



Arbeid og psykisk helse i kommunal sektor

SLUTTRAPPORT

KS

OPPDRAKSGIVER: KS

RAPPORT NR: R9674

RAPPORTENS TITTEL: Arbeid og psykisk helse i kommunal sektor

ANSVARLIG KONSULENT: Inger Hegna

KVALITETSSIKRET AV: Kjell Værnor

DATO: 10.11.2017

Forord

Agenda Kaupang har hatt i oppdrag å innhente kunnskap om inkludering av personer med psykiske helseplager i kommunesektoren, og hva som skal til for å få flere i denne målgruppen i jobb. Prosjektet omfatter både inkluderingsarbeid i forhold til egne ansatte og inkludering av personer utenfor kommunesektoren.

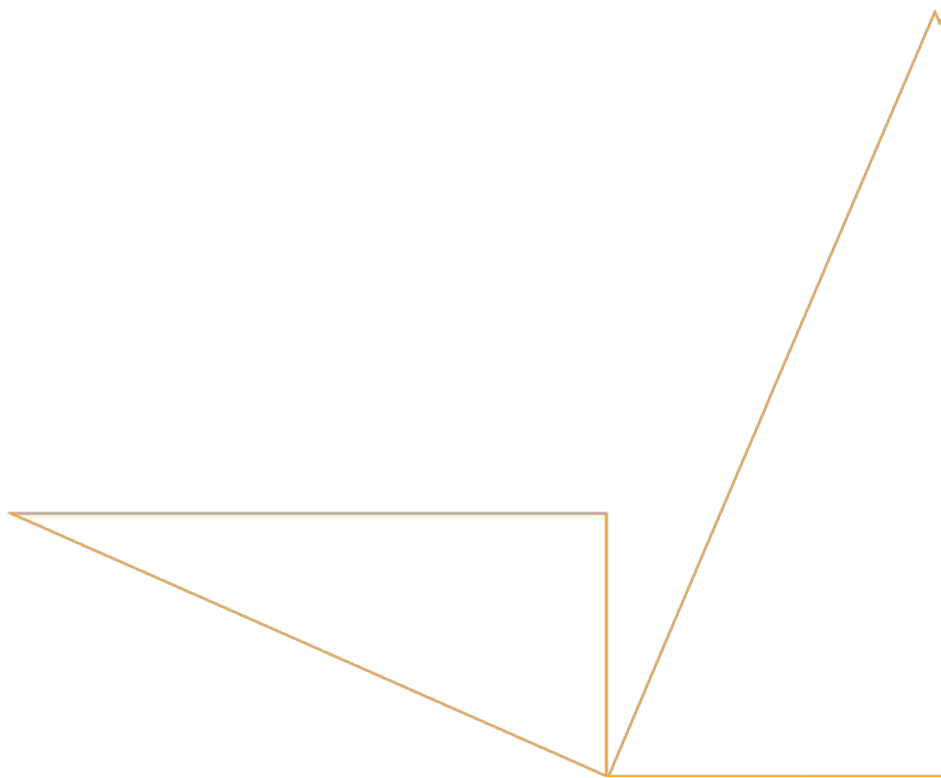
Denne kunnskapen blir viktig for at KS og arbeidsgivere i kommunesektoren kan realisere arbeidet med et inkluderende arbeidsliv og hindre utenforskap.

Resultatene som presenteres i denne rapporten bygger på data hentet fra dokumentstudier, intervjuer og dialogkonferanse. Undersøkelsen er gjennomført i perioden mars–august 2017.

Forslag til rapport har vært lagt fram for oppdragsgiver og referansegruppen til kommentering før sluttrapport er avlevert.

Oppdraget er gjennomført av Eilin Ekeland, Marit Rognerud og Inger Hegna. Sistnevnte har vært ansvarlig konsulent.

Stabekk, 10. november 2017



Innhold

1	Sammendrag	6
2	Bakgrunn og formål for oppdraget	9
3	Metode og datagrunnlag	10
3.1	<i>Metodiske og strukturelle grep</i>	<i>10</i>
4	Rammevilkår, virkemidler og tiltak	13
4.1	<i>Lettere og moderate psykiske helseproblemer</i>	<i>13</i>
4.2	<i>Virkemiddelapparatet i statlig og kommunal regi</i>	<i>15</i>
4.3	<i>Tiltak for å forebygge sykefravær</i>	<i>18</i>
4.4	<i>Arbeidsgiverrollen i kommunal sektor</i>	<i>22</i>
4.5	<i>Oppsummering</i>	<i>22</i>
5	Hovedfunn	25
5.1	<i>Inkludering av ansatte med psykiske helseplager</i>	<i>25</i>
5.2	<i>Inkludering av personer med psykiske helseplager i kommunens virksomheter</i>	<i>33</i>
5.3	<i>Bruker- og interesseorganisasjonene</i>	<i>36</i>
5.4	<i>Oppsummering</i>	<i>37</i>
6	Vår analyse	40
7	Avsluttende betraktninger	43
8	Vedlegg	45
8.1	<i>Nasjonale prosjekter og tiltak</i>	<i>45</i>
8.2	<i>Prosjekter og tiltak i kommunal sektor</i>	<i>47</i>
8.3	<i>Et eksempel fra en casekommune</i>	<i>49</i>
8.4	<i>En forskers kunnskap om sykefravær</i>	<i>50</i>

1 Sammendrag

Denne rapporten kan leses i sin helhet, men leseren kan få med seg hovedkonklusjonene i vår analyse av funnene ved å lese dette sammendraget.

Vi har beskrevet bakgrunn og formål i kapittel 2, metode og datagrunnlag i kapittel 3, rammevilkår, virkemidler og tiltak i kapittel 4, hovedfunnene i kapittel 5, vår analyse i kapittel 6 og avsluttende betraktninger i kapittel 7 i denne rapporten. I kapittel 8 hvor vedleggene finnes er det en oversikt over nasjonale og kommunale prosjekter og tiltak innenfor fagområdet, og et eksempel fra en av casekommunene og en forskers kunnskap om sykefravær.

Sykefraværet i Norge er fortsatt høyt til tross for mange strategiske og operative grep – lokalt som nasjonalt. Norge rangerer langt høyere på sykefraværstatistikken enn andre land vi kan sammenligne oss med, selv om statistikk på sykehusinnleggelser, diagnoser, dødsfall, m.m. viser at Norges befolkning ikke er sykere enn andre lands innbyggere.

Gjennom forskningen på fagområdet har vi fått kunnskap om at arbeid og deltakelse fremmer psykisk helse og mestring. For bare noen tiår siden var det en alminnelig oppfatning at sykdom ikke var forenlig med arbeid, mens forskningen nå viser at arbeid og aktivitet i mange tilfeller er helsefremmende. Likevel er det en økning i sykefraværet og i ulike former for trygdestønader for de vanligste psykiske lidelsene som angst og depresjon. Det synes videre å være stor enighet, både hos forskere og i kommunene, at årsaken(e) til lettere og moderate psykiske helseplager i liten grad skyldes arbeidsforhold og arbeidsmiljøet, men mer utenforliggende og private forhold.

Våre funn viser at det er vanskelig å skille mellom inkludering i arbeidslivet på et generelt grunnlag og inkludering av personer med lettere og moderate helseplager. Det kan likevel synes å være noe vanskeligere å inkludere personer med psykiske helseplager enn å inkludere personer i arbeidslivet i sin helhet. Dette fordi plagene ofte er usynlige, tiltakene vanskeligere å finne og holdninger i samfunnet stigmatiserende. Vi opplever det likevel som vanskelig å skille mellom forbedringsområdene og tiltakene for helse generelt, og for de med psykiske helseplager.

