøutvikling

De prosjekter som har arbeidet med arbeidsmiljø, har alle basert seg på medvirkningsprosesser, der de ansatte på bakgrunn av en kartlegging har deltatt i å finne fram til egnede tiltak og prioritere mellom tiltak. Dette arbeidet har ikke trygdeetaten stått for. Et unntak er den begynnende arbeidsmiljøutviklingen som skjedde i Stavanger og Omegns trafikkselskap (SOT), der prosjektet endret karakter fra treningsprosjekt til å hjelpe internt i bedriften gjennom å tilrettelegge prosesser og gi råd. Her var det trygdefunksjonæren/prosjektmedarbeideren som var endringsagent, utplassert to dager i uken ved bedriften.

Systemutvikling

Alle virksomheter/prosjekter deltok i rutineutviklingen, selv om det opprinnelig ikke hadde vært en del av prosjektet. Der dette ikke hadde vært del av prosjektet, så en at det var svært nyttig for virksomhetene å få hjelp på dette området. Men hvordan gikk de fram for å utvikle rutiner? Det saken her dreier seg om, er hvem som utvikler nye rutiner for oppfølging av sykmeldte, internt i virksomheten og mellom virksomhet og andre etater. Vi kan her skille mellom to tilnærminger, vi kan kalle dem profesjonsmodellen og dialogmodellen.

I profesjonsmodellen er det gjerne prosjektets ledelse, ev. ved hjelp av bedriftshelsetjenesten som har utviklet nye rutiner. Her finner vi Aurskog-Høland (liten del av prosjektet), Sør-Troms-prosjektet (trygdekontordelen) og prosjektet ved Ringnes. I Ringnes- og Aurskog-Høland-prosjektet ble rutinen utarbeidet av prosjektledelsen og iverksatt. Prosjektets arbeid er å iverksette disse nye og forbedrede rutinene.

Dialogmodellen finner vi i Stavanger og omegn trafikkselskap (SOT), FASØ, Regionsykehuset i Trondheim og delvis i Trøste og Bære, og Frisk i Nord-Østerdal.

I disse prosjektene lå det brede medvirkningsprosesser bak rutineutviklingen, både fordi en ønsket at skriftlige rutiner skulle avspeile praksis, at rutiner skulle være brukbare og lokalt tilpassede. Det var også nødvendig med brede prosesser for å få alle innforstått med tanken om at oppfølging generelt var et gode (og ikke en kontroll og sykefraværet en privat sak) og for å skape klima for oppfølging i virksomheten. Og for å forankre resultatene slik at brukerne eide sine resultater/rutiner.

Ved Regionsykehuset ble det utviklet nye rutiner gjennom interne møter og prosesser, der de ansatte, ledere og mellomledere er representert. I Trøste og Bære og Frisk i Nord-Østerdal går samarbeidet mellom hjelpere og kommunene/etatsledelsen og ikke i samme grad mot de tilsatte. Særlig i SOT ble det understreket nødvendigheten av deltakelse for å bygge forståelse

hos alle parter for oppfølgingsarbeid. Den siste tilnærmingen la stor vekt på endringer av holdninger, og å finne fram til oppfølgingssystemer som var brukbare i den praktiske hverdagen som bedriften sto i. Oppfølgingssystemer skulle ikke bare være ”ideelt” gode, men være tilpasset hverdagslivet i en organisasjon. Medvirkning var slik en metode, både for å få forståelse for oppfølging av sykmeldte og for å sikre brukbarheten av det systemet som ble innført.

I prosjektet FASØ hadde alle bedrifter rutiner bygget over de samme prinsippene. Likevel får sykefravær rutinen spesielt positive tilbakemeldinger i to av de fire bedriftene. På disse to bedriftene ble det holdt jevnlig møter, satt inn flere tiltak parallelt og gitt god informasjon til de ansatte (Eikeland:24). Rapporten viser at i de bedriftene der de ansatte *opplever å har vært med* i utarbeidelsen av rutinene, vurderer de rutinen som bedre enn ansatte i bedriftene som ikke føler de er tatt med på råd: 76 prosent av respondentene i bedrifter der de ansatte var tatt med på råd, mente at oppfølgingsrutinene var bra, mot 30 prosent i bedrifter der de ikke opplevde at de var tatt med på råd (ibid:19). De ansatte var faktisk med i alle arbeidsgrupper og i utarbeidelsen av alle rutinene, men alle var ikke informert om det!

I SOT, FASØ, Ringnes og Sør-Troms-prosjektet er det trygdekontoret som står for gjennomføringen av rutineutviklingen. Vi synes å se ulike holdninger til hva som er gode løsninger og hva som er trygdekontoret/funksjonærens rolle. På den ene siden er trygdekontoret/funksjonæren *ekspert* som kan foreslå og gjennomføre nye tilnærminger, på den annen side oppfatter trygdekontoret/funksjonæren seg som *veileder og prosessuell* hjelper, og derigjennom bidrar til virksomhetens egenutvikling. Ut fra erfaringer knyttet til FASØ og SOT vil vi tro at medvirkning og deltakelse i utviklingen av rutiner både sikrer brukbarheten i den praktiske og hektiske hverdagen.

Klientmedvirkning

Forholdet til klientene var ulik i prosjektene. Vi kan skille mellom de mer tradisjonelle, profesjonsstyrte modellene som ikke bygde på medvirkning og de mer dialogorienterte modellene.

Den trygdemedisinske poliklinikken var *en profesjonsstyrt modell* og deltagelsen var ikke nødvendigvis frivillig. I poliklinikken gjorde de ulike medisinske profesjoner sine undersøkelser av pasienten og ble enige om hva som var situasjonen, hva som var diagnosen og mulige tiltak. Deretter ble pasienten innkalt til en oppsummeringssamtale, der pasienten fikk lov til å kommentere det ekspertene hadde kommet fram til. Pasienten skulle så ”ansvarliggjøres” og selv bidra aktivt til løsningene. Evalueringen av prosjektet pekte på at det nok ikke var enighet om målene for videre hjelp: Pasienten selv var ikke så opptatt som hjelperne til å bli ”frisk”, men opptatt av å få hjelp til å leve bedre med sine plager (Brødholt 1996). Brødholt peker i sin evaluering av Buskerud trygdemedisinske poliklinikk på et paradoks i selve modellen for prosjektet, der en legger inn ansvarliggjøring i en tradisjonell profesjonsmodell. I denne modellen ligger det en komplementaritet mellom klienters og profesjoners roller. Modellen forutsetter at det settes inn store ressurser/kompetanse samtidig på ett sted for å avklare pasientens situasjon, gi hjelp. Paradokset ligger i at fagpersoners muligheter til å gi ”hjelp” er større når personene er hjelpeløse. Men i denne modellen skal den profesjonelle gi hjelp til pasienter som er aktive, ikke hjelpeløse. Modellen er lagt opp på å gi effektiv hjelp til hjelpeløse, samtidig som det forutsetter at de ikke er hjelpeløse, at de er aktive og kan ”ansvarliggjøres”. Det syntes å være ulike og motstridende mål innebygd i tilnærmingen (Brødhold 1996:36).

En alternativ tilnærning bygger på *medvirkningstenkning* eller *veiledningspedagogiske prinsipper* som løsningsorientert samtaleteknikk. Her blir klienten eksperten (på sitt liv og hva de ønsker seg videre) og hjelperen legger til rette for å få fram hva som er problemet og muligheter, ev. å vise videre til noen som kan hjelpe. Innenfor denne tilnærmingen finner vi mange prosjekter, som FASØ og KOBOKS, så vel som trygdekontorprosjekter. Vi ser at den siste tilnærmingen er krevende og vil forutsette at trygdefunksjonæren som hjelper ikke bare kjenner trygdeetatens virkemidler, men også har erfaring med arbeidsliv og bedriftsinternt attføringsarbeid, samt god kjenneskap til hjelpeapparatet forøvrig. For å rå over så mye kunnskap, vil f.eks. samarbeid med andre helpere var nødvendig. Det kan være med bedriftshelsetjenesten i bedriften eller med arbeidsmarkeds- og sosialetaten, der andre tiltak kan være aktuelle.

Disse to modellen har helt ulike utgangspunkt både mht hvem som skal avgjør hva som er problemet og hvem som har ansvaret for å følge opp den planen som legges. I den første, den profesjonsstyrtemodellen, er det ekspertene som finner ut hva som er problemer og løsninger, men krever at pasienten tar et medansvar for å følge opp. Pasienten "ansvarliggjøres". Den andre modellen legger opp til at klienten definerer både problem og løsning, men får hjelp i prosessen. Også her har klienten ansvar for å iverksette planen eller løsningen.

Ansvarliggjøring

Tanker om ansvarliggjøring har vært populære i hjelpeapparatet i en periode og kan ses som en reaksjon på tendensen til å behandle brukerne av offentlige tjenester som passive ofre (Kaul og Kvande 1985). I stedet ble det lagt større vekt på mestringsperspektivet, på å se brukerne som aktive og handlende, på de ressurser den enkelte har. Dette innebærer et skifte fra et system- til et aktørperspektiv. Et slik perspektivskifte har også vært etterspurt i relasjon til kvinneforskningen der systemperspektivet tenderte til å reduserte kvinner til "ofre".

Men perspektivskiftet handler også om en type kritikk av velferdsstaten; at velferdsstaten hjelper folk med for mye, noe som fører til at velferdsstatens medlemmer passiviseres og fører til en ansvarsfraskrivelse hos mottakerne av ytelsene. Påstanden om ansvarfraskrivende klienter og et ansvarsovertagende hjelpeapparat, er imidlertid svært diskutabel (Alm Andreassen 1999b). Alm Andreassen viser at klientene er aktive som etterspørrere og i visse tilfeller også som pådrivere i prosesser i hjelpeapparatet. Det er derfor mer dekkende å si at hjelpeapparatet viser begrenset ansvarlighet ved at de responderer på klientens etterspørsel ut fra de virkemidler de har tilrådighet og avviser behov som ikke er i overensstemmelse med hjelpeapparatets oppfatning av hvordan ressurser skal fordeles (ibid). Sett i dette perspektivet blir det skjevt å rette et normativt krav til klienten om å ta ansvar, kravet om ansvarlighet bør stilles overfor hjelpeapparatet. Et hjelpeapparat må gi hjelp.

Trenger hjelp for å bli handlingsdyktig

Men hvorfor henvender klientene seg til hjelpeapparat og ber om hjelp, dersom de har evnen til å handle i egen situasjon? Hva er det de ber om? Er det bare informasjon de mangler? Noe av det viktige i en vanskelig situasjon er at klienter ikke kan rydde i egen situasjon før de vet hva de vil. Og de kan ikke ville, før de vet hva som er mulig. Først når klientene får oversikt over sine handlingsmuligheter, kan de velge, ville og prioritere. Dette innebærer at det de trenger hjelp til er å avklare sin egen situasjon (Nørve og Alm Andreassen 1998). Å få hjelp til avklaring innebærer kanskje ikke bare tilførsel av råd og informasjon, men hjelp til å gå igjennom sin egen prosess, prosesshjelp.

Mye kan tyde på at den hjelpen klienter får, er for overfladisk. Innen yrkesrettet attføring er det forventning om at søkeren skal utforme sin egen attføringsplan, framskaffe og gjennomføre attføringstiltak (Jessen 1997:57). Som vi tidligere har pekt på har også den sykmeldte et eget ansvar, og som arbeidstakere har vi selv et ansvar for å medvirke til å gjennomføre tiltak for å skape et sunt og trygt miljø på arbeidsplassen (Arbeidsmiljøloven §16). Det er tidligere påpekt at det kan være et misforhold mellom de ønsker/behov eller forutsetninger som klienten har og den typen hjelp som tilbys knyttet til yrkesrettet attføring (Jessen 1997:57). Men mye tyder på klientrelatert virksomhet ikke gir klienten tilstrekkelig hjelp. For eksempel bygde prosjektet "Hjelp gjennom samhandling" på at terskelen til yrkesmessig attføring var blitt for høy for mange klienter ved den måten som aktørperspektivet og ansvarliggjøring i arbeidsmarkedsetaten ble praktisert. Derfor var det en del av prosjektet at prosjektleder "gikk mellom" klienten og arbeidsmarkedsetaten. Poenget er tjenesten må være åpne for ulike brukere og ulike situasjoner, og at noen brukergrupper kan ha behov for mer hjelp og støtte for å avklare sin egen situasjon enn andre. Men det innebærer ikke at de profesjonelle skal danne mål eller preferanser eller gjøre andre valg på vegne av brukeren.

KOBOKS fikk sine informasjoner og foretok sin avklaring i samarbeid med den sykmeldte. De opplevde at pasienten ønsket og krevde medbestemmelse i forhold til egen helse. Prosjektrapporten reiser spørsmål ved legens rolle overfor pasienten og han eller hennes lydhørhet for pasientens forståelse av sin situasjon og ønsker mht. løsninger. Prosjektet fant at trygdekontoret gjennom avklaringssamtalen kunne være med og finne bidrag tilpasset den sykmeldtes ønsker gjennom sin veiledings- og rådgivingsmetode. Ut fra en slik avklaring ville klienten selv føle ansvar for å bidra i egen prosess, til å ta kontakt med arbeidsgiver, til å trene eller gjøre andre ting som på sikt førte tilbake til arbeidslivet. KOBOKS hevder ut fra dette *at å ta ansvar og å medvirkning må henge sammen:*

Oppsummering

En dimensjon ved disse forsøkene er rolledelingen i oppfølging mellom arbeidsgiver og trygdeetaten. Hvor langt skal arbeidsgiver ta saken før trygdekontoret kommer inn? Hvor langt inn mot (hos) arbeidsgiver skal trygdekontoret gå? En annen dimensjon er relasjonene mellom trygden og andre offentlige tjenester. Skal trygdekontoret først gjøre sin del og vise til andre, eller skal trygdekontoret gå sammen med andre etater, f.eks. i det systemrettede arbeidet? Og en tredje dimensjon hvor en skal legge avklaringsarenaen, hos arbeidsgiver eller i det offentlige tjenesteapparatet.

Vi har her tatt ut ulike trekk fra prosjektene og prosjekterfaringen og konstruert dem som modeller for å dyrke eller vise fram noen hovedgrep. Det som er mest problematisk, er hvor langt inn trygdekontoret og andre tjenester skal gå hos arbeidsgiver. Men dette er ikke bare en diskusjon om trygdekontoret vis a vis virksomhetene, men også en diskusjon av Arbeidslivstjenestens rolle og tjenesteutvikling. Det var i mange av prosjektene Arbeidslivstjenesten som gikk inn i virksomheten.

At trygdekontoret i noen tilfeller gikk langt i bedrift fordi prosjektet som "bedriftstrygdekontor" var lokalisert i bedriftene, handlet om trygdelæring, om hva som er virksomhetens hverdagsliv og problemer og har vært nyttig lærdom. Men denne rollen og lokaliseringen var klart prosjekt-avgrenset. Men det som er viktig å understreke, er at Arbeidslivstjenestens tilstedeværelse i prosjektene, med sitt tilbud av tjenester og ved å stille ressurser til disposisjon, var viktig for prosjekthandlingene og en nyttig partner for trygdekontoret i det systemrettede arbeidet.

14 Erfaringer knyttet til iverksetting av programmet

14.1 Iverksetting og data

Ved studier av politikk er det vist at iverksettingen har betydning for resultatene av politikken (van Meter og van Horn 1975, Kjellberg og Reitan 1997). Vi har pekt på det samme forholdet ved iverksetting av forsøk. Vi har dessuten definert det som sentralt ved denne forsøksvirksomheten å vurdere iverksettingen fordi dette er praksisen og mange av forsøkene har som mål å endre eller utvikle nye metoder eller modeller for oppfølging av sykmeldte.

Vi har i vår evalueringstilnærming sett på programmets prosjekter som forsøk i praksisutvikling. Det er gjennom iverksetting en skaffer seg erfaringer, både med den arbeidsmåten som er valgt og med de resultater av ulike slag som prosjektet gir aktørene. Vi har tidligere pekt på at ”resultater” kan være utvikling av nye samarbeidsformer, samarbeid med nye aktører og nye tilnærminger – organisatorisk utvikling som er rettet mot å skape et mer helhetlig og samordnet rehabiliterings- og attføringstilbud. I følge den modellen vi tok utgangspunkt i, vil en strategi føre til prosjektet iverksetter ulike handlinger, som igjen fører til ulike hendelser i feltet se avsnitt 2.3.2. Den samlede virksomheten vil over tid skape et prosessresultat, f.eks. at trygdekontoret sammen med Arbeidslivstjenesten og andre aktører hjelper arbeidsgiver med å avklare ulike sykefraværssaker og legge handlingsplaner, både for individet og for virksomheten. Denne nye prosessen eller rutinen skal da skape effekten – redusert sykefravær. Vi har tidligere vist hvilke effekter på sykefraværarbeidet forsøkene gir og hvilke modeller for oppfølging vi ut fra forsøkene kan peke på.

I dette kapittelet skal vi trekke fram *organisatoriske erfaringer*, knyttet til iverksettingen av prosjekter og til programmet. Dette er erfaringer som gir innspill til sider ved å drive prosjekt- og programarbeid. Dette erfaringer knyttet til ulike spørsmål, fra praktiske forhold knyttet til administrasjon av porteføljen til hvordan forsøk er blitt forstått og ivaretatt av trygdeetatens organisasjon. Hvordan trygdeetaten som organisasjon har håndtert prosjektvirksomheten, forteller oss om hvordan trygdeetaten har ivaretatt forsøkene som utviklingsarbeid.

Analysens empiri

Vi vil her gjøre oppmerksom på hvordan de erfaringer som vi her bygger på framkommer. Evalueringens viktigste empiri er prosjektrapportene og annet skriftlig materiale fra prosjektene. De prosjektrapportene som vi bygger på, er som vi har redegjort for, både ”tynne” og ”tykke”. Flere av rapportene har visse mangler mht. prosessevaluering. Dette henger sammen med to forhold. Ikke alle prosjekt har akseptert å rapportere om sine iverksettingserfaringer, om sine prosesser der det framkommer erfaringer som kan stille prosjektgjennomføringen eller trygdeetatens bidrag til denne, i et kritisk lys. Andre rapporter kan være noe ”tynne” fordi det i prosjekter der alt går som forventet, ofte ikke er så opplagt hva ved iverksettingen som er interessant. Det betyr at de gode erfaringen ofte ikke er gjort eksplisitt. Når det gjelder iverksetting knyttet til prosjekter og til trygdeetatens rolle i gjennomføringen kan det derfor være en del urapportert.

Vi bygger også på observasjon i prosjektene og samtaler med ulike prosjektaktører. Programevaluator har vært ute i prosjektene, hatt møter med prosjektledere, prosjektgrupper og styringsgrupper knyttet til evalueringsveiledning. Evaluator har også hospitert i

prosjektarbeidet i flere prosjekter for å få et direkte innsyn i hvordan prosjektet handler og for å få forståelse for aktørenes oppfatninger. Dette kunne være nødvendig for å gi råd om evaluering og nyttig for programevalueringen.

Casebeskrivelser som presentasjonsform

Ut fra det erfaringsmaterialet vi sitter igjen med, har vi valgt å bruke case for å presenterer erfaringer knytte til gjennomføring. Når vi her bruker case for å vise typer av erfaringer, så er dette ikke en "uthenging" av prosjekter som ikke er flinke eller gjør det riktige. Erfaringer knyttet til problemer og erfaringer om det som ikke lykkes, er like viktige som de gode eller "vellykkede" erfaringene fordi det bak de kritiske erfaringen ligger grunnlaget for utvikling og endring. Poenget her å vise fram erfaringer, som empiri. De case som vi her bruker, er typiske for erfaringer i porteføljen og godt dokumentert og der erfaringene ikke er hente fra prosjektets rapport, er de kvalitetssikret hos rapportens forfatter.

Materialet viser at det er ulike oppfatninger om roller og ansvar i prosjekter og i forsøksarbeidet generelt mellom ulike aktører. Denne ulikheten i forståelse er stor innen trygdeetaten selv. Den store ulikheten ligger mellom prosjektlederens forventning til trygde- og fylkeskontorenes ledelse mht. tilrettelegging for og involvering i og forankring av forsøk og disse lederes forståelse av egen og forsøkenes rolle, slik denne forståelsen avspeiles gjennom deres praksis. Vi mener ikke å hevde at alle trygdekontor eller fylkestrygdekontor har identisk forståelse og tilnærming til å drive forsøk som utviklingsarbeid. Empirien viser tendenser. For å kvalifisere våre funn ytterligere, bør en gjøre bredere og målrettede undersøkelser av utviklingsarbeidet i trygdeetaten.

14.2 Iverksettingen av forsøksporteføljen³⁶

Departementets føringer

Forsøksporteføljen bygger på et programnotat "Samarbeid mellom trygdeetaten og arbeidslivet for å redusere sykefraværet". Dette notatet er utarbeidet internt i Sosial- og helsedepartementet. I programnotatet forutsettes det *at iverksettingen skjer gjennom Rikstrygdeverket*. Det heter i programnotat at Rikstrygdeverket vil vurderer søknadene og fremme tilråding for departementet og at *Rikstrygdeverket* vil ha ansvar for oppfølging av prosjekter som har fått støtte. *Fylkestrygdekontorene* vil ha ansvar for å trekke det lokale trygdekontor inn i prosjektene der dette ikke er gjort fra før og /eller det synes hensiktsmessig eller nødvendig å gjøre dette (Prosjektnotatet :5)

Ut fra hva vi kan se, foreligger det ikke spesielle føringer fra departementet mht. til hvordan Rikstrygdeverket skal organisering sitt arbeid mht. prosjektinitiering, søknadsbehandling eller oppfølging av prosjekter. Dette er valg som Rikstrygdeverket selv gjør.

Ansvar i Rikstrygdeverket

I Rikstrygdeverket ble ansvaret for porteføljen lagt i linjen, til sykepengekontoret i avdeling Stønads 1. Her hadde to ulike konsulenter i tidsrommet november 1993 til juni 1995 ansvaret

³⁶ Med hensyn til iverksetting og valg av iverksettingsmodell for porteføljen, foreligger det lite skriftlig dokumentasjon. Disse avsnittene bygger på samtaler med Arne Eikeland (deltok nov 93- nov94) og Emma J. Stenseth (deltok nov 94-juni95) som i en tidlig periode var tillagt iverksettelsen av porteføljen, med Hilde Furevold (koordinator fra juni 94) og med Elfride Børsum som i hele perioden har vært leder for departementets arbeid med forsøksporteføljen.

for å iverksette porteføljen i tillegg til vanlige oppgaver. Sykepengekontoret hadde ikke ressurser til å arbeid med forsøkene og kontorets leder ba om at ansvaret ble flyttet.

Fra juni 1995 ble ansvaret for Rikstrygdeverkets iverksetting lagt i stab hos avdelingsdirektør for Stønad 1 og egen prosjektleder ansatt. Det ble etter hvert knyttet flere ressurser til Rikstrygdeverkets iverksetting, med kontorstilling i 50 prosent fra høsten, senere i 80 prosent stilling -96 og ytterligere en stilling fra sommeren -98 (halvt lønnet av Rikstrygdeverket og halvt lønnet av forsøksporteføljen).

Søknadsbehandling

Prosjektsøknadene framkommer normalt gjennom et samarbeid mellom søker og programkoordinator. I noen tilfeller samarbeider departementet direkte med søker. Søknaden forelegges for forsøkvirksomhetens arbeidsgruppe i Rikstrygdeverket og gruppens og koordinators anbefaling følger søknaden til departementet og dets referansegruppe, Rådgivingsgruppen. Med bakgrunn i vurderinger i Rådgivingsgruppen, samt koordinator og forsøkvirksomhetens arbeidsgruppe i Rikstrygdeverket, treffer departementet beslutninger om bevilgninger til prosjekter. Sosial- og Helsedepartementet har beslutningsretten og behøver ikke forelegge alle saker for Rikstrygdeverket og Rådgivingsgruppen.

Denne Rådgivingsgruppen var sammensatt av representanter fra Kommunal- og Arbeidsdepartementet, Finansdepartementet, Helse- og Sosialdepartementet, Rikstrygdeverket, Direktorat for arbeidstilsyn, Arbeidsdirektoratet, Rikstrygdeverket, LO og NHO. Senere ble også Kommunenes sentralforbund representert i denne gruppen.

Når beslutningen var fattet, ble det opprettet en kontrakt mellom Rikstrygdeverket og Fylkestrygdekontoret som prosjekteier. Denne kontrakten viser til søknaden som grunnlaget for kontrakten.

Ansvar i fylkestrygdekontoret

Ansvaret for iverksettingen av det enkelte prosjekt ble lagt til Fylkestrygdekontoret i det fylket der prosjektet hører hjemme. Relasjonen mellom Rikstrygdeverket og Fylkestrygdekontorene var regulert gjennom en kontrakt og gjennom oppstartsmøter i det enkelte prosjekt. I kontraktene mellom Rikstrygdeverket og prosjektet er fylkestrygdekontoret avtalepart, kalt *prosjektansvarlig*. Det heter: ”Prosjektansvarlig har – innenfor rammen av prosjektbeskrivelsen (jmf.pkt.1) – ansvaret for så vel gjennomføring av prosjektet, som for prosjektrapportering og regnskap”. Denne kontrakten mellom Rikstrygdeverket og Fylkestrygdekontoret var på plass tidlig i 1994.

Ut fra foreliggende materiale er det vanskelig å finne ut hvilke rollefordeling Rikstrygdeverket opprinnelig hadde tenkt seg mellom Rikstrygdeverket og fylkestrygdekontorene. Fylkestrygdekontorene var i 1994 relativt nylig opprettet og ut fra Norbomutvalget skulle Fylkestrygdekontorene m.a. være en motor i utviklingsarbeidet i etaten, både mht. til personal og organisasjonsutvikling (Støtte og styringsorganer i trygdeetaten 1988:11). Slik sett kunne det være naturlig å legge mye av ansvar for iverksettingen til de nye fylkestrygdekontorene.

Slik vi har forstått denne iverksettingsmåten, handler det m.a. om å *involvere* fylkestrygdekontorene i prosjektarbeidet gjennom å gjøre dem ansvarlige for forsøksprosjektene i sitt distrikt. Rikstrygdeverket ønsker med dette forsøksprogrammet ikke bare drive forsøk for å vinne kunnskap, men også å bruke forsøksvirksomheten som en

pådriver for å styrke som ble dekket av programmet, i alle deler/nivå av etaten.³⁷ Det var spesielt i oppfølging av sykmeldte som Rikstrygdeverket ønsket engasjement og læring fra fylkestrygdekontorene knyttet til forsøksvirksomheten. Det er i følge Rikstrygdeverket ”et stort behov for utvidet engasjement hos fylkestrygdekontorene” (ibid) Strategien er å få til deltakelse og engasjement i fylkestrygdekontorene gjennom å gjøre dem til prosjektansvarlige.

Samtidig var det en delbegrunnelse for delegasjonene til fylket at det trengtes mer oppfølgingsinnsats fordi Rikstrygdeverket ikke hadde (avsatt) ressurser til å arbeide med prosjektene og de som hadde oppgaven arbeidet med et vidt spekter av oppgaver: ”Det sier seg selv at vi ikke har kapasitet til å følge tett opp samtlige prosjekter i alle dets faser. Dette må vi overlate til fylkestrygdekontorene som prosjektansvarlige” (ibid).

Ansvar for fylkestrygdekontoret lå i den faglige gjennomføringen av prosjektet i henhold til den søknad/prosjektplan som foreligger og som kontrakten er inngått på basis av og involvere lokale parter.

Ved oppstart av et prosjekt gikk den ansvarlige fra Rikstrygdeverket gjennom prosjekt sammen med prosjektleder og fylkestrygdekontoret. Rikstrygdeverkets kontakt til prosjektene skjer mye i søke- og startfasen, senere i hovedsak knyttet til framdrift- og økonomirapportering, milepelskonferanser og deltakelse i et utvalg møter i styringsgruppen. Et viktig poeng for Rikstrygdeverket ved prosjektoppstart var å peke på trygdefaglige spørsmål der disse var svakt utarbeidet.

Fylkestrygdekontorets oppgaver

Fylkestrygdekontorene skulle være prosjektansvarlig og ha ansvaret for å trekke det lokale trygdekontor inn i prosjektet der dette ikke er gjort, og det synes nødvendig og/eller hensiktsmessig (jmf. programnotatet s.5). Hva innebærer dette? Dette peker mot at fylkestrygdekontorene må ivareta de trygdefaglige problemstillingene, de må ta motiverings- og forankringsoppgave overfor trygdekontorene, der de ev. måtte jobbe mot det enkelte kontors leder, dennes forståelse av forsøk og utviklingsarbeid, oppfølging av sykemeldte og prioritering mellom ulike oppgaver.

Vi må anta at dette kunne være en vanskelig oppgave for fylkeskontorene fordi opprettelsen av dette organisasjonsleddet i starten hadde liten legitimitet blant trygdekontorenes ledere. Fylkestrygdekontorene innebar at instruksjonsmyndigheten flyttet nærmere trygdekontorene og at dette kunne innebære en reduksjon i den relative autonomi for trygdesjefene.