Dette oppdraget har synliggjort at det finnes mange ulike tiltak som er igangsatt på området, både i kommunal og statlig sektor, men at få av disse er forskningsmessig evaluert – noe som vanskeliggjør jobben med å vite hva som gir den rette effekten for individene i målgruppen og deres arbeidsgivere. Det er viktig å presisere at det i dette kan ligge en fare for overbehandling av mennesker som ofte vil bli friske igjen av seg selv. Lederne uttrykker også at det er vanskelig å få effekt av de ulike tiltakene som igangsettes i dag for å redusere sykefraværet i kommunene. Det synes som om sykefraværet svinger uavhengig av tiltak – noe som skaper maktesløshet og frustrasjon hos arbeidsgiver og deres støtteapparat. De tiltakene som har god effekt har ofte en høy kostnad og har ofte en tendens til å være individbasert.

Fordommer og forestillinger hos kolleger og ledere i kommunal sektor om psykisk helse trer frem i vår kartlegging, og mellomlederne i casekommunene beskriver det som utfordrende å holde ansatte med lettere og moderate psykiske helseplager i jobb, og å ansette de som står utenfor med de samme plagene. Videre avdekker vår kartlegging at det er mangel på kunnskap om, og forståelse for hva lettere og moderate psykiske helseplager er, både hos arbeidsgiver og arbeidskolleger. Det å øke kunnskapen om psykisk helse vil bidra til å ufarliggjøre og alminneliggjøre det å ha psykiske helseplager, noe som angår oss alle. Det å invitere inn eksterne ressurser som eksempelvis NAV, bedriftshelsetjenesten, frisklivssentral eller en psykolog til å gjennomføre faglige og informative møter og kurs vil kunne øke kunnskapen på området. Uansett vil det kreve fleksibilitet, raushet og hjelpsomhet fra hele arbeidsgruppen om man skal lykkes.

For å kunne endre de ansattes holdninger og adferd overfor målgruppen vil det være nødvendig at temaet settes på dagsorden, gjerne av den øverste administrative ledelsen i en kommune. Det er ikke nødvendigvis slik at alle ledere og ansatte må ha kompetanse på psykiske helseplager, men det er nødvendig å ha denne kompetansen og kunnskapen rundt seg, eksempelvis i personalavdelingen. Det fremkommer videre at det sjelden finnes en helhetlig plan for utprøving og ansettelse av personer som står utenfor arbeidslivet til kommunale jobber. Det synes å være varierende praksis for hvordan man samarbeider på tvers av sektorene for å kunne ha en nødvendig fleksibilitet til å prøve ut aktuelle kandidater i målgruppen.

Kommunale ledere i våre casekommuner uttrykker at de allerede har mange ansatte med psykiske helseplager i jobb og at de strever med å finne gode løsninger for å øke deres tilstedeværelse på jobben. Lederspennet i norske kommuner synes å være en stor utfordring for å kunne lykkes med det preventive og proaktive arbeidet overfor personene i målgruppen, og deltidsstillinger og turnusarbeid gjør denne jobben enda mer vanskelig. Det er videre et dilemma for mange kommunale ledere at de skal ha kunnskap og kompetanse på svært mange fagområder i tillegg til å være gode på enkeltdetaljer.

Kvalifikasjonskravene i offentlig sektor kan være til hinder for å ansette personer i målgruppen. I tillegg påvirker kollegers holdninger til personer med psykiske helseplager leders evne og vilje til å inkludere personer på utsiden. Det fremstår derfor som om kommunene i større grad blir en arbeidstreningsarena for målgruppen enn en arbeidsplass for varig ansettelse.

Personer i målgruppen og lederne i kommunene vil trenge bistand fra flere aktører, både innad i kommunen og fra eksterne leverandører, for å kunne legge til rette for at personer med psykiske helseplager skal kunne stå i og bli i jobb. Aktørene må samarbeide tettere for at individene i målgruppen lettere skal kunne få et helhetlig tjenestetilbud som er tilpasset deres behov. Siden arbeid kan forebygge ulike helseproblemer og være en del av behandlingen, vil det å øke deltakelsen i arbeidslivet også bidra til å redusere behovet for kostnadskreven behandling i både spesialist- og primærhelsetjenesten. Nettverket rundt personen består ofte av flere parter (arbeidstaker selv, arbeidsgiver, fastlege, psykolog, NAV, mv.) og ulempen med dette er at hvis en aktør ikke vil delta får man det ikke til. Derimot ser man at når alle vil, lykkes man ofte med å løse utfordringene den ansatte, både på kort og lang sikt. Det totale hjelpe- og behandlerapparatet for individene i målgruppen er bredere enn bare fastlegen, men disse sliter i dag med at det er for lite samhandling på tvers av profesjonsgruppene i primærhelsetjenesten. Primærhelsemeldingen legger imidlertid opp til tverrfaglige helsesentre der flere yrkesgrupper skal samarbeide tett for å levere omfattende og koordinerte behandlingstilbud. Det synes fortsatt å være viktig å kunne tilby et lavterskeltilbud slik at personene i målgruppen kan 'hjelpe seg selv' før det blir et unødvendig stort problem, og at dette vil føre til mindre fravær fra jobb.

Kunnskap om kommunikasjon og samtaleteknikk er viktig for at lederne skal kunne bygge opp tillitt og åpenhet omkring de psykiske helseplagene til personer i målgruppen. Det er forskjellige oppfatninger om det å være åpen om egen psykisk helse overfor nærmeste leder er heldig eller uheldig for individene i målgruppen. Det synes imidlertid å være mulig å omgå dette om man isteden har fokus på arbeidsoppgavene og hva arbeidstaker kan mestre eller ikke i en gitt periode av et sykdomsforløp.

Det er et entydig funn i denne studien at virkemiddelapparatet må bli mer oversiktlig og samhandlende enn i dag. De fleste lederne i casekommunene opplever det statlige og kommunale virkemiddelapparatet som uoversiktlig og omskiftende i innhold. Det å ha oversikt over alle tilskuddsordningene beskrives som en nesten umulig oppgave for arbeidsgiverne. Det er tidkrevende og vanskelig for mellomlederne å holde seg orientert i, og uklart hvilke ordninger som gjelder for personene i målgruppe. NAV blir en viktig aktør i så henseende, og kan utfordres til å bidra jevnlig med en relevant og oppdatert oversikt til bruk for kommunale ledere.

For å kunne lykkes med økt tilstedeværelse i arbeidslivet for personer i målgruppen bør kommunale ledere bli mer proaktive overfor fastlegene. Et eksempel er et utfylt arbeidsplassvurderingsskjema som kan bidra til å øke forståelsen for fastlegen for arbeidsgivers tilrettelegging av arbeidsoppgavene for personer i målgruppen. Økt bruk av gradert sykemelding vil i tillegg sørge for mer tilstedeværelse på arbeidsplassen i sykdomsperioden, og bidra til at denne perioden blir kortest mulig.

Kommunale ledere bør stille tydelige krav til sine medarbeidere, og de må i større grad enn i dag måles på tilbakeføring av ansatte til arbeidslivet, og ikke i så stor grad som i dag på sykefraværet. Det generelle inntrykket etter vår analyse er at det er et underliggende behov for bedre jobbmobilitet og fleksibilitet i kommunene for å klare oppgaven med å inkludere egne ansatte og de som står på utsiden i målgruppen bedre enn i dag.