Hvordan fylkestrygdekontorenes involvering skjer i det enkelt prosjekt, kan være forskjellig. I prosjekter i trygdeetaten selv, kan prosjektet være drevet fra fylkestrygdekontoret (eks Trøste og Bære på Lillehammer). I andre prosjekter, og det vanlige er at fylkestrygdekontoret involverer seg gjennom arbeid i *styringsgruppen*. Det innebærer normalt at det praktiske prosjekt- og rapporteringsarbeid er delegert til prosjektleder, som fremmer sin evalueringsplan, driftsplan og rapportering av ulike slag, for styringsgruppen. Fylkestrygdekontoret ivaretar sitt ansvar gjennom styringsgruppen.

³⁷ Brev av 1707 1995 fra RTV til Fylkestrygdekontoret i Oslo.

Programsekretariatets oppgaver

Koordinator har stått for deler av prosjektinitieringen i programmet og har i søknadsfasen bidrar med råd og veiledning. Koordinator har også stått for administrasjon av søknadsbehandlingen og iverksetting og har hatt møter med fylkestrygdekontorene og prosjektene knyttet både til initierings- og søkerfasen og senere i prosjektet. Koordinators kontakt til prosjektene/prosjektlederne synes i mange tilfeller å ha være den viktigste prosjektoppfølgningen. Oppfølgingen var også knyttet til rapporteringsrutiner for økonomi og framdrift. Programkoordinator har etter hvert hatt andre oppgaver i Rikstrygdeverket i tillegg til programarbeidet.

14.3 Erfaringer knyttet til prosjektorganisering, prosjektstyring, prosjektledelse og forankring

Vi har tidligere i rapporten pekt på at ikke alle treningsprosjekter var ment å være treningsprosjekter. Vi skal i dette avsnittet trekke fram erfaringer knytte til utvikling- og styring av prosjektet Kværner Leirvik. Vi vil bruke prosjektutvikling til å reise noen problemstillinger knyttet til prosjektstyring og prosjektutvikling generelt. En grunn til at vi her kan bruke dette prosjekt som case, er at prosjektets rapport drøfter disse forholdene ved prosjektet. Drøftingene er bygget på de skriftlige kilder og nedtegnelser som prosjektet har. Dessuten har programevaluator vært observatør ved flere møter i styringsgruppen og har på nytt gjennomgått de skriftlige kildene. Derfor vil vi her gjøre en reanalyse av hva som skjedde i prosjektet mht. å utvikle et trygdefaglig innhold og gi trygdekontoret en rolle.

Det er forhold ved prosjektplanleggingen, gjennomføring og styring som kan bidra til å forklare hvorfor prosjektet ble "bare trening". Dette handler om delt prosjektledelse, om prosjektplanlegging, kompetanser, og ressurser. Dette er problemstillinger som vi også finner i andre prosjekter. Vi vil her prøve å trekke ut noen allmenne poenger. For å belyse problemene, vil vi gjennomgå prosjektets utviklingshistorie, basert på prosjektets eget materiale.

Gjennomgang av en prosjektutviklingen

Går vi tilbake til prosjektutformingsfasen, var det stor aktivitet mellom de lokale prosjektutformerne og Rikstrygdeverket. I en telefonsamtale i april 95 får prosjektet tilbakemelding på at prosjektet ikke bare kunne handle om trening, men må i tillegg gå inn på arbeidsplassrelaterte problemstillinger i søknaden. Videre ble det understreket at trygdekontoret måtte spille en aktiv rolle i prosjektet. Rikstrygdeverket mente at trygdekontoret raskest mulig måtte trekkes inn i prosjektet for å være med i prosessen. Det måtte videre komme klart fram i søknaden hva som var trygdekontorets vurdering av søknaden og hvordan trygdekontorets virkemidler skulle nyttes. Videre ble det pekt på at mange søknader var lite konkrete og anbefalte søkerne å være konkret og saklig³⁸.

Trygdekontoret fikk tilsendt søknaden og svarte at de så positivt på søknaden og at trygdekontoret var innstilt på å medvirke i den grad partene ønsket det. Trygdekontoret uttrykte også interesse for å se sammenhenger mellom holdingsskapende arbeid, forebyggende trening kombinert med kjente virkemidler som aktiv sykemelding, arbeidstrening og omplassering. Trygdekontoret tilrådte at det i prosjektet ble åpnet for

³⁸ Notat ved Arbeidslivstjenesten fra samtale mellom Rikstrygdeverket og Arbeidslivstjenesten.

fleksible ordninger (som aktiv sykmelding) og uttaler videre at ”Innhaldet og utforminga kan vi komme tilbake til dersom ei slik utprøving er av interesse”³⁹. Denne trygdesjefen sluttet før prosjektstart.

Prosjektet startet opp sommeren 1996. I desember 1996 ble det innkalt til møte i styringsgruppen samt erfaringssamling etter et halvt år. Møtet skulle evaluere oppstarten av prosjektet, samarbeidet i prosjektet, oppfølging på arbeidsplassen, trening i treningsrommet og videreføringen av prosjektet⁴⁰. Under punktet om samarbeid i prosjektet kom det opp ulike forhold⁴¹. Rikstrygdeverket etterlyste samarbeidet mellom bedrift og trygdekontor. Bedriftens personaldirektøren etterlyste smidigere samarbeidsformer mellom virksomheten og trygdekontoret. Han mente at attføringsutvalget var en for lite smidig ordning. Han ønsket seg et mindre utvalg som kunne møtes oftere og derved komme tidligere på banen.

Det var tilsatt nye trygdesjefen og hun skulle sitte i styringsgruppen, men var ikke til stede ved dette møtet. Det ble derfor bestemt at trygdekontoret og arbeidsutvalget for prosjektet skulle møtes på nyåret for å etablere samarbeid og utvikle rutiner for kontakt om sykmeldte.⁴²

Neste styringsgruppemøte fant sted 7 mai 1997. Trygdesjefen hadde forfall. Her blir samarbeidet mellom prosjektet og trygdekontoret på nytt tatt opp. Det hadde i perioden vært et møte mellom bedriften og trygdekontoret. Det var avtalt å prøve ut aktiv sykemelding, med bedriften ønsket ikke å ha egen rutiner og ta kontakt med den sykmeldte selv for å spørre om de ville være aktiv sykmeldte. Kontakten skulle gå mellom legen og den sykmeldte. Rikstrygdeverket etterlyste nye initiativ overfor trygdekontoret fra prosjektleder.⁴³ Det ble foreslått å holde et møte mellom prosjektleder, trygdesjef, fylkestrygdekontoret og rådgivende lege. Fylkestrygdekontorets representant i styringsgruppen (leder av gruppen) skulle ta initiativet til møtet.

Neste møte i mellom prosjektleder, trygdesjef, fylkestrygdekontoret og rådgivende lege ble holdt 3 juni. Møtet kom fram til at trygdesjef og prosjektleder etter dette skulle ha møter regelmessig. Det var nå gått ett år siden oppstart av prosjektet og bare et halvår sto igjen av driftsperioden. Neste møte i styringsgruppa, samt nye erfaringssamling foregikk 23 oktober 1997. Samarbeidet mellom prosjektet og ulike aktører ble ikke behandlet i styremøtet. I erfaringssamling ble samarbeidet evaluert, både fra prosjektleder side, kommunelege, bedriftshelsetjenesten og trygdekontoret. Bedriftshelsetjenesten opplevde lite kontakt med trygdeetaten, prosjektleder og verneombud. Prosjektleder og trygdekontor samarbeidet nå, men trygdekontoret hadde liten kontakt til bedriften. Kommunelegen var kommet inn i arbeidet og samarbeidet med trygdekontoret, mindre med bedriftshelsetjenesten og virksomheten.

³⁹ Brev fra trygdesjef Mowatt til arbeidslivstjenesten, med kopi til ledelsen og til klubben ved Kværner Leirvik a.s.

⁴⁰ Innkalling og dagsorden for erfaringssamlinga. Udatert.

⁴¹ . Prosjektleder etterlyste at bedriftslegen viste seg mer på arbeidsplassen og arbeidet mer med arbeidsmiljøet. Den bedriftshelsetjenesten som verftet tilhørte hadde begrensede ressurser pga sykefravær mm. Men det var også en uenighet mellom ledelsen / arbeidsmiljøutvalget og prosjektleder om bruken av de timer som bedriften fikk fra bedriftshelsetjenesten.

⁴² Referat fra møte i styringsgruppen 11 desember 1996

⁴³ Referat fra møte i styringsgruppa 7 mai 1997.

Hvorfor skjer det ikke noe når alle egentlig er interessert?

Som vi ser, begynner det å skje noe i prosjektet mht. oppfølging av sykmeldte, innkobling av trygdekontoret og orientering om trygdeetatens virkemidler høsten 1997, over ett år etter prosjektstart. Hvorfor skjer det ikke noe før? Trygdesjefen hadde i mai 1995, ett år før oppstart signalisert stor interesse for å se sammenhenger mellom holdningsskapende arbeid, forebyggende trening kombinert med kjente virkemidler som aktiv sykemelding, arbeidstrening og omplassering. Bedriften hadde vært interessert i samarbeid om nye og mer fleksible måter å drive attføring. I samarbeidet mellom disse to parter ser det ut til å ligge klare felles oppfatninger og interesser. Likevel skjer det ingen handlinger. Dette blir tatt opp i styringsgruppa gjentatte ganger av Rikstrygdeverket koordinator og av Arbeidslivstjenesten.

14.3.1 Prosjektplanlegging

Det første vi vil ta opp, er mangler ved prosjektplanlegging, rolledeling og replanlegging ved oppstart. Hvordan var trygdekontorets samarbeid og handlinger ivarettatt i prosjektsøknaden av oktober 1995? I prosjektsøknaden står det at tilsatte som er sykmeldte på grunn av lidelser i bevegelsesapparatet i tett samarbeid med Hyllestad trygdekontor skal få tilrettelagte tilbud ved virksomheten, samt godt planlagt medisinsk rehabilitering og yrkesretta attføring. Og hva dette skulle innebære ville trygdesjefen komme tilbake til etter oppstart av prosjektet. Men den trygdesjefen som hadde uttalt seg, sluttet prosjektet før prosjektet kom i gang.

Når prosjekt starter opp, med prosjektleder i 50 prosent stilling og med yrkesbakgrunn som fysioterapeut med erfaring fra rehabilitering og bedriftshelsetjeneste, starter han med kartlegging av ulike lidelser og instruksjon av nye treningsinstruktører. Det som diskuteres i styringsgruppemøtene, er i hovedsak utvalg av personer til trening og iverksetting av treningen. Andre sider ved prosjektet kommer i bakgrunnen i daglig drift, men etterlyses i styringsgruppemøtene.

Det ser ikke ut til at verken prosjektleder eller styreleder tar ansvaret for at det skal skje noe konkret før et stykke ute i prosjektet. Og lederen for det aktuelle trygdekontoret tar ikke noe selvstendig initiativ. Som prosjektrapporten peker på, er det manglende rolleavklaring i prosjektet.(Johnsen 1998:32).

Planlegging og replanlegging

Rikstrygdeverket understreket at arbeidsplassrelatert problemstillinger måtte være en del av prosjektet og at prosjektsøknaden burde si noe om hvordan en ville nytte trygdekontoret og dets virkemidler i prosjektet. Vi ser at det kan være problematisk for en ny trygdesjef, som i dette tilfellet, å ivareta den forrige trygdesjefens intensjoner. Det som kunne gjøres, var som i Modumprosjektet, å legge handlingsplaner for å konkretisere prosjektet. Det ville da være lettere å følge opp under vegs.

14.3.2 Prosjektledelse

Det er et felles trekk ved flere prosjekter at prosjektet skulle gjennomføres handlinger på ulike arenaer, men at hovedaktiviteten var trening. I flere av tilfellene tilsettes det prosjektleder/koordinator med helsefaglig/idrettsfaglig bakgrunn. Normalt står prosjektlederne for gjennomføringsansvaret for hele prosjektet. Erfaringen er at i noen prosjektet kommer andre prosjektaktiviteter (enn trening) i bakgrunnen ved gjennomføringen. Dette kan henge sammen med rolleforståelse, arbeidsdeling og kompetanse. Mye tyder på at prosjektleder i vårt case

ikke har sett ”resten” av prosjektet som sitt bord (Kværner Leirvik) og har oppfattet at trygdekontorets rolle i prosjektet var trygdeetatens ansvar – trygdeetatens satt med to personer i styringsgruppen. I noen tilfeller kan det være at prosjektleder ikke har den riktige kompetanse til å gjøre noe med den videre utarbeidelsen av prosjektet..

I dette programmet finner vi to typer prosjektledere og prosjektmedarbeidere /samarbeidspartnere og med noe ulik kompetanse og bakgrunn. Dersom vi skal konstruere to idealtyper kan vi skille mellom den idealistiske fagpersonen og den prosessorienterte lederen. Den idealistiske fagpersonene finner vi gjerne i prosjekter der trening inngår og med bakgrunn i idrettsfag eller fysioterapi. Vedkommende er fagmann og konsentrert om substansielle og konkrete problemer. Den prosessorienterte lederen har ofte en annen fag- og erfaringsbakgrunn og er ikke nødvendigvis ekspert på noen av aktivitetene eller intervensjonen som prosjektet gjennomfører. Det denne lederen legger vekt på, er gjennomføringsprosessen, med vekt på informasjon og å forankre aktivitetene. Denne strategien er klart uttrykt f.eks i prosjektrapporten fra Ressurscenteret på Sortland. Den fagorienterte tilnærmingen finner vi i f.eks Kværner Kleven. Begge tilnærminger kan fungere dersom den prosjektansvarlig sørger for å organisere og styre prosjektet i relasjon til den vedtatte prosjektbeskrivelse.

14.3.3 Forankring og eierskap

Vi har pekt på at Kværner Leirvik-prosjektet ikke var forankret i trygdekontoret (ma på grunn av uheldige omstendigheter). *Men vi skal også merke oss at de lokale aktørene var opptatt av trening og søkte om et treningsprosjekt, en orientering som har fulgt prosjektet hele tiden.* Det var sterke interesser fra flere av prosjektets aktører, m.a fra prosjektansvarlig, for å legge hovedvekten av evalueringen på treningens effekt på sykefraværet. Mye tyder på at prosjektansvarlig valgte å forstå forsøket som et eksperiment (og utformet søknaden på dette grunnlaget)og ikke som en mulighet til organisatorisk endring og utprøving. At prosjektet skulle gjøre noe mer og annet, bli gitt et trygdefaglig innhold, var et press fra Rikstrygdeverket. Ut fra hvordan saken ble håndtert lokalt og av fylkestrygdekontoret spesielt, kan det tyde på at de ideer Rikstrygdeverket hadde om innhold og orientering av porteføljen ikke var forankret i fylkestrygdekontoret.

Skal fylkestrygdekontoret ivareta sin rolle som prosjekteier og iversetter må det handle ut fra de samme normer og oppfatninger som Rikstrygdeverket. Dersom disse to nivåene ikke har oppnådd en felles horisont eller forståelse, vil ikke iverksettingsmodellen kunne fungere.