Den viktigste og hyppigste veien inn i arbeidslivet for personer med psykiske helseplager går i dag via tilrettelagte tiltak og praktisk arbeidsplasstrening. Det bør derfor bli lettere å få prøve seg i en kommunal jobb for å få arbeidstrening gjennom ulike praksisplasser i flere av sektorene. Dette krever imidlertid et godt og velfungerende samarbeid internt i kommunen og med flere eksterne aktører som eksempelvis NAV, fastlegen, mv., for også å øke sjansene for å få fast lønnet arbeid. For å lykkes med dette må virkemiddelapparatet bli mer oversiktlig og samhandlende slik at kommunale ledere både evner og tør å ansette personer som står på utsiden.

Inkluderingsarbeidet bør i større grad enn i dag fokusere mye på forebygging av sykefravær og tidlig intervensjon siden dette antakeligvis er den mest kostnadseffektive bruken av ressurser for å få flere ut i varig lønnet arbeid.

2 Bakgrunn og formål for oppdraget

Bakgrunn

Psykiske lidelser er en av de vanligste begrunnelsene for sykefravær og frafall fra arbeidslivet. Helsedirektoratet anslår at 15 prosent av det legemeldte sykefraværet i Norge skyldes psykiske lidelser, mens andelen uføretrygdete med en psykisk lidelse er på noe over 30 %. Personer med psykiske lidelser utgjør en stor og økende gruppe blant personer som faller ut av arbeidslivet. Antallet unge med psykiske problemer som ikke gjennomfører utdanning eller kommer i arbeid er stadig økende.

Arbeid er viktig for den psykiske helsen. Arbeid bidrar til struktur i hverdagen, tilhørighet og identitet og har helsefremmede effekter på både psykisk og fysisk helse. Gjennom bl.a. IA-avtalen og HODs Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (2013–2016) forventes det at arbeidsgivere tar et større ansvar for inkludering i arbeidslivet.

Gjennom forskning har vi kunnskap om inkluderingsevne generelt og hva som fremmer og hemmer inkludering av personer med nedsatt funksjonsevne, men KS mangler kunnskap om inkludering av personer med psykiske helseplager i kommunesektoren spesielt. Omfanget av og økningen i antall personer med psykiske helseproblemer som faller utenfor arbeidslivet tilsier spesiell oppmerksomhet på denne gruppen.

Formål

KS mangler kunnskap om inkludering av personer med psykiske helseplager i kommunesektoren, og hva som skal til for å få flere i denne målgruppen i jobb. Denne kunnskapen blir viktig for arbeidsgivere i kommunesektoren og for at KS' arbeid med inkluderende arbeidsliv og utenforskap kan realiseres.

Rapportens temaer og oppbygning

KS har listet opp følgende problemstillinger som skal drøftes og besvares i analysen:

- ▶ Hvilke erfaringer har kommunale arbeidsgivere med inkluderingsarbeid for personer med psykiske helseproblemer? Det være seg tilrettelegging, oppfølging, kompetanse og virkemiddelapparatet
- ▶ Hva påvirker inkluderingsevnen og -viljen hos lederne?

Prosjektet omfatter både inkludering av egne ansatte, og av personer utenfor.

Sentrale avgrensninger

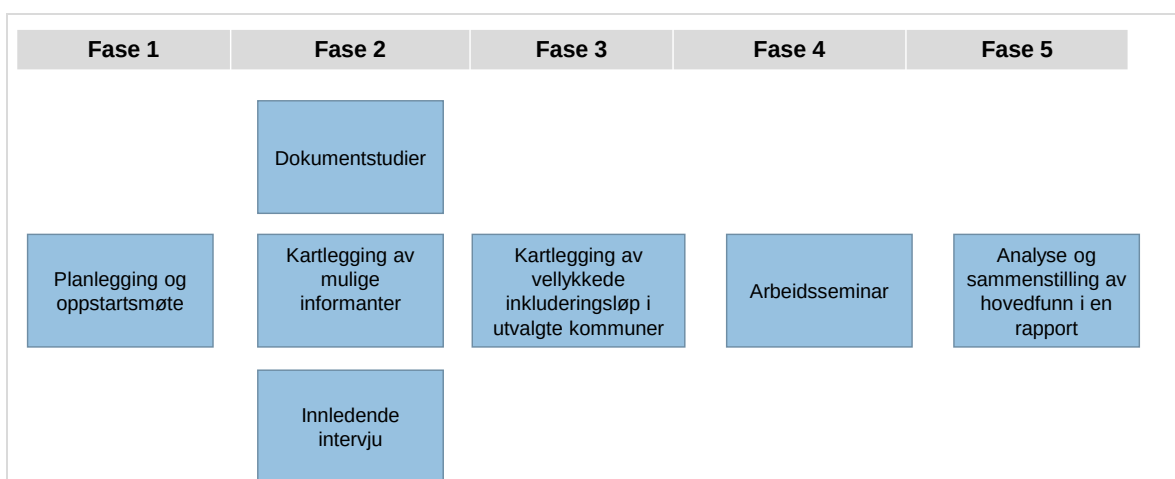
Prosjektet avgrenses til å gjelde personer med lettere og moderate psykiske helseproblemer, dvs. rus og kroniske psykiske lidelser utgår.

3 Metode og datagrunnlag

3.1 Metodiske og strukturelle grep

Vi har gjennomført kartleggingen ved hjelp av ulike metodiske tilnærminger. Det har gitt oss mulighet til å belyse de sentrale problemstillingene og gitt nødvendige innspill til de funnene som analysene skal bygge på. De ulike metodene som er brukt er:

- ▶ Gjennomgang av relevante dokumenter og forskningsmateriale
- ▶ Innledende intervjuer med utvalgte informanter
- ▶ Kartlegging og utvelgelse av informanter og casekommuner
- ▶ Synliggjøring av vellykkede inkluderingsløp i casekommunene
- ▶ Intervjuer med linjeledere, HR-medarbeidere, NAV-representanter, representanter for fastlegene, mv. i casekommunene
- ▶ Intervjuer med utvalgte interesse- og brukerorganisasjoner
- ▶ Gjennomføring av dialogkonferanse med relevante deltakere
- ▶ Analyse og sammenstilling av hovedfunnene i en sluttrapport



Figur 3-1 Metodisk gjennomføring i 5 faser

Fase 1 – Planlegging og oppstartsmøte

Ved prosjektstart ble det gjennomført et oppstartsmøte med oppdragsgiver for å avklare oppdragsgivers forventninger til leveranse og en gjennomgang av milepælene og tiltakene for oppdraget. Videre avklaring av kontaktpunkt hos arbeidsgiver, etablering av referansegruppen og møtepunkter mellom oppdragsgiver og oppdragstaker underveis.

Plan for de fire neste fasene i oppdraget og konkrete aktiviteter for leveranser ble utarbeidet av oppdragstaker i etterkant av oppstartsmøte.

Fase 2 – Dokumentstudier og innledende intervjuer

Vi har lest og støttet oss til følgende dokumentasjon i vår forståelse og analyse av oppdraget:

- ▶ Folketrygdloven
- ▶ Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (2014–18)
- ▶ Oppfølgingsplan for arbeid og psykisk helse (Arbeidsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet 2013–16)

- ▶ «Sammen om mestring» – veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne (Helsedirektoratet 2014)
- ▶ Arbeid og helse – et tettere samvirke (Helsedirektoratet 2016)
- ▶ Arbeidsgiverperspektivet på inkludering (AFI 5/2014)
- ▶ Fremtidens primærhelsetjeneste (Stortingsmelding 26)
- ▶ Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid (SINTEF 2016)
- ▶ Mestre hele livet – regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022)
- ▶ Innsamling av tallmateriale for området fra SSB, KOSTRA, m.m.

Det ble gjennomført innledende intervju i starten av oppdraget blant ledere og faglige rådgivere i Arbeids- og velferdsetaten, Folkehelseinstituttet, Helsedirektoratet, Bydel Søndre Nordstrand, NAPHA og KS for å få et bilde av fagområdet og målgruppen.

Sentrale tema og spørsmål som ble belyst var:

- ▶ Erfaringer med inkludering av personer med psykiske helseplager i arbeid i kommunesektoren
- ▶ Rammevilkår som er vesentlige for at kommunene som arbeidsgivere skal kunne inkludere personer med psykiske helseplager som ordinære arbeidstakere, og eventuelt beholde de de har
- ▶ Tilrettelegging av arbeidet i praksis
- ▶ Hva må til for at kommunale ledere skal være villige til å ta imot og prøve ut arbeidssøkere med lettere og moderate psykiske helseplager?
- ▶ Kjennskap til hva forskning/fagkunnskap anbefaler på området

Fase 3 – Kartlegging av vellykkede inkluderingsløp i et utvalg kommuner

Vi har benyttet kvalitativ intervjumetodikk og har gjennomført både individuelle intervjuer og gruppeintervju. Disse intervjuene har vært sentrale kilder i datainnhenting for vår forståelse og analyse. Våre informanter har i hovedsak vært fra de ni utvalgte casekommunene, men også fra interesse- og brukerorganisasjoner, og fra noen få brukere. I tre av casekommunene har vi gjennomført gruppeintervju og disse er gjennomført i casekommunenes lokalteter. De individuelle intervjuene er i hovedsak gjennomført på telefon.

Intervjuene ble benyttet til å

- ▶ beskrive erfaringer som informantene har med inkludering av personer med psykiske helseplager i arbeid i kommunesektoren
- ▶ identifisere hvilke aktører det er viktig bidrar for å lykkes i å få personer med lettere og moderate helseplager i arbeid i kommunesektoren
- ▶ synliggjøre hvilke rammevilkår som er vesentlige for at kommunene som arbeidsgivere skal kunne inkludere personer med psykiske helseplager som ordinære arbeidssøkere, og eventuelt beholde de de har
- ▶ få frem praktiske eksempler på tilrettelegging av arbeidet i kommunene for at dette skal være mulig
- ▶ tydeliggjøre hva det vil kreve av arbeidssøker for at dette skal bli vellykket
- ▶ identifisere hvilke tiltak man lykkes med på dette området og hva som ikke fungerer
- ▶ mv.

Informantene som ble intervjuet var som følger:

- ▶ 9 Casekommuner
- ▶ 3 Interesseorganisasjoner
- ▶ 4–5 Brukerorganisasjoner

Det er gjennomført 26 individuelle intervjuer og 5 gruppeintervjuer. Gruppeintervjuene omfattet ca. 30 informanter. Til sammen har vi snakket med i underkant av 60 informanter.

Fase 4 – Arbeidsseminar

Seminalet hadde til hensikt å verifisere funnene fra kartleggingen og sikre en fortolkning av materialet som skulle bidra til økt kunnskap om inkludering av personer med lettere og moderate psykiske helseplager i kommunesektoren.

Deltakere på seminaret var:

- ▶ En representant fra en av casekommunene
- ▶ Representant fra Helsedirektoratet
- ▶ Representant fra Psykologforeningen
- ▶ To representanter fra KS
- ▶ En underleverandør av oppdragstaker
- ▶ En forsker innen fagområdet

Arbeidsseminaret ble gjennomført i slutten av august, og ble ledet av oppdragstaker.

Fase 5 – Sammenstille og analysere funn

Med bakgrunn i innsamlet data har vi foretatt en analyse og vurdering av

- ▶ kommunenes erfaringer som arbeidsgivere i å legge til rette for inkludering av personer med psykiske helseproblemer, både for de som er ansatt og de som står på utsiden
- ▶ kommunenes erfaring med tilrettelegging, oppfølging, relevant kompetanse og riktige virkemidler
- ▶ hva påvirker inkluderingsevnen og -viljen hos lederne i kommunal sektor?

4 Rammevilkår, virkemidler og tiltak

4.1 Lettere og moderate psykiske helseproblemer

I dette oppdraget avgrenses psykiske helseplager til lettere og moderate. Betegnelsen *lettere til moderate psykiske helseproblemer* inkluderer både psykiske plager og noen psykiske lidelser. Det er vanlig å skille mellom psykiske *plager* og psykiske *lidelser*. Betegnelsen psykiske lidelser eller psykisk sykdom skal bare brukes når bestemte diagnostiske kriterier er oppfylt. For å vurdere disse sykdomskriteriene bruker leger eller psykologer enten den internasjonale sykdomsklassifikasjonen (ICD) fra WHO eller Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) som er utarbeidet av den amerikanske psykiatriforeningen¹ for å stille diagnose. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre. Ofte, men ikke alltid, har man en høyere subjektiv symptombelastning om man har én eller flere psykiske lidelser enn om man har psykiske plager. Angstlidelser og depresjon (som er en affektiv lidelse) er de klart vanligste psykiske lidelsene, og det er disse psykiske lidelsene som inngår i betegnelsen lettere til moderate psykiske helseproblemer.

Depresjon

Depresjon hører til gruppen affektive lidelser eller stemningslidelser. Det finnes flere ulike former for depresjoner. Karakteristiske symptomer for alle er nedtrykthet, tristhet, tomhetsfølelse, redusert initiativ og interesse for andre og for aktiviteter som man tidligere opplevde som gledesfylte. Søvnforstyrrelser, utmattelse, trege bevegelser, følelse av verdiløshet, skyldfølelse eller uttalte selvbebreidelser, ubeslutsomhet, vanskeligheter med konsentrasjon og hukommelse er også vanlige symptomer. Markert vektøkning eller vekttap samt selvmordstanker kan også være en del av sykdomsbildet. Atferdsavvik, skole-/arbeidsvegring og psykosomatiske symptomer (bl.a. smertetilstander) er også vanlig, og dette kan gjøre at den underliggende depresjonen ikke oppdages. Depresjon kan også være utløst av ytre omstendigheter som f.eks. dødsfall i nær familie, skilsmisse eller andre alvorlige livshendelser. Selv om man regner depresjon som en psykisk lidelse, kan symptombildet også være forårsaket av somatisk sykdom, som f.eks. vitaminmangel, skjoldbruskkjertelsykdommer, eller det kan skyldes bivirkninger av medikamenter. Depresjon kan også være komplisert av stoff- og alkoholmisbruk. I løpet av livet vil anslagsvis 40 prosent av kvinner og 20 prosent av menn oppleve å få en behandlingstrengende depresjon. Behandlingsmulighetene er gode, men hva som er den beste behandlingen vil avhenge av årsaken for og dybden av depresjonen.

¹ WHO 1977, Statens helsetilsyn mfl. 1999, APA 2000

Angstlidelse

Angstlidelse er betegnelsen for en gruppe av psykiske lidelser som er kjennetegnet av indre uro, spenning og angst. Angstlidelser er i likhet med depresjon blant de vanligste psykiske lidelsene. I løpet av livet vil anslagsvis 20–25 % av befolkningen oppleve en angstlidelse. Vi skiller i dag mellom flere typer angstlidelser. Ved generalisert angstlidelse er bekymring for fremtiden og vedvarende angst og spenning typisk. Ved panikklidelse (panikkangst) opplever personen anfallsvis angstepisoder som oftest er kjennetegnet ved legemlige symptomer som f.eks. besvimelser eller smerter som gir sykdoms- eller dødsangst. Ved sosial fobi opplever personen angst i situasjoner hvor han observeres av andre eller kan utsettes for kritikk. Ved post-traumatisk stresslidelse er angsten knyttet til gjenopplevelse av en sterkt skremmende eller truende hendelse. Ved obsessiv-kompulsiv lidelse (tvangsnevrose) opplever personen angst for tanker eller bestemte handlinger. Ved agorafobi er personen redd for å gå ut og være alene. Ved en enkel fobi er angsten knyttet til bestemte ytre forhold som f.eks. lukkede rom (klostrofobi) eller insekter (f.eks. edderkoppfobi). I mange tilfeller oppdages ikke angstlidelsene fordi de ledsagende legemlige symptomer (som f.eks. smerter, hjertebank eller besvimelser) kan lede pasient og lege til bare å tenke på fysisk sykdom. Behandlingsmulighetene er gode. Valg av behandling avhenger av type angstlidelse.