KOBOKS – uten ledelsesstøtte

I prosjektet KOBOKS var oppfølgingssamtalen med den sykmeldte den sentrale metoden og prosjektets hovedaktivitet. Det var intensjonene bak forsøket at de som arbeidet på oppfølgingsområdet skulle få prøve seg, for selv å få erfaringer med nye arbeidsmåter. I dette tilfellet hadde trygdekontorets medarbeidere på oppfølgingsområdet deltatt noe i utformingen av intervjuet/samtalen ut fra sine erfaringer. De hadde også vist interesse for prosjektet, og det ble månedlig holdt erfaringsmøter mellom prosjektledelsen og saksbehandlere på oppfølgingsområdet for de to trygdekontorene, først samlet, men etter hvert for hvert kontor, separat. Det var i dette prosjektet gjort noe for å involvere trygdekontorets medarbeidere i prosjektet. Likevel var det vanskelig å få noen av saksbehandlerne til å delta i prosjektarbeid (Referat fra arbeidsgruppemøte i KOBOKS 24.4.98). Den samme erfaring hadde

Oppfølgingskonsulentene i Østfold. Prosjektledelsen i KOBOKS var misfornøyd med støtte og tilrettelegging i trygdekontoret og ba om et møte med fylkestrygdekontoret. Fylkestrygdekontoret tok saken opp med lederne av trygdekontorene. Resultatet ble at noen medarbeidere skulle delta siste halvåret. Men det skjedde ikke mye.

Hvorfor ble det ikke tilrettelagt for deltagelse? Å legge tilrette ligger utenfor prosjektleders myndighet og ansvar. Her må vi se på trygdesjens rolle i forsøkene. Lederne for begge prosjektkontorene satt i prosjektets styringsgruppe, samt to representanter fra fylkestrygdekontoret. Fylkestrygdekontoret var ansvarlig for styringsgruppemøtene og var prosjektets eier. Ledelsen på to nivåer skulle derfor være godt kjent med prosjektet. Erfaringene peker mot ledelsens manglende eierskap og derav manglende vilje og evne til å prioritere prosjektarbeid og forsøk, generelt og når dette kommer i ressurs-/tidmessig konkurranse med andre gjøremål.

Erfaringen i KOBOKS peker også på hvordan lederne oppfatter sin rolle i prosjektet, som en ren administrativ rolle. Selve prosjektet ble en oppgave blant andre oppgaver som var delegert prosjektleder. Dette innebærer ikke bare manglende forankring og forståelse for prosjektarbeid som prosessorientert endringsarbeid, men satte også prosjektleder i en situasjon uten hjelp og støtte. Det vi her observerte er problematisk både for selve prosjektgjennomføringen og for videre ønske og motivasjon hos medarbeiderne for å drive forsøks- og utviklingsarbeid. Men problematisk først og fremst for tanken om å drive forsøksarbeid som praksisutvikling i trygdeetaten.

14.3.4 Konflikt mellom prosjektarbeid og linjestyring

Prosjekt "Arbeidsgiver kontakt" Sør-Troms kommer i sin rapport med et hjertesukk: de etterlyser aktiv ledelse og involvering fra de prosjektansvarlige. Prosjektet manglet ikke oppmerksomhet og involvering fra fylkestrygdekontoret, men prosjektet hadde hatt forventninger om en annen type interesse og involvering enn hva som skjedde.

Relativt tidlig i prosjektperioden begynte fylkestrygdekontoret å bli utålmodige mht andelen 12-ukervedtak fattet i tide i Sør-Tromsregionen. Regionene lå en periode ikke spesielt godt an i relasjon til fylket for øvrig. Prosjektet mente at dette var lite relevant krav å rette mot prosjektet. De jobbet mer langsiktig, først med å få arbeidsgiverkontakten og arbeidsgivers arbeid i oppfølgingen på plass og som en følge av utviklingsarbeidet ville flere 12-ukersvedtak etter hvert bli fattet i tide. De mente at oppfylning av målindikatoren satt for evaluering av oppfølgingsarbeidet knyttet til 12-ukervedtaket, var lite relevant for dem. Dette var ikke fylkestrygdekontoret enig i. Fylkestrygdekontoret uttrykte at prosjektet kunne jobbe etter hvilke metoder de ønsket, bare de oppfylte kravet om å fatte vedtak i tide. Vi må tilføye at flere av de aktive i prosjektgruppen var trygdesjefer/trygdelege og var godt kjent med hvilke resultatkrav etaten var pålagt.

Det skjedde videre at prosjektet "Oppfølging av sykmeldte 1" også innkalte trygdekontorene i denne regionene til sine samlinger for å kurse dem i det sentrale opplegget for oppfølging av sykmeldte, et opplegg som var forskjellig fra prosjektets tilnærming.

Det ble med andre ord ikke respektert verken fra Rikstrygdeverket eller fra fylkestrygdekontoret at de drev metodeutvikling – de ble behandlet og stilt krav til som alle andre. Prosjektet sier i sin rapport: "Prosjektperioden var preget av variable mål og tiltak fra

sentralt hold, uten hensyn til det omfattende og ressurskrevende utviklingsarbeidet. Dette skapte motløshet og frustrasjon i trygdekontorene og blant ledergruppen som skulle drive frem resultater av de tilmålte prosjektressursene” (Mortensen, Sandtorv og Skoglund 1997:7).

Vi ser igjen at fylkestrygdekontoret tar et administrativ grep på utviklingsarbeidet og stiller prosjekter eller prosjektområder overfor de samme resultatkrav som andre kontor og som fylkestrygdekontoret selv blir mål på. Vi har tidligere pekt på at målstyringssystemer er lite egnet for å fremme virksomhet som ligger utenfor det området som indikatorene dekker. Utviklingsarbeid vil med nødvendighet være et slikt område. Prosjektet arbeidet her med iverksetting og utprøving av nye metoder, men måles ut fra andre kriterier enn prosjektarbeidets egne. Vi ser at den lederproblematikken vi trakk opp ut fra Kanter kan ha en viss aktualitet i trygdeetaten. Kanter pekte på at ledere i visse organisasjonstyper tar lite risiko, er svært linjetro, følger opp linjestyringen - noe som ikke fremmer innovasjon. Eller vi kan si at fylkestrygdekontoret mangler kunnskap om og erfaring med forsøksarbeid som endringsarbeid.

14.3.5 Mangler tradisjon for å forankre prosjekter i trygdekontor

«*Ressursenteret på Sortland*» var et frittstående prosjekt med formål å forankre nye arbeidsmetoder i det etablerte hjelpeapparatet og arbeidslivet. Prosjektet skulle ikke være en ny hjelper i systemet, men en pådriver overfor det etablerte. Trygdesjefen ble tidlig involvert i utarbeidingen av prosjektet og fungerte som leder av prosjektets styringsgruppe. Prosjektmålene var primært rettet mot arbeidslivet, men kravene til læring og utvikling i trygdeetaten ble senere presisert og trygdekontordelen ble tatt inn i prosjektet. Et tiltak som trygdekontoret skulle gjennomføre, var gruppebasert veiledning. Her var det mye tvil og en uheldig erfaring. Men etter ny utprøving høstet en gode erfaringer med opplegget.

Det var tungt å få i gang aktivitet ved trygdekontoret. I møter med prosjektleder var rehabiliteringsgruppen positiv, men det som var avtalt og nedfelt i referatet skjedde ikke. Det som kom fram, var at saksbehandlerne var blitt informert om prosjektet før oppstart gjennom et informasjonsmøte. Møtet var rettet mot å få prosjektideen godkjent, og saksbehandlerne ga tilbakespill på ideen. For dem var dette en av mange ideer som de følte de måtte være positive til, uten at de selv var blitt motivert til å si noe om form eller innhold i prosjektet. De mange prosjekter var noe som kom i tillegg til og i konkurranse med alt annet pålagt arbeid.

Signalene fra saksbehandlerne var at utforming og idéskaping skjedde på toppnivå. De mente at inngangen til prosjektsamarbeid må være en annen. De må selv få være med å skape prosjektene fra bunnen av. Denne tilbakemeldingen gjaldt ikke bare Ressursenteret, men også andre prosjekter medarbeiderne var involvert i. Prosjektleder tolker dette som uttrykk for et generelt ønske i trygdeetaten om mer brukervedvirkning internt (Hveding 1997: 27-28).

Ved oppstart av prosjektet hadde prosjektleder møte med rådgivende lege ved trygdekontoret. Målet var å få positive innspill rettet mot legene og motivere for bruk av aktiv sykmelding. Rådgivende lege var skeptisk til prosjektet, og prosjektet opplevd heller ikke noen støtte fra rådgivende lege i forbindelse med utviklingen og gjennomføringen av tiltak i prosjektet (ibid.: 34).

I dette prospektet ble trygdekontoret etter hvert involvert og høstet erfaringer med nye arbeidsmåter. Prosjektleder måtte jobbe spesielt for å få involvert trygdekontoret. Det tok en tid før prosjektleder skjønnte at det ikke skjedde noe i trygdekontoret, selv når ideen var godkjent og kontorets leder var leder for prosjektets styringsgruppe.

Erfaringen i dette prosjektet peker på at de ansatte må involveres i utarbeidelsen av prosjektet for å forankre det blant de som skal gjennomføre. Og at trygdekontor og (idealistiske) trygdesjefer ikke har noen tradisjon for slike arbeidsmåter. Derfor kan det være en fordel med prosjektledere utenfor trygdeetaten selv, og som kan gjennomføre forankringsprosesser, også i trygdekontoret.

14.4 Oppsummering av erfaringer knyttet til utviklingsarbeid

Uten å differensiere erfaringene, må vi si at en hovederfaring med gjennomføring av prosjekter i trygdeetatens organisasjon, er at trygdeetaten har hatt en person/prosjektleder som har tatt ansvaret og som gjennomfører et godt prosjekt. Den andre siden er at den/de som ikke har prosjektansvaret heller ikke har følt noen forpliktelse til prosjektet, «det er ikke mitt bord», og at det syntes å være store problemer med å involvere trygdekontorets ansatte, trygdekontorets ledelse og fylkestrygdekontoret.

Det innebærer at prosjektet blir blitt overlatt til seg selv, med lite oppmerksomhet og/eller tilrettelegging fra ansvarlig leder. Dette har hatt ulike konsekvenser, det har i noen tilfeller skapt problemer for gjennomføringen av prosjektet. Vi er ikke kjent med at noen prosjektledere har fått veiledning eller annen støtte i prosjektfasen fra fylkestrygdekontoret (bortsett fra avtaler om å ta ut statistikk). Mange prosjekter har heller ikke etterspurt hjelp og støtte.

Vi har konkret vist til at det ikke er blitt grepet inn for å legge forholdene til rette for prosjekt i trygdekontor mht. resurser til deltakelse og erfaringsoverføring og til manglende prosjekteierskap og aktiv ledelse fra fylkestrygdekontoret. Dette har også ført til konflikt mellom fylkestrygdekontoret og prosjektet og dårlig utviklingsklima. Videre fører dette til liten deltakelse og følgelig lite læring i organisasjonen. Og vi vil tro at slike forhold ikke stimulere de ansatte i trygdekontorene til å ta på seg utviklingsarbeid.

Administrativ tilnærming

Vi har i denne porteføljen sett at fylkestrygdekontoret tar sitt eieransvar for prosjektet som et administrativt ansvar. Fylkestrygdekontoret sitter i styringsgruppen, forvalter prosjekteres midler og har arbeidsgiveransvar for prosjektledere. Hvor interessert fylkestrygdekontoret har vært i prosjektet, kan variere. Noen fylkeskontor har vist stor interesse og engasjement, men på distanse, noen har vært engasjert i enkelte sider ved prosjektet. Andre fylkestrygdekontor har vist liten interesse. Fylkestrygdekontorene har ikke tatt mål av seg til å organisere betingelse for læring i trygdekontoret, som prosessleder, motivator og pådriver.

Vi må ut fra erfaringen med iverksettingen reiser spørsmål ved hvordan fylkestrygdekontorene hadde forstått sin rolle og hvordan de har forstått forsøksvirksomhet. Det synes som fylkestrygdekontorene har forstått forsøk bare som en kunnskapsstrategi, som vitenskapelige eksperimenter. Forståelse av forsøk som endringsstrategi og som metodeutvikling synes ikke å ha vært utbredt. Slik sett synes ikke Rikstrygdeverkets forventninger til fylkestrygdekontorene, å være innfridd.

En forutsetning for at fylkestrygdekontorene kunne overta prosjektansvaret faglig, var at kontorene hadde kompetanser og ressurser og var slik organisert at de kunne jobbe prosjektorganisert mot forsøk og førstelinjetjenesten. Vi må gå ut fra at dette har vært vurdert.

Vi vet også fra Statskonsults evalueringsrapport av fylkestrygdekontorene at mangel på trygdefaglig kompetanse i utviklingsavdelingene var et diskusjonstema og at de nye plan- og utviklingsavdelingen ikke fungerte etter intensjonen. Det syntes å være vanskelig å integrere utviklingsarbeid og trygdefaglig arbeid (Statskonsult 1993:15). Rikstrygdeverket burde forutsette at iverksettelsesmodellen med fylkestrygdekontorene som prosjektansvarlige kunne være problematisk.

Vi kjenner ikke styringsdialogen mellom Rikstrygdeverket og fylkestrygdekontorene i den fasen der modellen for iverksettelse ble besluttet og iverksatt. Men vi vet at det i oppstartperioden ble anbefalt fra Rikstrygdeverket å legge forsøksarbeidet til stønadsfaglig avdeling⁴⁴. Her ble praksisen forskjellig i fylkeskontorene og den har variert over tid. Vi er kjent med at alle som har hatt programkoordineringsansvar har hatt gjentatte møter med fylkestrygdekontorene, men uten at det har ført til endrede holdinger eller prioriteringer av prosjektarbeidet fra fylkestrygdekontorets side. Vi må sette spørsmål ved om Rikstrygdeverket har gitt fylkeskontorene tilstrekkelig hjelp og veiledning til å ta en mer aktiv holdning. Dette kan handle både om ressurser til arbeidet, tydelighet, arbeidsmåter og ledelsestøtte for programmets koordinatører.

Men uansett hva som tidligere er gjort, ligger det her en oppgave i videre utarbeiding av relasjonene mellom Rikstrygdeverket og fylkestrygdekontorene med sikte på å fremme utviklingsarbeid og tjenesteutvikling knyttet til oppfølging av sykmeldte.