Figur 4-1 Definisjon på depresjons- og angstlidelser²

Skillet mellom det man definerer som en angst- eller depresjonslidelse og det man vanligvis omtaler mer generelt som psykiske plager er imidlertid ikke alltid så klart. Svært mange har kombinerte tilstander med symptomer både på depresjon og angst samtidig. Hopkins Symptom Check List (HSCL) med 25 spørsmål er et spørreskjema som måler symptomer på angst, depresjon og også noen kroppslige plager som er vanlige ved begge disse tilstandene. Dette spørreskjemaet har vært brukt til å måle graden av slike plager i den norske befolkningen over tid i Helse- og levekårsundersøkelsene til Statistisk sentralbyrå. Undersøkelsene viser at ca. 10 % av den voksne befolkningen i Norge (ca. 12 % av kvinner og 8 % av menn) sliter med betydelige psykiske plager på undersøkelsestidspunktet.³ Forekomsten har ligget nokså stabilt i mange år. Slike spørreskjema for psykiske plager kan også brukes som screening-instrumenter som kan identifisere risikoindivider f.eks. på arbeidsplassen.

Internasjonale sammenligninger tyder på at folkehelsen er god i Norge og at også vanlige psykiske helseproblemer som angst og depresjon er mindre utbredt i Norge enn i de fleste andre europeiske land.⁴

I Norge står psykiske lidelser for omtrent 20 % av de tapte dagsverkene pga. legemeldt sykemelding. Internasjonal forskning har vist at psykiske lidelser ofte er underrapportert som årsak til sykemelding, og at det derfor er grunn til å tro at den reelle andelen av sykefraværet som skyldes psykiske lidelser er langt høyere. Sykefravær for lettere psykiske lidelser har hatt en økning de siste årene, og dette er ofte sykefravær med lang varighet. Jo lenger folk er sykemeldt, jo lavere er sjansen for å komme tilbake til arbeid.⁵

² Malt, 2016

³ Clench-Aas mfl. 2009, Bang-Nes mfl. 2011

⁴ FHI 2012, Bang Nes mfl. 2011, Clench-Aas mfl. 2009

⁵ Henderson mfl. 2011, Department of work and pensions 2004

Langtidssykefravær er en av de største utfordringene i inkluderingsarbeidet fordi dette er en sterk risikofaktor for senere uførepensjonering.⁶

4.2 Virkemiddelapparatet i statlig og kommunal regi

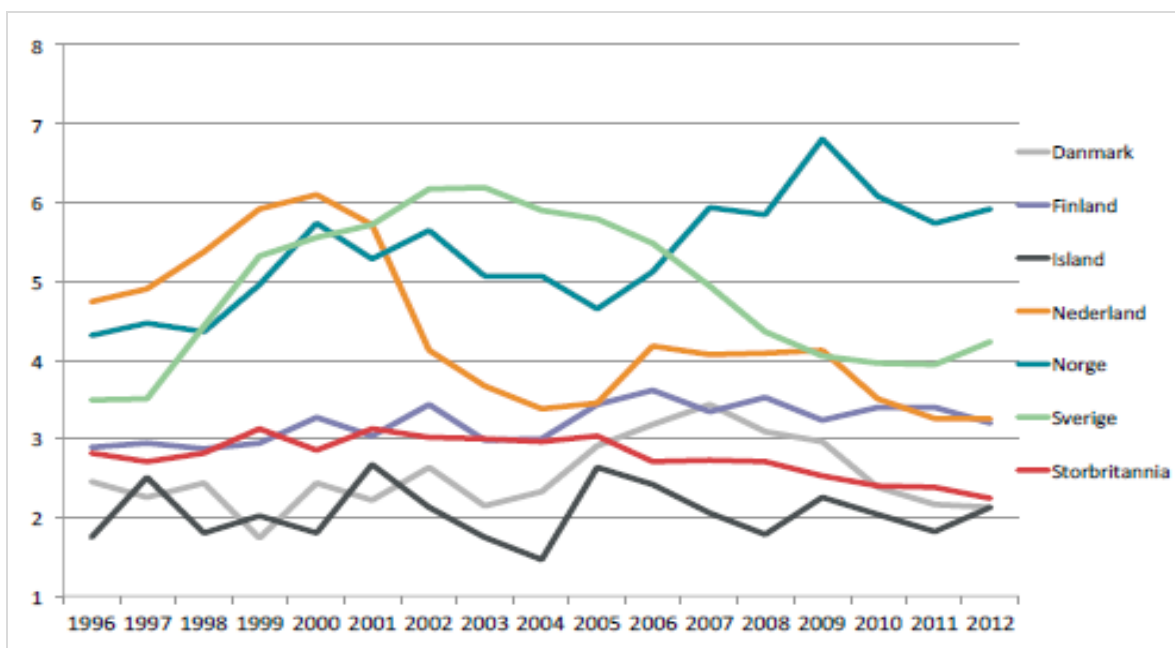
Folketrygdloven

Loven legger føringer for arbeidslivet i Norge. §8 konstaterer bl.a. at arbeidstakere skal kompenseres med 100 % lønn ved sykdom, og arbeidsgivere skal betale sykepenger i et tidsrom på opptil 16 kalenderdager (arbeidsgiverperioden § 8-19). Etter dette er det staten som overtar ansvaret for å utbetale sykepenger. Arbeidstakere taper altså ikke noe økonomisk på å være borte fra jobb, og etter 16 dagers sykefravær har heller ikke arbeidsgiver noen direkte utgifter på ansatte som er sykemeldte. Lovgivningen som regulerer arbeidslivet er svært ulike fra land til land. Effektene av ulik lovgivning kan derfor i noen grad studeres i internasjonale sammenlikninger.

Den norske Folketrygdloven har ikke vært evaluert etter en vitenskapelig metode, men internasjonale sammenlikninger og effekter av endret lovverk i andre land kan gi oss kunnskap om betydningen av lovgivning og økonomiske rammebetingelser. Både sykefraværet og andelen uføretrygdde er vesentlig høyere i Norge enn i andre land, og forskjellen mellom Norge og de andre landene kan verken forklares med forskjeller i sykkelighet eller i hvordan sykefraværet måles. Analyser tyder heller ikke på at forskjeller i sammensetningen av arbeidsstyrken eller kjennetegn ved arbeidslivet har vesentlig betydning. Forskning på betydningen av sykepengeordningen, derimot, gir grunnlag for å anta at både den sjenerøse ordningen vi har i Norge med 100 % kompensasjonsgrad ved fravær samt den lave andelen som er arbeidsgiverfinansiert av sykepengeordningen er vesentlige årsaker til det høye sykefraværet i Norge.