14.5 Prosjektorganisering og friske midler

FASØ prosjektleder peker i sin rapport på at det er viktig å være fristilt for prosjektarbeid. Prosjektleder var i en periode i halv prosjektstilling og halv saksbehandlerstilling. Det var i denne situasjonen vanskelig å nedprioritere saksbehandlingen. Arbeidssituasjonene på trygdekontorene var hektisk og saks- og kundebehandling hadde en tendens til å presse seg fram. Dette er tidligere vist at det er vanskelig å kombinere driftsoppgaver og utviklingsoppgaver fordi tendensen er at saksbehandlingen, det arbeidet som styres i linjen og som har fokuset i en driftsorganisasjon, får størst oppmerksomhet og har en tendens til å ta ressurser fra utviklingsarbeidet (Westhagen 1991). Utviklingsarbeid trenger skjerming, både for å få den nødvendige frihet og for å få nødvendig oppmerksomhet og ressurser.

Det inngikk i prosjektet å plukke ut sykmeldinger bedriftsvis, noe som var et merarbeid/ekstra service som trygdesjefene vanskelig ser at de kan gjennomføre uten ekstra midler. Og selve arbeidet med innkalling til og gjennomføring av avklaringsmøtet og etterarbeid krevde mye ressurser (Eikeland 1997:33). Prosjektleder peker i sin rapport på at det ville være vanskelig å gjennomføre den praksisendring som ble foretatt gjennom FASØ-prosjektet uten friske midler fordi merarbeidet både for prosjektleder/trygdekontoret og for andre aktører har vært betydelig.

I videreføringen av prosjektet skulle bedriften selv ta hovedarbeidet. Dersom det ble gjennomført en slik omlegging, vil vi anta at arbeidsmengden i trygdekontoret ikke ville bli så stor som i prosjektet. En ny oppfølgingsrutine i bedriftene skulle også føre til bedre avklarte saker på det tidspunktet trygdekontoret ev. må gjøre noe for å avklare av hensyn til vedtak. Slik sett skulle arbeidsmengden på trygdekontor kunne avta noe dersom denne

⁴⁴ Samtale med Emma (Jensen) Stenseth

oppfølgingsrutinen ble brukt i mange bedrifter. Selv om vi tenker oss at praksisendringer innebærer en annen vektlegging av ulike oppgaver og ikke nødvendigvis merarbeid, vil *utprøvningsfasen* være arbeidskrevende og ressursene kan ikke taes ut ved en direkte omstilling ved trygdekontoret.

Det samme poenger er påpekt i Sortlandsprosjektet. I dette tilfellet ble det ikke tilført midler til trygdekontorets prosjektdeltakelse. Det var mål var å se hva trygdekontoret kunne få til med de muligheter og ressurser trygdekontoret hadde i det daglige. Men i tidligere tilfeller hadde prosjektarbeid ved trygdekontoret blitt gjennomført ved tilførsel av midler m.a. til overtidarbeid. Prosjektleder peker på at det nok kan være nyttig med ekstra midler for å få nye arbeidsmetoder på plass for deretter å få dem til å fungere i det daglige arbeidet (Hveding1997:28) Ut fra gjennomføringserfaringer i dette prosjektet anbefaler prosjektleder en kombinasjon av ekstern prosjektleder og tilføring av midler til trygdekontoret for å frikjøpe overtid.

Det ligger en antagelse bak prosjekt- og endringsarbeidet at når det er utviklet nye arbeidsmetoder og modeller, vil ressursbruken i trygdekontoret være omlag den samme. Det er noe usikkert og bygger på en del forutsetninger. Det kan være at en ny og mer arbeidsplassorientert modell vil føre til større arbeidsmengde i trygdekontorene. Vi kan ikke uten videre kan forutsette at andre parter bidrar. Som vi pekte på i gjennomgangen av ”Virksomhetsmodellen – Bedriftintern avklaring”, er det mye som mangler for at dette skal bli en utbredt praksisform der den bedriftinterne oppfølgingen avlastar trygdekontorets arbeid. Vi mener derfor det at i kommende forsøk innen dette området, vil det være klokt å se på ressursbruken og gjøre vurderinger av trygdekontorets ressursbehov knyttet til nye oppfølgingsmodeller med et betydelig innslag av tjenesteyting. Dette kan være et tema ved initiering av nye forsøk.

14.6 Hvilke aktører deltar – og hvem andre bør delta i læringen?

Programnotat peker på hvem som kan være aktuelle aktører i et forsøksprogram. Det var opp til aktørene å utarbeid søknader. Det var også tenkt at departementets rådgivningsgruppe selv kunne initiere eller komme med innspill til prosjekter. Vi pekte i kap. 4 på hvilke aktørgrupper som var involvert. Vi finner at programmet har fått god tilslutning fra de aktører som kunne være aktuelle. Slik har programmet truffet sin målgruppe. Men disse aktive prosjektinnovatørene er ikke jamt fordelt, vi har fylker der det fortsatt ikke er noen forsøksvirksomhet knyttet til dette programmet. Dersom vi forstår forsøk som innspill til lokalt endringsarbeid, er dette uheldig.

Vi vil anta at prosjektets innhold er påvirket av hvilke grupper/institusjoner som har tatt initiativet. Både initiativ og aktive roller var størst i hjelpeapparatet, ved bedriftenes bedriftshelsetjenester, Arbeidslivstjenesten, trygdeetaten og fysioterapeuter. Det syntes som det hadde vært vanskeligere for aktører i arbeidslivet å ta initiativ. Ser vi på initiering av prosjekter, jmf fant vi i kap. 4 at de gruppene som hadde initiert prosjekter var varierte, men at partene i arbeidslivet var underrepresentert (dersom vi ikke ser på bedriftshelsetjenester som representant for arbeidsgiver). Vi finner at to bedrifter har vært aktive i initiering i prosjekt som ble gjennomført. Videre har en fylkeskommunal bedriftsleder vært aktiv og tre kommuner. Partene i arbeidslivet/departementets arbeidsgruppe har pr 31.12.1999 initiert to prosjekt. Dette har de gjort ved å gå til en forskningsinstitusjon. Det ser ikke til at partene

klarer å initiere prosjekter gjennom sine egne organisasjon, gjennom landsforeninger, forbund eller Kommunenes sentralforbunds organisasjon.

Mht. initiering og innhold vil vi anta at det er forskjell på hva bedriften ved f.eks. personalavdelingen, linjeledelsen og bedriftshelsetjenesten vil legge inn i et prosjekt. Dette har vi også erfart i porteføljen der bedriftshelsetjenesten i hovedsak står for mindre og praktiske bedriftsprosjekt knyttet til trening og veiledning.

Vi fant at prosjekter som får største effekt, involverte større organisasjoner og på en omfattende måte. Med større organisasjoner tenker vi både på både trygderegioner og bedrifter. For videre forsøksvirksomhet vil det derfor være interessant å arbeide i større organisasjoner med et bredt register av tiltak. Da må iverksetterne se nærmere på hvordan forsøksprogrammet oppnår kontakt og involvering fra større organisasjoner.

Ser vi på hvem som blir rekruttert til forsøksprogrammer, har vi to aktuelle programmer å trekke erfaringer fra. Dette er NHO og LOs sykefraværprosjekt 1991-93 og ”Trygd- og rehabiliteringsprogrammet” i Sosial og Helsedepartementet 1992-1997. Begge programmene er evaluert. Men bare NHO og LOs sykefraværprosjekt ble evaluert mht. iverksetting og forankring. Dette programmet ble ledet av en sentral gruppe med representanter for partene og denne gruppen skulle stimulere til aktiviteter i landsforeninger, forbund og bedrifter. Prosjektgruppen drev ikke selv direkte intervensjoner og det var opp til landsforeninger og forbund å formidle ideer og være pådrivere. Evalueringen viste at dette fungerte ikke godt overfor underliggende organisasjoner. Evalueringen forklarer dette med at landsforeninger og forbund er etablerte organisasjoner med faste oppgaver og prioriteringer. Sykefraværarbeidet kom på toppen av disse oppgavene. Landsforeningen la i liten grad om sine rutiner eller prioriteringer eller har vist entusiasme for prosjektet. Prosjektets strategi vant i liten grad gjengklang i landsforeninger og forbund (Bru, Lie og Larsen 1994:60).

Det innebærer i vår sammenheng at det er vanskelig for partsrepresentanter som sitter i den rådgivende arbeidsgruppen i departementet å initiere prosjekter gjennom sin organisasjon. Dersom en i iverksettingen av dette forsøksprogrammet hadde tenkt seg at partsrepresentantene i departementets arbeidsgruppe skulle stå for denne kontakten og mobiliseringen, viser både tidligere erfaringer og tilgangen av prosjekter at dette ikke er realistisk.

Hvem trenger forsøk?

Forsøk er et virkemiddel for å innhente kunnskap og forsøk er et virkemiddel til å få til endring i organisasjoner og arbeidsmåter. Når Sosial- og helsedepartementet skal se på utvalg av forsøk videre, er det viktig hvilke betydning eller funksjon departementet tillegger forsøkene, evt hvordan de avveier.

Tar vi utgangspunkt i organisasjonsendringsperspektivet kan vi spørre hvem som trenger forsøkene mest. Evalueringen av iverksettingen av NHO-LOs sykefraværprosjektet viste at det var de aktørene som allerede var gode og hadde erfaring på arbeid med sykefravær og arbeidsmiljø som også hadde god virkning av prosjekter i sin bedrift av prosjektet. Prosjektene hadde mindre betydning for dem som hadde liten erfaring og aktivitet (Bru, Lie og Larsen 1994:56). Poenget er at de som er ”gode” får mer ut av forsøk enn de som ikke er gode mht. arbeidsmiljøarbeid. Dette reiser et utvalgsproblem som vi kjenner fra attføringsforskningen: Ved utvalg skal vi velge klienter/miljøet som er gode/har resurser, der prosjektet eller hjelpeapparatet kan få et godt resultat? Men sannsynligheten for at de gode

kan hjelpe seg selv er større enn at de som ikke er gode/de svakeste klientene skal kunne hjelpe se selv. Samtidig er resultatet mer usikkert dersom vi gir prosjekter til lite trene miljøer og i vårt tilfelle vil da iverksettingen være mer ressurskrevende.

Bru, Lie og Larsen peker på at en annen strategi for iverksetting (av arbeidsmiljøprosjekter) hadde vært å gi de minst motiverte og minst erfarne mest hjelp og oppfølging for å oppnå større likhet i miljø og fraværarbeidet (Bru, Lie og Larsen 1994:57). Vi har ikke noe grunnlag for å si at prosjektene i denne porteføljen har gått til problemstillinger/miljøer som ikke trenger dem, til virksomheter eller andre miljøer som har god trening i oppfølgingsarbeid. Men det kunne være andre miljøer som hadde glede og nytte av å drive forsøk. Vi har tidligere pekt på at selv om vi har mange prosjekter i bedrift, er mange av dem avgrensede og lite omfattende. Videre har vi har pekt på at det kan henge sammen med måten forsøkene i bedrift er blitt initiert, ikke fra ledelsen eller de tillitsvalgte, men fra bedriftshelsetjenesten.

Det kan derfor være en utfordring å finne fram til andre tilnærminger i arbeidet mot landsforeninger, kommuner og forbund for at de i større grad skal delta i ideskaping og forsøksarbeidet (i dette programmet). Men det kan innebære å gi mye hjelp i initieringsfasen.

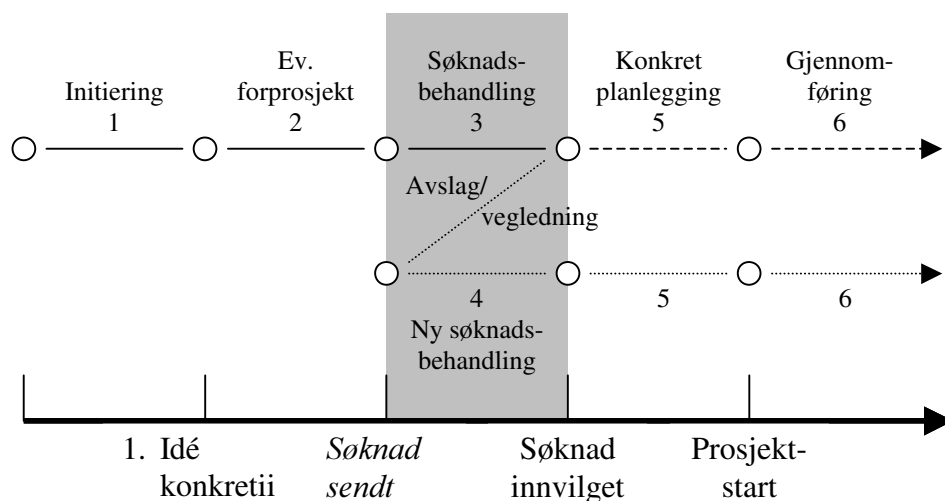
Ut fra hva vi har erfart i denne og tidligere forsøksporteføljen klarer ikke forsøksprogrammer å initiert mer omfattende bedriftsprosjekter "ovenfra", fra styringsgruppen eller fra et prosjektsekretariat. Det vi ser er at lokale samarbeidsinitiativ kan motivere og få opp bedrifter, som f.eks. i FASØ-prosjektet. Vi har flere tilfeller av slike samarbeid og der Arbeidslivstjenesten kunnskaper om bedrifter og Arbeidslivstjenestens kontakter som har vært grunnlaget. Det kan være at Arbeidslivstjenesten er en bedre "fødselshjelper" inn mot virksomhetene enn trygdeetaten og partsrepresentantene kan være og at Rikstrygdeverket i større grad kunne samarbeid med Arbeidslivstjenesten om initiering av prosjekter. Men bortsett fra involvering av virksomhetene i initiering, synes det som om programmet har nådd de aktører som programnotatet hadde i tankene.

14.7 Søknadsperioden og årsbudsjettering

Vi finner av prosjektrapportene at det fra prosjektene meldes om problemer knyttet til selve søknads- og behandlingsprosessen og til årsbudsjettering. Vi skal her se litt på hva deres problemer består i og om programmet for framtida kan endre noe av de problemskapende forholdene.

Ser vi på initierings- og søkefasen, finner vi i porteføljen ulike forløp. I noen tilfeller starter prosjektet med et lokalt initiativ, som igjen blir til forprosjekt før endelig søknad blir sendt og innvilget. I andre tilfeller går en rett fra initieringsfasen til prosjektsøknad. Og i en del tilfeller vil søknaden bli avslått og ny søknad sendes.

Figur 4: Stadier i prosessen å etablere et prosjekt



Fra ide til oppstart av hovedprosjekt kan det derfor foreligge 5 faser, initieringsfasen, forprosjektfasen, søkefasen, søknad etter avslag og planleggingsfase/oppstartfasen.

Kværner Leirvik-prosjektet hadde en lang utviklingsfase og en (for) lang søkefase, slik bedriften opplevde prosessen. Utviklingsfasene gikk fra ca januar 1995 til oktober 1995. Da ble søknaden formelt sendt Rikstrygdeverket. Saken var da behandlet i Kværner Leirviks styre i august 1995 og det ble her gitt fullmakt til å gjøre nødvendige investeringer i et treningsrom, forutsatt at Rikstrygdeverket gikk inn med prosjektmidlene. Det kom ingen endelig tilbakemelding fra Rikstrygdeverket og ledelsen i virksomheten holdt på å legge bort hele saken. Muntlig tilsagn kom i april neste år og først i juni var alt i orden. Da var prosjektet et halvt år forsinket i forhold til sin tidsplan.

Bedriften erfarte at den lange perioden med uvisshet gjorde at noe av entusiasmen fra initiativfasen tapte seg og at prosjektet fikk en mindre positiv mottakelse enn det ville ha fått med en tidligere prosjektstart (Johnsen 1998:30). Klubben og bedriftsledelsen opplevde at prosessen fra ide til prosjektet som lang og at dette fikk konsekvenser for informasjonsflyt og motivasjon. Prosjektrapporten drøfter motivasjonene betydning og hva som bør skje i denne søke- venteprosessen. Prosjektrapporten etterlyser større forutsigbarhet mht. tidsperspektivet og informasjon til alle parter i søkefasen. Det er viktig å sikre at alle aktører har et felles tidsperspektiv og at de hele tiden vet hvor saken står (Johnsen 1998:31)

Prosjekter og årsbudsjettering

Rapporten fra FASØ tar opp andre problemer. Prosjektet fikk sine bevilgninger to måneder etter at oppstart var planlagt og prosjektet måtte forskyve prosjektet to måneder. Videre måtte prosjektperioden forlenges noe ut fra andre krav til rapportering enn prosjektet hadde forutsatt. Utgiftene må også dekkes/forskutteres før det endelige vedtak om midler forelå. Det var da vanskelig å inngå avtale om vikar (i dette tilfellet) før en visste om det ville bli bevilget lønnsmidler. Det samme problemet var til stede ved utvidelse av prosjektleders stillingsandel. (Eikeland 1997:29) Det var også ugreit med årsbudsjettering fordi det ikke alltid var lett å få alle kostnader inn på det planlagte kalenderår. Midlene kunne ikke overføres, og prosjektet måtte søke om ekstra tilleggsmidler for neste driftsår.

Større tidsbuffer og smidigere saksbehandling?

Også KOBOKS fikk problemer med framdriften i søkefasen. I januar 1995 søkte KOBOKS midler til forprosjekt, noe som ble innvilget i november samme år. Forprosjektarbeidet ble gjennomført og oversendt fylkestrygdekontoret sammen med søknad om hovedprosjekt i juli 1996. Søknaden ble behandlet i Rådgivingsgruppen 8 november samme år. Rådgivingsgruppen mente at søknadsskjemaet var ufullstendig utfylt (var ikke brukt) og ba Rikstrygdeverket kontakte prosjektansvarlig. Når nytt søknadsskjema forelå, skulle saken sendes til medlemmene for skriftlig behandling (brev fra Rikstrygdeverket til fylkestrygdekontoret 25.11.96). Den foreliggende søknaden ble så klipt inn i søknadsskjemaet og ny søknad innsendt.

Det framgår av den behandlede søknaden at hovedprosjektet har planlagt start 01.01.97. I april 97 mottar KOBOKS bevilgningsbrevet, 3-4 måneder etter planlagt oppstart. Det var i utgangspunktet ikke klarlagt hvem som skulle være prosjektleder. Leder av gruppen for oppfølging av sykmeldte ved Borre trygdekontor tok jobben, men kunne først søke om permisjon fra sin stilling når tilsagnet forelå. Hun søkte i mai om permisjon fra 01.06.97 og fikk innvilget permisjon fra 01.07.97. Prosjektstart ble i september 1997 (Gylte 1998:8). Prosjektstart ble seks måneder forsinket, men tidspunktet for avslutningen av selve prosjektarbeidet, ble fastholdt, desember 1998. Dette innebar at prosjektet ble avkortet med seks måneder. Prosjektet kunne ikke forlenges ytterligere fordi trygdekontoret ikke var villig til å gi prosjektleder lengre permisjon fra sin egentlige stilling.⁴⁵

Det var fra prosjektets side lagt inn en søkefase fra juli 96 til oppstart i jan. 97, et halvt år. Dette på bakgrunn av innsendt forprosjekt og god forberedelse i initiativfasen før forprosjektarbeidet. For at prosjektleder skulle få permisjon, måtte hun få beskjed om bevilgning i god tid før oppstart. Dersom en skulle utlyse stillingen ekstern, måtte en regne med tre måneders oppsigelsestid. Vi ser at dersom oppstart skulle skje til planlagt tid, måtte fasen fram til tilsagn bare ta ca fire måneder. Det kan være at et halvt år er noe knapp tid for søkefasen og at prosjekter må planlegge med mer tid mellom søknad og planlagt oppstart.

Vi vet ikke hvor stor forsinkelsen ble ved at søknaden måtte legges over i et søknadsskjema for å passere søknadsbehandling og innstilling. Søknadsskjemaet er i stor grad en *saksbehandlingsmal*, oppbygget ut fra kriterier som Rikstrygdeverket har lagt til grunn. Dersom en søknad er fullstendig(gir alle nødvendig opplysninger), kunne den godt blitt behandlet uten skjema dersom det var gode grunner som talte for, f.eks. hensynet til prosjekts framdrift. Vi kan også tenke oss en smidigere behandling av trygdesjefen ved prosjektleders søknad om permisjon og forlenget permisjon. De samlede konsekvensene ble en vesentlig avkorting av prosjektets lengde.

Økt delegasjon?

Dersom det ikke er alvorlige innsigelser mot et prosjekt (som tilfelle KOBOKS), skulle det ikke være nødvendig å sende ny søknad. Når Rådgivingsgruppen har tilrådd, kunne departementet godt beslutte iverksettelsen og evt. delegert fullmakt til prosjektsekretariatet i Rikstrygdeverket. En slik framgangsmåte hadde gitt mindre forsinkelse og lenger prosjektperiode i det tilfellet som er omtalt. Den samme fullmakt kunne godt foreligge ved mindre bevilgninger innenfor prosjekter og prosjektrammer som er godkjent, f.eks. til en mindre utvidelse av prosjektleders stillingsbrøk som i tilfellet FASØ eller tilleggsbevilgninger

⁴⁵ Det ble ikke formelt søkt om forlenget permisjon, men spørsmålet ble tatt opp i styringsgruppen der trygdekontorets leder på dette tidspunktet var medlem.

som skylder prosjektenes problemer med å få regnskapsført alle utgifter innen det året de var budsjettet. Slike mindre avvik må en kunne forutse at mange prosjekter vil stå overfor.

Felles tidshorisont – god informasjonsflyt

Å planlegge søkefasen må være et ansvar både for den som søker og den som behandler søknadene. Den som søker og som tidligere har vært interaktiv med Rikstrygdeverket /og eller rådgivingsgruppa bør ha fått råd om hvilke tidshorisont som gjelder og bør legge dette inn i sin framdriftsplan. På den annen side bør prosjektet få tilbakemelding under vegg dersom det er forhold som gjør at tidsplanen eller tid til søkefasen ikke holder, f.eks. at Rikstrygdeverket arbeidsgruppe har innvendinger, at det er lenge til neste møte i Rådgivingsgruppen osv. For dem som behandler søknaden er prosjekts framdriftsplan kjent og de bør derfor informere prosjektet om det er forhold ved søknaden eller saksbehandlingen som vil føre til endring i prosjektets tidsplan. Videre må søker, her fylkestyngdekontoret, informere løpende *alle parter* i et prosjekt.

En kan innvende at mange søknader blir avslått og at en derfor ikke kan forholde seg til prosjektenes planer, de får avvente offentlig søknadsbehandling. Det er imidlertid slik at det har vært en viss forbehandling i Rikstrygdeverket og der prosjektene får signaler eller tilbakemeldinger. Og vi går ut fra at prosjekter som ikke får positiv tilbakemelding heller ikke ofte fremmer en full søknad. Det er videre slik at mange av prosjektene innvilges og i disse tilfellene viser erfaringen at det har betydning for oppstart og motivasjon hvordan søkefasen har forløpt, både hvor lang den har vært men i like stor grad hvilke tilbakemelding mht. tidsperspektiv de ulike aktører har fått. Kverne Leirvik –prosjekt oppsummerer sine erfaringer til at *det er viktig at alle aktører blir gitt et felles tidsperspektiv videre ved og i søkefasen. Dette har betydning for arbeidet med å holde motivasjonen oppe hos alle parter.*

15 Avsluttende kommentarer – utfordringer for videre initiering og prosjektutvalg

Vi går ut fra at eierne av forsøksvirksomheten stiller seg to spørsmål:

1. Hva har vi lært av forsøkene så langt?
2. Hva skal vi gjøre videre?

Vi må også anta at svarene på det første spørsmålet sier noe om retningen videre. Vi vil her prøve å tydeliggjøre våre poenger i ulike kapitler knyttet til disse to hovedspørsmålene.

15.1 Hva har vi lært av forsøkene?

Mange oppfølgingsmodeller

Vi har av forsøkene sett at det er svært ulike bud på hva som kan være en god oppfølging av sykmeldte, hvem som er de viktige aktører og hva som blir arena for denne oppfølgingen. Vi pekte i kapittel 13 på at det er urimelig å peke på en modell som den gode eller rette. Alle modeller har sin berettigelse, avhengig av hvilken situasjon en står overfor. Men vi pekte også på at dersom tidlig oppfølging eller tidlig inngripen skal være mulig, må arbeidsplassen være denne arenaen. Fravær som er relatert til ulike arbeidsmiljøforhold, fysiske, sosiale eller organisatoriske må foregripes gjennom god forebygging og bøtes på gjennom god tilrettelegging og personalomsorg. Vi pekte også på at de større og mer sammensatte prosjekter som kunne sannsynliggjøre effekter på sykefraværet, tok utgangspunkt i eller brakte inn arbeidsmiljøforhold. Disse prosjektene var også sammensatte og hadde flere angrepspunkter og intervensjoner.

Tjenesteutvikling

Rikstrygdeverket-rapport 2/97 defineres oppfølgingskompetanse: ”Begrepet defineres til å omfatte kunnskap om betydningen av korrekt registrering/sortering for å kunne nå målsettingen om rett ytelse, samt kunnskaper om hvilke grupper sykmeldte som bør følges opp tidlig og hvilke virkemidler man har til rådighet i dette arbeidet.” (:26). Vi har også prøvd å tydeliggjøre at oppfølging av sykmeldte er en sammensatt aktivitet, sett fra trygdekontorets ståsted. Oppfølging innbefatter på den ene siden registrering og saksbehandling, knyttet til inngangsvilkår o.l. og aktiviteter rettet mot den sykmeldte, mot arbeidsgiver og mot andre aktører. Disse ulike arbeidsoppgavene er knyttet til hverandre. Det heter i Rikstrygdeverkets evaluering av oppfølging av sykmeldte at: ”Kontrollørrollen og veiviserrollen til trygdeetaten møtes i registreringsarbeidet” (Rikstrygdeverket-rapport 2/97:26).

Vi har prøvd å fokusere på deler av prosjektaktivitetene og deler av oppfølgingen av sykmeldte som *et forsøk på tjenesteutvikling*. Dette for å tydeliggjøre at tjenesteyting som inngår i oppfølgingsbegrepet/aktivitetene er noe annet enn saksbehandlingen. Det kreves andre ferdigheter i tjenesteutføring og tjenesteutvikling enn ved saksbehandlingen. Vi vil her tilføye at oppfølgingskompetanse da også handler om *å organisere prosesser* knyttet til avklaring av individualsaker, *å motivere* individer og arbeidsgivere, *å samtale* med den sykmeldte og ulike parter. Dette er aktiviteter og praksiser som mange prosjekter har arbeidet med.

Vi tror det er nyttig å se på oppfølging av sykmeldte som drevet av to ulike logikker, den formale og rettighetsorienterte (saksbehandlingen) og den prosess- og løsningsorienterte (tjenestedelen). Hver logikk har sitt gyldighetsområde. Veiviserrollen og tjenesteutviklingen må ses i relasjon til den logikk som ligger i prosess- og løsningsorientert arbeid, og må være noe langt mer enn å gi informasjon om virkemidler. Som vi under prosjektgjennomgangen har pekt på, hadde de gode veivisererfaringen som utgangspunkt at *veiviseren/hjelperen spør klienten eller virksomheten om hva som var problemet og hva de hadde behov for hjelp til*. Fra et slikt utgangspunkt kan trygdekontoret veivise og ev. hjelpe, ut fra hvilke virkemidler og praksisferdigheter som ligger innenfor trygdeetatens arbeidsfelt og kompetanse.

Kompetanse i utviklingsarbeid?

En viktig problemstilling knyttet til evaluering var om iverksetting av denne forsøksporteføljen hadde økt trygdeetatens kompetanse mht. å drive utviklingsarbeid. Vi har vist at trygdeetaten tok et administrativt grep på utviklingsarbeid, som på andre oppgaver. Fylkestygdekontorene administrerte sine prosjekter og involvert seg i liten grad i motivering, forankring eller prosessledelse. Trygdekontorene som hadde vært ”verter” for prosjekter hadde i liten grad trukket medarbeiderne inn i prosjektene og i liten grad tilrettelagt for organisatorisk læring. Rikstrygdeverket hadde på sin side overlatt store deler av iverksettingen til fylkestygdekontorene, men det er uklart i hvilken grad det var gjort forsøk på å forankre arbeidet med denne porteføljen i fylkestygdekontorene. Vi vet ikke i hvilken grad fylkestygdekontorene har vært motivert for dette arbeidet og vært innforstått med forsøksporteføljens mange mål. Har fylkestygdekontorene sett porteføljen som et bidrag eller mulighet til eget utviklingsarbeid? Den praksis vi kan observere kan tyde på at denne forståelsen og motiveringen ikke har vært til stede.

15.2 Hva bør porteføljen legge vekt på framover?

Som vi tidligere har pekt på er forsøk bare en kilde til kunnskap om substansielle forhold, men en kilde til metodeutvikling, utprøving av praksisformer og for å skape engasjement og nytenkning i etablerte organisasjoner. Forsøk er en strategi for å få til endring. Rikstrygdeverket fikk gjennomføringsansvaret for porteføljen og valgte å legge ansvaret til fylkestygdekontoret. Demme iverksettingen kan ikke sies å ha fungert som utviklingsarbeid.

Ut fra de erfaringer vi har gjort, er det viktig å gripe fatt i iverksettingen av porteføljen for å skape bedre betingelser for metodeutvikling og omstilling i trygdekontorenes arbeid. Dette kan innebære å lage et nytt opplegg eller samarbeid med fylkestygdekontorene, og tydeliggjøre hva som er fylkestygdekontorenes ansvar mht. å forankre, motivere og involvere og hvilke arbeidsformer som kan nyttes. Her er det viktig å få med kontorets ledelse, både for å få forståelsen for porteføljen og for prioritering av forsøksarbeidet i relasjon til andre oppgaver ved kontoret.