En rekke undersøkelser viser samvariasjon mellom sjenerøsitet i sykepengeordninger og nivået på sykefravær. Dessuten indikerer en rekke studier som har målt effekter av endringer av sykelønnsordninger at økt kompensasjonsgrad ved sykelønn gir økt sykefravær. Eksempelvis har Sverige siden den statlige sykepengeordningen kom i 1955 hatt en rekke reformer i ordningen, hvorav de fleste har endret kompensasjonsgraden. Tidsserieanalyser viser signifikante effekter av de fleste reformene. De reformene som innebar en økning i kompensasjonsgraden økte sykefraværet, mens for de reformene hvor ordningen ble strammet inn, avtok sykefraværet. Også i Nederland har man over tid gjort en rekke endringer i lovverket med stigende vekt på bruk av økonomiske incentiver både overfor arbeidsgiver og arbeidstaker for å forebygge og begrense sykefravær og nyrekruttering til uførepensjon.

⁶ NAV, 2017



Figur 4-2 Utvikling i gjennomsnittlig sykefraværsandel, 1996–2012. Prosent. (Proba 2014)

Figuren over viser at både Sverige og Nederland på et tidspunkt hadde et høyere sykefravær enn Norge, men i motsetning til Norge har begge disse landene lyktes i å redusere sykefraværet. Begge disse landene har gjort endringer i lovverk som har medført endringer i de økonomiske incentivene, mens dette ikke har vært gjort i Norge.

I Nederland ble kompensasjonsgraden ved sykdom endret fra 100 % til 70 % av lønnsgrunnlaget. Arbeidstakere har videre plikt til å melde fra om sykdom, og å delta aktivt i behandling, rehabiliterings- og reintegreringsaktiviteter. Arbeidsgiver på sin side har bl.a. plikt til å betale sykelønn i 2 år ved sykefravær. Arbeidsgiver har også fått ansvar for å ha bedriftshelsetjeneste, følge opp sykmeldte og sørge for rehabiliterings- og reintegreringsaktiviteter ved sykdom. Lovgivningen i Nederland legger først og fremst opp til gjensidig avhengighet og samarbeid mellom partene i arbeidslivet om rehabilitering og re-integrering. I Nederland er sykefraværet blitt halvert over tid, fra 8 % til 6 % i perioden 1990–2000 og videre til 4 % i 2005/6 og ligger etter dette nokså konstant. Evalueringer som er gjort konkluderer med at økonomiske incentiver synes å ha betydning for arbeidsgiveres og virksomheters etterspørsel etter arbeidskraft med nedsatt helse.

Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse

Gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012) har NAV gjennomført fagutviklingsprogram for å få flere i arbeid. Flere av disse programmene er videreført i Oppfølgingsplanen for Arbeid og psykisk helse (2013–2016). NAV samarbeider med kommunene både som arbeidsgivere og som helsetjenesteleverandører. Dette inkluderer også DPS'ene, fastleger og andre relevante aktører. Flere av tilbudene kombinerer behandling med deltakelse i arbeidsrettede tiltak, og ordningene er tilrettelagt for personer med ulike typer psykiske helseproblemer. Det er særlig NAVs Arbeidslivssenter som leverer disse programmene, og det finnes sentre i alle fylkene. Sentrene gir hjelp og bistand til IA-virksomheter tilpasset bedriftens egne behov. I hvert senter skal det være tilgang på en arbeidsgivertjeneste med kompetanse på arbeid og psykisk helse og rusproblemer.

Inkluderende arbeidsliv

Sandmanutvalget lanserte begrepet *et inkluderende arbeidsliv* (IA) i sin utredning "Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv" i 2000. IA har etter hvert blitt et sentralt begrep i norsk arbeidsliv. Sandmanutvalgets rapport dannet grunnlag for forhandlinger mellom myndighetene og partene i arbeidslivet. I 2001 resulterte dette i intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv, også kalt IA-avtalen. Avtalen er et stort politisk samarbeidsprosjekt. Den har blitt forlenget flere ganger, og nåværende avtale gjelder for perioden 2014–2018.

Arbeidsmiljøloven skal sikre at arbeidsgiver skal tilrettelegge for ansatte med sykdom, nedsatt helse og arbeidskapasitet, uavhengig av om bedriften er en IA-virksomhet. Tilretteleggingsplikten er i utgangspunktet omfattende, og det skal iverksettes tiltak så langt det er mulig⁷. Den ansatte har også en klar medvirkningsplikt. Å tegne IA-avtale er et frivillig tilbud, men NAV fremmer at det er flere fordeler med å bli IA-virksomhet. Som IA-virksomhet får man gratis kurs, egen kontaktperson ved NAV Arbeidslivssenter og gratis bistand for å jobbe med det systematiske HMS-arbeidet. Virksomhetene kan også søke om forebyggings- og tilretteleggingstilskudd for å dekke utgifter i forbindelse med forebyggende tiltak eller for å tilrettelegge ved sykdom, og for en utvidet egenmeldingsordning.

Målene med IA-satsingen har vært å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. Å redusere sykefraværet har vært det mest sentrale målet, men sykefraværsprosenten er ikke nødvendigvis en god indikator på om vi lykkes med å inkludere folk med helseutfordringer i arbeidslivet. Bedrifter og ledere som virkelig satser på å rekruttere og beholde flere ansatte med helseutfordringer, kan faktisk få høyere sykefravær nettopp fordi de lykkes med å inkludere arbeidstakere med større helseutfordringer som har høyere sykefravær enn arbeidstakere uten disse helseutfordringene.

Evalueringer av IA-avtalen viser at avtalen enda ikke har nådd målet om et lavere sykefravær.⁸ Rapporten peker likevel på at det overordnede partssamarbeidet i IA-avtalen fungerer godt, men at det har ført til begrenset måloppnåelse av IA-avtalens delmål.

IA-avtalen har eksistert og fungert i over 16 år uten at maner kommet helt i mål med å nå de overordnede målene om reduksjon i sykefraværet, hindre frafall, øke avgangsalderen og øke sysselsettingen av personer med nedsatt funksjonsevne.

IA-avtalen i kommunal sektor

Alle kommunene i Norge er IA-virksomheter. IA-avtalen gir arbeidstakerne i kommunal sektor rett til utvidet bruk av egenmelding, i inntil 24 dager i en 12-måneders periode. Det er særlig mellomlederne med personalansvar som får et større ansvar i sykefraværsoppfølgingen under IA-avtalen, men det er ikke kartlagt om disse lederne har fått tilstrekkelig opplæring i hvordan de som ledere bør jobbe for å forebygge og følge opp sykefravær på arbeidsplassen. En intervju-undersøkelse blant mellomledere i offentlig sektor i 2014 tyder på at mellomlederne opplever mangler i forhold til rolleavklaring og støtte fra HR og at tilretteleggingsplikten for ansatte med nedsatt funksjon og arbeidskapasitet oppleves å ikke prioriteres høyt nok i virksomheten (Holm 2014, Wiik 2016).

NAV, fastlegene og andre helsetjenestetilbud i kommunen samt eventuelt bedriftshelsetjenesten, for de som har det, kan også være viktige samarbeidspartnere for de kommunale lederne med personalansvar (Wiik 2016, Ose mfl. 2013).

⁷ Arbeidsmiljøloven 4-6

⁸ <https://www.nav.no/no/Lokalt/Oslo/NAV+Arbeidslivssenter+Oslo/Relatert+informasjon/evaluering-av-ia-avtalen-2010-2013>

Kvalifikasjonsprinsippet

Når kommunene ansetter nye medarbeidere, må de ta hensyn til viktige rettsprinsipper og lov, som for eksempel kvalifikasjonsprinsippet, likestillings- og diskrimineringslovgivningen og Hovedtariffavtalen. Kvalifikasjonsprinsippet skal sikre at den best kvalifiserte søkeren ansettes. I tillegg skal det sikres at det ikke ligger usaklige, vilkårlige eller utenforliggende hensyn til grunn for ansettelsen. Søkerens utdanning, arbeidspraksis og personlig egnethet skal vurderes.