Dette innebærer at ansvaret for iverksetting av porteføljen må revurderes. Når en viktig oppgave blir å arbeide mot fylkestygdekontorene, må Rikstrygdeverkets oppgaver i gjennomføringen tydeliggjøres og Rikstrygdeverket må vurdere om ressurser knyttet til forsøksporteføljen bør styrkes. Spesielt er det viktig i forsøksporteføljen å styrke kompetansen i prosessbaserte arbeidsformer.

15.2.1 Hva slags forsøk skaper mest endring?

Etter hvert som forsøksporteføljen utvikler seg, har det vært en tendens i søknadsmassen til overgang fra enkle og billige prosjekter, f.eks. prosjekter i bedrift knyttet til arbeidshelse og med bedriftshelsetjenesten som sentral aktør, til store forskningspregede prosjekter utført av forskningsinstitusjoner. Ut fra et endringsperspektiv er det ikke gitt hva som er de nyttigste prosjektene. Prosjekter der selve oppfølgingsfeltet er lite involvert i handlingene, kan ikke forventes å føre til endringer eller organisatorisk læring hos noen aktører. I noen forskerdrevne prosjekter vil feltet være involvert (aksjonsforskningsprosjekter, se f.eks. Medvirkningsprosjektet ved RiT).

Dersom målet er å få til endringer i et felt av aktører, er det viktig å legge dette til grunn ved utvalg av prosjekter. Viktige kriterier for valg av prosjekter vil da handle om *prioritering mellom ulike praksisfelter og aktører som det er viktig å få med eller få i tale*. Nye prosjekter behøver ikke å handle om noe nytt eller bygge på kunnskap utviklet i andre prosjekter. Det kan være gode grunner for at fylker/områder, som ikke har vært aktive i forsøk, får iverksette forsøk som kan likne på tidligere gjennomførte forsøk for å skape erfaringer ev. omstilling og endring i et annet område.

Og prosjekter behøver ikke å være store og kompliserte for å få til endring. Det er også av verdi å få til endring i det små. Dette poenget er noe underkommunisert i rapporten, fordi mange av de små prosjektene var opptatt av trening og treningens innvirkning på sykefraværet og ikke opptatt av endringer i organisasjonens arbeidsmåter. Men det innebærer ikke at godt gjennomførte prosjekter i bedrifter ikke kan være nyttige. Poenget må være at forsøket er godt forankret. Det gode med små forsøk er også at en får mange forsøk for det som en stor intervensjon koster, og innebærer at departementet ved vurderinger av store prosjekter bør vurdere nøye kostnaden i relasjon til nytten.

Men dersom porteføljen må prioritere, vil vi tro at det er viktig og nyttig å prioritere sammensatte prosjekter som involverer mange grupper av aktører, der samarbeid og samhandling på tvers av fag og etater står sentralt. En forsøksportefølje kan gi nye muligheter til å prøve ut nye handlinger som er for ressurskrevende til at de normalt inngår i hjelpeapparatets eller virksomhetens repertoar til daglig. En forsøksportefølje kan også ta sjanser, forsøk kan være mislykkede og – lærerike.

15.2.2 Videreføring av prosjekterfaringer

Når departementet skal vurdere nye forsøk, behøver de ikke starte på nytt. Det er flere forsøk eller problemstillinger som gjennomførte forsøkene reiser, som kan danne utgangspunkt for videre arbeid. Vi vil her peke på noen muligheter.

Vi har pekt på at det synes å være en erfaring at legesamarbeid går dårlig i prosjektene. Men vi har også pekt på at mange prosjekter er svakt forankret. Det kunne være en tanke å utforme forsøk som involverer legesamarbeid, og der de medvirkende legene også har deltatt i prosjektutarbeidelsen, noe som impliserer at de er motivert og ser et behov for endring i en relasjon eller samarbeid.

Vi har videre pekt på at interessante forsøk i noen tilfeller har behandlet få case. I Medvirkningsprosjektet ved RiT ble det forsøkt å bruke aktiv sykmelding, ut fra god

planlegging og tett oppfølging av det enkelte case, som ”attføring” i sykepengeperioden. Prosjektet omfattet bare seks case. Videre har vi pekt på oppfølgingsmodellen rettet mot arbeidsplassen i FASØ. Konkret var det få tilfeller som ble avklart i det nye samarbeidsmøtet som her ble laget. Det kunne være interessant å gå videre på FASØ-modellen, samt å se nøye på ressursbruken. Vi har tidligere pekt på at nye oppfølgingsmodeller kan kreve flere ressurser, også på lenger sikt. Dette er en problemstilling som bør kobles til nye forsøk.

Også KOBOKS bød på en interessant oppfølgingsmodell basert på trygdekontorets samtale, avklaring og tilrettelegging for handling. Prosjektet fikk ikke de forventede resultater. Vi har pekt på at manglende resultater kan handle om mangel på iverksetting av handlinger i den planen som ble lagt, samt at driftsperioden i prosjektet var kort. I KOBOKS det mange aktører som kan ta ansvar, den sykmeldte selv, arbeidsgiver, trygdekontoret eller legen. Det kunne være aktuelt å gjenta deler av dette forsøket, men slik at oppfølgingen av handlingsplanene inngikk i prosjektet. Et slikt trygdekontorprosjekt måtte forankres godt i det kontoret som skulle gjennomføre det, og tildeles de ressurser som er nødvendig for at organisatorisk deltakelse og læring kan være et realistisk prosjekt.

Prosjekter i virksomheter vil fortsatt være interessante. Men en bør da merke seg erfaringen både fra denne porteføljen og fra NHO-LOs sykefraværprosjekt, som viste at tiltak må settes inn på flere områder for å senke sykefraværet, samt at arbeidsmiljøorienteringen er viktig. Vi er kjent med at flere slike prosjekter nå er igangsatt (et prosjekt innen skolesektoren og et innen hotell- og restaurantnæringen).

15.2.3 Forankring og læringsarenaer

Det vil være en viktig oppgave framover å få til en bedre forankring av forsøksporteføljen, av de mål, intensjoner og forståingsmåter som ligger til grunn. Det som blir viktig, blir å forankre porteføljen ved fylkestrygdekontorene for at de skal kunne ta en annen rolle i det lokale utviklingsarbeidet. Over tid har det skjedd endringer i noen fylkestrygdekontorer og som ikke gjenspeiles i de prosjekterfaringene/i de avsluttede prosjektene. Rikstrygdeverket bør selv se på metoder og ressurser i sin egen iverksetting og selv evaluere sine erfaringer med møtene i fylkestrygdekontorene.

Det synes å være en holdning i trygdeetatens organisasjon at forsøkene først skal rapporteres, deretter evalueres, så skal virkemidler og arbeidsmåter besluttes i Rikstrygdeverket og deretter implementeres gjennom linjen. Forsøkslogikken som må ligge i utviklingsarbeid (også etter at forsøksprogrammet er avsluttet) er motsatt: Rikstrygdeverket trekker opp mål og andre overordnede føringer, og det er opp til det lokale nivået å finne løsninger. Trygdeetaten har hatt mange år på seg til å finne ut av hvordan veiviserrollen kan utformes, uten at det ser ut til at det har skjedd så mye. Det er lokalt det skal skje noe, i samspill mellom fylkestrygdekontoret og trygdekontoret. Det ser ut til at trygdeetaten venter på ”oppskrifter” ovenfra. Det framgikk også av evalueringen av Stønadsfaglig utviklingsprosjekt at trygdekontoret etterlyste større ansvar og oppmerksomhet fra Rikstrygdeverket, spesielt for å peke på hvilke virkemidler som var egnet (Feiring 1995:21). Det er derfor viktig å bruke forsøkemidlene og forsøkemulighetene til å forankre andre forståelsesformer i trygdeetaten, for at den på sikt kan fortsette å drive utvikling av praksiser.

Rikstrygdeverket bør også revurdere selve iverksettingsmodellen, der Rikstrygdeverket i dag har den administrative ledelsen og har overlatt alt fagansvar til fylkestrygdekontorene. I

praksis har prosjektadministrator vært mye ute i prosjektene og har slik hatt nærkontakt til erfaringene som dannes. Vi vil tro at det var fornuftig med et noe delt fagansvar mellom Rikstrygdeverket og fylkestyngdekontorene, og at det bygges læringsarenaer der de to parter/nivåer kan møtes omkring prosjektporteføljens og prosjektenes problemer og erfaringer. Dersom fylkeskontorene trenger hjelp og støtte fra Rikstrygdeverket (noe som var etterlyst ved evalueringen av fylkeskontorene), må det også være arenaer der det er naturlig å drøfte og utveksle kunnskap og erfaring.

Vi vet imidlertid at det tidligere har vært problemer med å lage formidlingsarenaer. Evalueringen av Stønadsfaglig utviklingsprosjekt viste at partene hadde gale forventninger til hverandre. Rikstrygdeverket hadde sluppet sin posisjon som den som styrte og hørte på andres erfaringer, noe som ble forstått av trygdekontoret som ”Rikstrygdeverket halter etter...eller sitter på lasset” (Feiring 1995:21). Det må derfor jobbes for å lage arenaer der prosjektets erfaringer formidles nedenfra og opp, samtidig som det blir en arena for utviklingsarbeid.

15.2.4 Forsøk som anvendt forskning og krav til søknad og søknadsbehandlingen

Vi har pekt på to ulike formål med forsøk, forsøk for å få til endring og forsøk som kunnskapsstrategi. Kunnskapsorienterte og forskerdriven prosjekter er ofte mest aktuelle ut fra et annet mål enn endring, når kunnskapsperspektivet står sentralt. De som lærer er forskerne, som igjen kan formidle sine innsikter for videre bruk. Det er viktig at departementet og Rikstrygdeverket ved iverksetting av nye prosjekter har klart for seg hvilket hovedmål et prosjekt må vurderes ut fra. Dette har igjen betydning for selve søknadsbehandlingen.

Dersom formålet er å drive forsøk som forskning med profesjonelle aktører, er det også viktig å foreta utvalg og en prosjektvurdering ut fra de kriterier som ligger til grunn i anvendt forskning. Her skiller en gjerne mellom et prosjekts faglige kvalitet og dets relevans. Et prosjekt kan ha god kvalitet uten at det behøver å ha stor relevans i relasjon til den sentrale diskursen på et gitt felt. Og omvendt kan et prosjekt være svært relevant, men mangle forskningsmessig og faglig kvalitet. Beslutningsapparatet knyttet til utvalg av prosjekter må derfor være organisert slik at det både ivaretar kravet om kvalitet og relevans. *Det er derfor viktig at forsøksvirksomheten tydeliggjør det doble kriteriesettet som må ligge til grunn ved beslutninger av anvendt forskning og organiserer seg i relasjon til slike krav.*

Det er da nødvendig at det stilles slike krav til utformingen av en søknad slik at det er mulig å vurdere kvalitet og relevans. Ut fra gjennomgang av forskningssøknader til porteføljen, har vi sett eksempler på at det som skal gjøres i prosjektet, kunne vært bedre beskrevet. Et problem har vært at søknadsskjemaet eller saksbehandlermalen deler oppsøknaden på en slik måte at det ble vanskelig å gjøre en prosjektanalyse og vurdere relasjonen mellom mål, ideer, strategier og handlinger. Et annet problem er at søknader kan være skrevet ut fra ulike faglige tradisjoner eller standarder. Ikke alle standarder er like gode mht å beskrive forsøk, spesielt i tradisjoner der den intervensjonen som faktisk er tenkt gjennomført, ikke beskrives og begrunnes i søkandsdokumentet. Men for vurdering av forsøk, må en å vite hva som skal gjøres for at det skal være mulig å vurdere et prosjekts relevans. Relevans kan ikke forankres i en forskningstradisjon eller andre forskningsinterne kriterier.

Litteratur

- Alm Andreassen, Tone (1995): *Arbeidslivstjenesten - ny aktør i etablert felt. Et politisk tiltak blir skapt*. AFI-notat 2/95
- Alm Andreassen, Tone (1996): *Bedriftsrettet forebygging av frafall og forfall i arbeidslivet*. AFIs rapportserie nr. 6/96. Oslo
- Alm Andreassen, Tone (1999a): "Tidlig intervensjon" – om egnet og egnet inngripen i sykefraværsløp i Fossetøl (red) *Mellom individ og marked – Attføringsvirksomhet i velferdsstaten*. Arbeidsforskningsinstituttens skriftserie nr. 6 s. 91-116. Oslo
- Alm Andreassen, Tone (1999b): "Ansvarsfraskrivelse og ansvarsovertagelse – et klientskapende hjelpeapparatet" i Fossetøl (red) *Mellom individ og marked – Attføringsvirksomhet i velferdsstaten*. Arbeidsforskningsinstituttens skriftserie nr. 6 s 33-58
- Almås, Reidar (1990): *Evaluering på norsk*. Ei innføring i vurdering av prosjektarbeid og handlingsretta forskning. Universitetsforlaget
- Alvestad, Bente m.fl. (1998): "Har fysisk trening på arbeidsplassen effekt på sykefraværet?" i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr. 11, 1998;118:1718-21
- Andersen, Lars (1992a): *En evaluering av bedrifters tiltak for å redusere sykefraværet*. Delrapport 1. SINTEF IFIM STF82 A92007
- Andersen, Lars (1992b): *En evaluering av bedrifters tiltak for å redusere sykefraværet*. Delrapport 2. SINTEF IFIM STF82 A92008
- Andersen, Lars (1994): *Sykefraværprosjektet 1991-1993*. Erfaringer fra bransjer i LO/NHO-området. SINTEF
- Andersen, Lars (1995): *Mestring av lange sykefravær*. Attføringens organisering. SINTEF
- Andersen, Lars (1997): *Bedriftsutvikling – reduksjon av stress og fravær*. Hoteller SINTEF IFIM
- Andersen, Lars og Kjell Nytrø (1995): *Forebygging av sykefraværet i virksomheter. En strategi i tre trinn*. SINTEF IFIM
- Becken, Lars Erik (1996): *Unge uførepensjonerte. En beskrivelse av kjennetegn ved uføre som er mellom 20 og 40 år*. Notat 1996:3 INAS
- Bergland, Britt P. (1992): *Unge voksne funksjonshemmede – en skjult arbeidskraft*. Kandidatstudiet i arbeidshelse – Universitetet i Oslo, Senter for arbeidshelse 1992
- Bergland, Britt P. (1994): *Unge uførepensjonister inn i yrkeslivet*. Et forprosjekt. AFI notat 6/94
- Birkeland, Einbu og Pettersen (1990): *Yrke- og familiesituasjon for yngre uføretrygdede yrkesaktive kvinner*. Studentarbeid MRDH 1989/90. Trygdeetatskolen. Volda
- Bru, Eivind, Terje Lie og Hilde Stuland Larsen (1994): *Sammen om sykefraværet. Evaluering av NHO og LOs Sykefraværprosjekt*. RF120/94. Rogalandforskning
- Bruusgaard, Dag og Willy Eriksen (1997): *Plagsom for pasienten, vanskelig for hjelpeapparatet og dyrt for samfunnet*. Rapport 97:5, Seksjon for trygdemedisin, Institutt for allmennmedisin og samfunnsvitenskapelige fag, Universitetet i Oslo
- Brødholt, Åse (1994): *Evaluering av "Muskelverk må ikke bli trygdeverk"*. Seksjon for trygdemedisin. Universitetet i Oslo
- Brødholt, Åse (1996): *Evaluering av Buskerud trygdemedisinske Poliklinikk. Evalueringsrapport*. Seksjon for trygdemedisin. Universitetet i Oslo
- Buskerud Trygdemedisinske Poliklinikk. *Evalueringsrapport. Sluttrapport fra prosjektet*. Trygd og rehabilitering Oslo: Sosialdepartementets sekretariat for modernisering og effektivisering av helsesektoren. Udatert