Primærhelsetjenesten

Kommunene har også ansvar for primærhelsetjenestetilbudet til kommunens innbyggere. Dette inkluderer fastlegjetjenesten. Fastlegene er privatpraktiserende mange steder, men de jobber på oppdrag for kommunen som de har inngått avtale med. De fleste menneskene med psykiske helseproblemer som søker hjelp av helsetjenesten henvender seg til fastlegen⁹, og hvis de ønsker seg sykemelding, så må de gå til fastlegen. Fastlegene er oftest kjent med tidligere sykdommer og helseplager til sine pasienter og kan gjøre en bred vurdering av mulige årsaker til de presenterte problemene. De har også henvisningsrett til spesialisthelsetjenesten og til «Raskere tilbake»-tilbudene, og de har også ansvar for å vurdere behovet for sykemelding.

Ved sosial fobi, f.eks., kan langvarig fravær fra arbeidsplassen fungere som en opprettholdende faktor. Bekymringer for hvordan man skal reetablere relasjonene til arbeidskolleger og ledere øker ofte med lengden på fraværet. Ved depresjon kan passivitet, tilbaketrekning og færre mestringsopplevelser øke de depressive plagene.¹⁰ Tilbakeføring til arbeid tenderer til å øke selvfølelsen og redusere psykiske plager. Deltakelse i arbeidslivet, helt eller delvis, virker faktisk terapeutisk for både angst- og depresjonsplager, og for ulike kombinasjoner av disse tilstandene.¹¹

Mange av de som sliter med lettere til moderate psykiske helseproblemer oppsøker imidlertid ikke hjelp, og de får hverken samtaleterapi, medisiner eller sykemelding.¹² Både angst- og depresjonsplager kan være utløst av livshendelser, og mange av disse psykiske plagene går over av seg selv uten behandling. Det er derfor verken mulig eller ønskelig at alle som har symptomer på angst og depresjon skal behandles.

OECD hevder at behandlingstilbudene som etableres må være jobbfokuserte og koordinerte og bygges opp slik at de først og fremst støtter fastlegene i å ta tak i problemene raskt hvis folk ikke maktet å gå på jobb og må sykemeldes. OECD peker videre på at tjenester innen helse, arbeid og utdanning ofte leveres i «siloe» der man bare er opptatt av egne utfallsmål (som f.eks. mindre symptomer og plager), men at mennesker med psykiske problemer som strever med å holde seg i jobb, komme tilbake til jobb eller komme seg inn i arbeidslivet ofte har flere tilleggsproblemer av både sosial og yrkesmessig karakter som man må ta tak i samtidig for å lykkes med inkluderingsarbeidet.

4.3 Tiltak for å forebygge sykefravær

Screeningundersøkelser

Screeningundersøkelser av ansatte med symptomer på angst og depresjon har vært forsøkt i USA, Nederland, Australia og Storbritannia. Ved å screene kan man identifisere individer med høy risiko eller begynnende sykdom og tilby dem hjelp og oppfølging på et tidligere tidspunkt i sykdomsforløpet og på den måten kanskje forebygge sykefravær. Evalueringer som er foretatt kan tyde på

⁹ Clench-Aas 2009

¹⁰ Henderson mfl. 2012, Øverland mfl. 2011, Markussen mfl. 2012

¹¹ Waddell mfl. 2006, Modini mfl. 2016

¹² Bang 2011

at dette kan ha effekt på sykefravær.¹³ De etiske prinsipper for all screening er at screening skal kombineres med et tilbud om hjelp/oppfølging for de man identifiserer med høy risiko eller sykdom. Oppfølgingstilbudene som er brukt i andre land er alt fra selvhjelpsprogrammer, telefonstøtte og/eller henvisning til bedriftshelsetjeneste med kompetanse innen psykisk helse.

Gradert sykemelding

En studie fra Danmark¹⁴ fant at gradert sykemelding økte returraten fra sykemelding til arbeid med opptil 50 %, og en randomisert studie fra Finland har vist at gradert sykemelding gir en enda kraftigere økning i returraten fra sykemelding til arbeid (63 %), og i tillegg en lavere sannsynlighet for nye sykemeldinger.¹⁵ Den finske studien gjaldt riktignok arbeidstakere med smerter i muskel-skjelett, men det er høy komorbiditet (samsykelighet) med angst- og depresjonsproblematikk hos personer med slike kroniske smertetilstander.¹⁶ Arbeids- og velferdsdirektoratet i Norge har også gjennomført en studie av gradert sykemelding som virkemiddel. Også i Norge fant man positive effekter på returraten til arbeid, selv om effektene i den norske studien var lavere enn i den danske og finske.¹⁷ En systematisk oversikt av gradert sykemelding som virkemiddel¹⁸ konkluderer med at dette nok har effekt på tvers av landegrenser og rammebetingelser. Utsiktet overforbruk av gradert sykefravær, eksempelvis som et alternativ til redusert stillingsandel, kan imidlertid ikke utelukkes, men dette er ikke dokumentert i noen studie.¹⁹ Dette kan imidlertid forebygges ettersom gradert sykefravær ikke nødvendigvis skal innebære mer fritid. Tilrettelegging ved gradert sykemelding kan innebære reduserte produktivitetsforventninger innen normal arbeidstid.

Mye tyder på at det er strategisk viktig og kostnadseffektivt å satse mer på å forhindre lange perioder med fravær og manglende kontakt med arbeidsplassen i og med at det er en klar negativ sammenheng mellom lengden på fraværet og sjansen til at arbeidstakeren kommer seg i jobb igjen.²⁰ De aktuelle tiltakene for å rehabilitere folk som har vært ute av jobb en stund, som f.eks. tilbudet fra Senter for jobbmestring, er både ressurskrevende, avhengig av at personen som skal rehabiliteres er motivert for å arbeide og ikke minst av at man finner en egnet arbeidsplass for den gruppen som har mistet sin arbeidstilknytning.

Økt bruk av gradert sykemelding vil bidra til mer tilstedeværelse på arbeidsplassen i sykdomsperioden for personene i målgruppen og bidra til at denne perioden blir kortest mulig.

Raskere tilbake

Raskere tilbake (RT) er et jobbfokusert behandlingstilbud til sykemeldte som skal forhindre unødvendig langvarig sykefravær som følge av ventetid på behandling. Det er gjort noen studier som kan tyde på at slike jobbfokuserte behandlingstilbud kan øke tilbakeføringen til arbeid på individnivå i Norge.²¹ Det er allikevel betydelig usikkerhet knyttet til hvilke effekter RT har på totalsykefravær og uføretrygd på befolkningsnivå ettersom bare et mindretall av de sykemeldte venter på en medisinsk eller psykologisk behandling som dramatisk vil endre deres helse og arbeidsevne.