- Bächström, Ingegärd (1992): "Opplevelser av rehabilitering" i Staffan Marklund (red) Rehabilitering i ett samhällsperspektiv. Studentlitteratur. Lund. s. 165-186
- Colbjørnsen, Tom og Anita Tobiassen (1996): *Implementering av arbeidslinjen*. Klientforebyggende arbeids- og organisasjonsformer ved trygdekontorene. SNF-rapport 09/96. Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning. Norges Handelshøyskole. Bergen
- Dahl, Espen (1985): *Langtidssykemeldte - hvor kommer de fra, hva slags hjelp får de og hvor går de hen?* Sosialdepartementets utredningsserie. Rapport nr. 9
- Eikeland, Arne (1997): *Oppfølging av sykmeldte i små, mellomstore og store trygdekontor*. Fylkestyret i Rogaland. Oktober 1997
- Feiring, Eli (1995): *Evaluering av trygdeetatens stønadsfaglige utviklingsprosjekter*. FAFO-notat 1995:12. Oslo
- Feiring, Eli (1997): *Tilsattes trivsel i endringsprosessen*. En evaluering av trygdeetatens stønadsfaglige utviklingsprosjekter. FAFO-rapport 216. Oslo
- Fimreite, Anne Lise (1992): "Frikommuneforsøket – En reformstrategi med janusansikt?" I *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*. 8. årgang, hefte 3:240.249
- Ford, Margaret (1993): *Attføring til arbeid? En oppfølgingsundersøkelse av forsøk på yrkesmessig attføring*. INAS rapport 93:7. Oslo
- Fossestøl, Knut (1996): "Den diffuse velviljens farer". I *Attføring og arbeid 1996-2*
- Fossestøl, Knut (1999): "Om "nye" og "gamle" tilnærminger i attføringsarbeidet". I Fossestøl (red) Ingen tittel. Under arbeid. AFI
- Getz, Linn, Steinar Westin og Bård Paulsen (1994): "Behandler og sakkyndig – mellom barken og veden? Almenpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en innstramningstid". i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. nr. 12;114:1435-40
- Grøgaard, Jens B. (1998): *Ordinær skolegang for yrkeshemmede. Effektevaluering basert på sammenligning med hospiteringstiltaket*. FAFO-rapport 225
- Hansen, Hans-Tore (1999): "Samfunnsvitenskapelig sykefraværersforskning 1990-1998" i Hans-Tore Hansen (red) *Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet*. SNF Bergen
- Helgøy, Ingrid (1999): "Forvaltning av trygden" i Hans-Tore Hansen (red) *Kunnskapsstatus for den nordiske trygdeforskningen på 1990-tallet*. SNF Bergen
- Hellevik, Ottar (1977): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget
- Kanter, Elisabeth Moss (1984): *The Change Masters. Innovation & Entrepreneurship in the American Corporation*
- Kaul, Hjørdis og Elin Kvande (1985): *Mestring av arbeidsledighet – en analysemodell*. Notat 2/85 SINTEF-IFIM
- Kjellberg, Francesco og Marit Reitan (1997): *Studiet av offentlig politikk*. Tano
- Kolstad m.fl. (1993): "Uførepensjonister med psykiatrisk diagnose: Hva slags behandling og attføring har de fått?" i Kolstad (red) *Uførepensjonister med psykiatrisk diagnose*. Allforsk AVH Senter for samfunnsforskning – SESAM. Trondheim. s. 45-66
- Lane, Robert (1982): "Should Government be concerned with Self-esteem?" i *Political Theory*, vol. 10, nr. 1 s. 5-31
- Leeuw, Frans L., Ray C. Rist and Richard C. Sonnichsen (1994): *Can Governments Learn? Comparative perspectives on Evaluation and Organizational Learning*. Transaction Publishers. New Brunswick and London
- Lie, Terje, Jan Erik Karlsen og Jorunn Elise Tharaldsen (1999): *Evaluering av verne- og helsepersonale i virksomhetene*. Rogalandsforskning 1999/007
- March, J. G. og J. P. Olsen (1976): "Organizational learning and the ambiguity of the past" i J. G. March og J. P. Olsen: *Ambiguity and Choice in Organizations*. Universitetsforlaget. Bergen

- Mastekaasa, A. og T. Moum, S. Næss og T. Sørensen (1988): *Livskvalitetsforskning* i Rapport 88:6, Institutt for samfunnsforskning
- Norges offentlige utredninger. En bedre organisert stat. NOU 1989:5
- Nørve, Siri og Tone Alm Andreassen (1998): *Evaluering av muskesmerteprojektet i arbeidsmarkedetaten*. Prosjektrapport 233, Norges byggforskningsinstitutt
- Pateman, Carol (1970): *Participation and Democratic Theory*. Cambridge University Press
- Patton, Michael Quinn (1990): *Qualitative Evaluation Methods*. Sage Publications London
- Pedersen, Axel West (1996): *Sykefraværet og arbeidslinja*. Fafo-notat 1996:4. Oslo
- Rikstrygdeverket (1993): *Trygdeetatens mål og prioriteringer 1994*. Notat. September 1993
- Rikstrygdeverket (1996): *Oppfølging av sykmeldte. Handlingsplan for trygdeetaten*. Notat av juli 1996
- Rikstrygdeverket (1997): *Mål og prioriteringer - 1998*. Notat. Utkast av 21.10.97
- Rikstrygdeverket (1997): *Oppfølging av sykmeldte. Handlingsplan - fase 2*. Notat. Høsten 1997
- Saglie, Tor (1993): "1980-årenes visjoner og 1990-årenes praksis" i Lægred, Per og Johan P. Olsen (red) *Organisering av offentlig sektor*. TANO
- Scheel, Inger, Kåre Birger Hagen og G. Rongen (1996): "Aktivitet og sykmelding. En undersøkelse om hvordan trygdekontoret, leger og bedrifter samarbeider omkring folketrygdordningen Aktiv Sykmelding". Utredningsrapport nr. U3. Statens institutt for folkehelse
- Statskonsult (1993): *Evaluering av fylkeskontorene i trygdeetaten*. Rapport 1993:12. Desember 1993
- Stortingsmelding nr. 35 (1994-95): Velferdsmeldingen. Sosial- og helsedepartementet
- Stortingsmelding nr. 39 (1991-92): Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon (Attføringsmeldingen), Arbeids- og administrasjonsdepartementet
- Stortingsmelding nr. 70 (1991-92): "Likestilling for 1990-åra. Barne- og familiedepartementet
- Sørensen, Bjørg Aase og Asbjørn Grimsmo (1996): ""Varme" og "kalde" konflikter i arbeidslivet. Motsetninger i sosiologisk belysning" i *Sosiologi i Dag* nr. 2, årgang 26. Novus forlag
- Terum, Lars Inge og Trude B. Nergård (1999): "Medisinsk skjønn og rettstryggleik. Legar som portvakter av offentlege goder" i *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* nr. 15; 119:2192-6
- Tovatt, Hans og Trine Annfelt (1999): *Effekter av systemrettet attførings- og sykefraværarbeid – en evaluering av Arbeidslivstjenesten*. SINTEF IFIM
- van Meter, Donald og Carl E. van Horn (1975): «The Policy Implementation Prosess. A Conceptual Framework». I *Administration & Society*, vol 6. no 4, s. 445-488
- Vedi, Camilla og Bente Øverli (1998): Basisgrupper – et egnet verktøy for tidlig oppfølging av sykmeldte?
- Westhagen, Harald (1991): *Prosjektarbeid. Utviklings- og endringskompetanse*. Universitetsforlaget. Oslo
- Wholey, Joseph S. (1979): *Evaluation: Promise and Performance*. The Urban Institute. Washington D.C.

Andre kilder

- Kommunal statistikk. Kommunale arbeidstakere. Fraværstatistikk 97-98 Kommunenes sentralforbund.
- Støtte- og styringsorganer i trygdeetaten (Norbom-utvalget). Rapport fra en styringsgruppe under Sosialdepartementet, avgitt 11. mars 1988.

Evalueringsrapporter fra prosjektene

- Anda, Oddvar, Ole Marius Lund og Hasse Storebakken (1997): Belastningslidelser og muskulær mestring (BMM). Intervensjonsforsøk i et ostepakkeri (1995-1997). Fylkestrygdekontoret i Rogaland. Stavanger
- Andersen, Lisbeth, Arild Johnsen og Marianne Karlsen (1997): "Der skoen trykker..." Kartlegging av arbeidsmiljøet blant renholdsassistentene på RiT. Fylkestrygdekontoret i Sør-Trøndelag
- Andersen, Lisbeth og Marianne Karlsen (1999): *Medvirkningsprosjektet for Husøkonomavdelingen – RiT Avslutningsrapport*. Fylkestrygdekontoret i Sør-Trøndelag
- Antonsen, Lill Torunn Egidius (1994): Unge uføre i arbeid. En modell for utprøving av arbeidskapasitet. Prosjektrapport 1994. Arendal trygdekontor. Arendal
- Antonsen, Lill Torunn Egidius (1996): Unge uføre i arbeid. En modell for utprøving av arbeidskapasitet. Prosjektrapport 1995 Arendal trygdekontor. Arendal
- Berg, Elin m.fl. (1996): *Bedriftsrettet sykefraværsoppfølging. Som metode for reduksjon av sykefraværet og hindring av frafall fra arbeidslivet*. En rapport fra oppfølgingskonsulentene i Østfold. Trygdeetaten i Østfold
- Borstad, Kjell (1998): *Sykefraværsprosjektet "Reduksjon av sykefraværet gjennom forebyggende tiltak"*. Samarbeidsprosjektet i tidsrommet 01.12.1996 – 31.12.1998. Aurskog Høland kommune og Aurskog Høland Trygdekontor
- Bugge, Randi (1997): *Kan trening, helseopplysning og individrettet hjelp med arbeidsmiljøproblemer redusere helseplager/sykdom og bedre trivselen?* Et sykefraværsprosjekt i samarbeid mellom BHT i slakteribedriften Gilde Agro, Forus, fylkestrygdekontoret i Rogaland og Sandnes trygdekontor. Rogaland fylkestrygdekontor. Stavanger
- Bøhaugen, Inger Lise og Vemund Digernes (1995): *Ryggskoleprosjektet ved Dyno industrier, Lillestrøm*
- Forprosjekt til "Høgløkka-prosjektet". 1995. Buskerud fylkestrygdekontor
- Fylkestrygdekontoret i Sogn og Fjordane (2000): "Sluttrapport frå Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane", 1997-99
- Fylkestrygdekontoret i Vest-Agder (1995): *Aktiv helse*. Rapport fra pilotgrupper
- Gylthe, Else (1999): Prosjektet: KOBOKS. Koblingsboksen. Vestfold fylkestrygdekontor.
- Haugen, Solveig (1999): *Sykefraværsprosjektet ved Ringnes Gjelleråsen*. Et samarbeidsprosjekt mellom trygdeetaten og Ringnes Gjelleråsen. Fylkestrygdekontoret i Akershus. Oslo
- Hveding, Anita Olsen (1997): "Evalueringsrapport fra ressurscenteret på Sortland". Fylkestrygdekontor i Nordland
- Johnsen, Vibekke (1998): *Forebygging og oppfølging av arbeidsrelaterte belastningslidinger ved Kværner Leirvik a.s*. Fylkestrygdekontoret i Sogn og Fjordane. Hyllestad
- Klokkehaug, Birgit (1998): *Uførepensjonerte – tilbakeføring til arbeid*. Fylkestrygdekontoret i Sør-Trøndelag. Trondheim
- Kogstad, Odd (1996): *Prosjekt aktiv helse. Pilotprosjekt februar 1996*. Høgskolen i Agder. Avdeling for helse- og idrettsfag
- Kristiansen, Knut (1997): *Sluttrapport for prosjektet frisk i Nord-Østerdal*. Arbeidslivstjenesten i Hedmark
- Kvalen, Toril (1997): *Sykefraværet i "Trøste og Bære"-yrker. Et sykefraværsprosjekt i hjemmebasert omsorg i Lillehammer kommune*. Fylkestrygdekontoret i Oppland. Lillehammer

- Løken, Jane (1998): *"Blant optimister og skeptikere i Groruddalen. Forebyggingsprosjektet FAPRO"*. Stovner trygdekontor. Rapport 1/98
- Mortensen, Vidar, Berit Sandtorv og Geir Skoglund (1998): *Evalueringsrapport for prosjektet "Arbeidsgiverkontakt – oppfølging av sykmeldte i Sør-Troms regionene"*. Fylkestrygdekontoret i Troms. Tromsø
- Nebell, Trine og Bent Knudsen (1996): *Reaktivering av unge uførepensjonister*. Fylkestrygdekontoret i Oslo
- Prosjektbeskrivelse: Buskerud Trygdemedisinske poliklinikk. Et samarbeidsprosjekt mellom Trygdeetatens fylkeskontor i Buskerud og Buskerud fylkeskommune
- Sandvik, Astrid, Hasse Storebakken og Lars Løland (1997): *Rapport fra Sykefraværprosjektet SOT*. Fylkestrygdekontoret i Rogaland
- Schnitler, Hanne m.fl. (2000): *Sluttrapport frå "Muskelsmerteprojektet i Sogn og Fjordane, 1997-99"*. Fylkestrygdekontoret i Sogn og Fjordane
- Stenbro, Pål (1999): *Modum i bevegelse*. Sluttrapport. Frisklivssentralen i Modum. Buskerud fylkestrygdekontor. Drammen
- Vikne, Jon (1997): *Sluttrapport. Buskerud trygdemedisinske Kompetansesenter*. 1. januar 1996 – 31. juli 1997. Buskerud Fylkestrygdekontor
- Ål trygdekontor, Arbeidskontoret for Hallingdal og Ål kommune (1998): *"Hjelp gjennom samhandling. Årsrapport 1998"*