¹³ OECD 2015

¹⁴ Høgelund mfl. 2010

¹⁵ Viikari-Juntura 2012

¹⁶ Clench-Aas 2009, Harvey 2008

¹⁷ Kann 2012

¹⁸ Odeen 2013

¹⁹ Folkehelseinstituttet 2013

²⁰ Henderson mfl. 2011, Department of work and pensions 2004

²¹ Lagerveld mfl. 2012, Berge mfl. 2015 og Nieuwenhuijsen mfl. 2014

Senter for jobbmestring

Senter for jobbmestring er pr. i dag det eneste NAV-tiltaket som er evaluert gjennom et randomisert-kontrollert forskningsdesign. Dette er et tiltak som har eksistert siden 2008, og som er del av "Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse" som finnes i Hordaland, Sør-Trøndelag, Troms, Oslo, Akershus, Østfold og Vestfold. Tiltaket er individuelt tilpasset og integrerer utplassering i arbeid som er tilpasset brukers interesser, ressurser og funksjon. Det inkluderer behandling med kognitiv atferdsterapi og individuell veiledning i håndtering og mestring av psykiske plager i jobbsammenheng. Tiltaket er relativt ressurskrevende for hvert individ som får dette tilbudet og det kreves også at brukeren er motivert. Resultatene viste at en større andel i intervensjonsgruppen (44 %) enn i kontrollgruppen (37 %) økte sin jobbdeltakelse eller greide å forbli i sin jobb. Forskjellene virker kanskje ikke store, men de var statistisk signifikante. For undergruppen som hadde langvarig fravær fra jobb var forskjellene relativt sett større mellom intervensjonsgruppen (25 % returnerte til arbeid) og kontrollgruppen (12 % returnerte til arbeid).²²

Stressmestringsprogrammer på arbeidsplassen

Mye tyder på at stressmestringsprogrammer som f.eks. tilbud om stressmestringskurs basert på kognitiv atferdsterapi på arbeidsplassen kan ha positiv effekt på den psykiske helsen til de ansatte som deltar på kursene.²³ En oversiktsartikkel av 36 studier²⁴ fant imidlertid at selv om metoden førte til en forbedring av psykisk helse, så førte det ikke til mindre sykefravær. Evalueringer av kurs i belastningsmestring viser at også norske arbeidstakere kan styrke sin psykiske helse ved å delta i slike gruppebaserte programmer på arbeidsplassen, men man har ikke greid å vise at dette medfører noen reduksjon i sykefravær eller i tilgangen på nye uføretrygdede.

Lavterskeltilbud i kommunen og behandlingstilbud med godt dokumentert effekt

Mange kommuner har opprettet egne lavterskeltilbud som f.eks. Rask psykisk helsehjelp eller Kurs i mestring av depresjon (KiD-kurs) til mennesker som sliter med lettere til moderate psykiske helseproblemer.

Kurs i mestring av depresjon (KiD) er et kurstilbud som er lagt opp som gruppeundervisning. Deltakerne lærer en kognitiv forståelsesmodell for depresjon og metoder og teknikker som kan benyttes for å forebygge eller mestre nedstemthet og depresjon. Kurset går over 10 ganger, og varer 2,5 timer hver gang. Det er ikke et individuelt tilpasset, jobbfokusert og koordinert tjenestetilbud. Målsetningen for kurset er reduksjon av psykiske plager, ikke økt yrkesdeltakelse. Målgruppen er voksne over 18 år som har eller har hatt perioder med nedstemthet og symptomer på depresjon. Metoden er utprøvd og evaluert i flere land og evalueringer viste at kurset kan redusere depressive plager (Dalgard 2006), men ikke sykefravær.

Rask psykisk helsehjelp (RPH) er bygd på den britiske modellen IAPT (Improving Access to Psychological Therapies). Dette er et tilbud til personer med lett til moderat grad av angst og depresjon. Dette er også et såkalt «Lavterskeltilbud», som betyr at man kan oppsøke tilbudet selv uten henvisning fra lege. Hensikten med det er at man skal få hjelp så tidlig som mulig uten forsinkende elementer. Lavterskeltilbud der målsetningen er «tidlig intervensjon» gir en viss fare for overbehandling av mennesker som ville blitt friske igjen av seg selv. Forskningslitteraturen tyder på at mellom 50 og 70 % blir friske igjen av seg selv uten behandling dersom tilstanden har vart i mindre enn 6 måneder, men hvis tilstanden har vart i mer enn 6 måneder, derimot, er prognosen langt dårligere uten behandling.²⁵

²² Reme mfl. 2013 & 2015

²³ Joyce mfl. 2015

²⁴ Richardson & Rothstein 2008

²⁵ Tennant mfl.1981, Catalan mfl.1984, Clark mfl.1994, Spijker mfl.2002, Kendrick mfl. 2006

RPH er i likhet med KiD basert på en kognitiv forståelsesmodell der deltakerne lærer metoder og teknikker som kan benyttes for å forebygge eller mestre sine psykiske plager og lidelser.

Tilbudet er bygget opp som en trappetrinns-modell. Første trinn kan være veiledning i forbindelse med bruk av selvhjelpsmateriell. De neste trinnene kan bestå av telefonkonsultasjon, gruppetilbud i form av kurs eller mer tradisjonell samtaleterapi av relativt kort varighet. I hovedsak er heller ikke dette et individuelt tilpasset, jobbfokusert eller koordinert tjenestetilbud. Målsetningen for kurset er først og fremst å få til en reduksjon av psykiske plager, ikke en økt yrkesdeltakelse.

Det er ellers ikke noen automatikk i at behandling av psykiske lidelser, eller tilfriskning fra slike sykdommer, med eller uten behandling, fører til at sykemeldte kommer tilbake til arbeid. Dette gjelder også for medikamentell behandling og for høyintensiv individuell psykoterapi f.eks. i spesialisthelsetjenesten, hvis man ikke kombinerer behandlingen med et jobbfokusert og koordinert tilbud²⁶ eller med gradering av sykemelding.²⁷

Hverken KiD-kursene eller RPH er i utgangspunktet designet til å være jobbfokuserte eller koordinerte hverken med fastlege, NAV eller arbeidsgiver. Hovedmålsettingene for begge disse tilbudene er at deltakerne skal lære seg metoder for å mestre belastninger, stress og psykiske plager og derigjennom få redusert sine psykiske plager. KiD er kurs uten individuell behandling, og RPH legger også vekt på effektivitet med størst mulig bruk av lavintensive virkemidler som selvhjelp og kurs, og minst mulig ressurskrevende individuelle samtaler og individuelle tilpasninger. Evalueringen av RPH viste en 5,6 % økning i arbeidsdeltakelse hos de som fikk et RPH-tilbud. Det var imidlertid ingen kontrollgruppe som kunne brukes til å sammenlikne økningen i arbeidsdeltakelse hos en tilsvarende gruppe som ikke fikk RPH-tilbud. I evalueringen av «Senter for jobbmestring»²⁸ ble det f. eks vist at kontrollgruppen som bare fikk standardoppfølging hos fastlege økte sin jobbdeltakelse med 37 %.

Forskningsmessig kunnskap om sykefravær

Professor og psykolog Arnstein Mykletun²⁹ er en av mange forskere som har pekt på viktigheten av å skille mellom sykefraværarbeid generelt og det å inkludere de som står utenfor arbeidslivet. Mye av sykefraværet i Norge skyldes sannsynligvis psykiske helseplager, selv om den mest utbredte registrerte diagnosen er muskel-/skjelettplager. Videre uttaler Mykletun at Norge har det høyeste sykefraværet i verden, og at kommunal sektor igjen har det høyeste sykefraværet av alle sektorer i Norge. Dette viser nødvendigheten av å sette sykefraværet på dagsordenen i kommunal sektor. Selv om sykefraværet er høyt i Norge, har vi ifølge Mykletun ingen holdepunkter for å påstå at forekomsten av psykiske lidelser er høyere i Norge enn i andre land, tvert om.

I evaluering av tiltakene i IA-avtalen fant man at i perioder med økt graderingsandel falt det totale sykefraværet. Effekten ble også dokumentert ved analyser av forskjeller mellom leger i graderings-tilbøyelighet, samt forskjeller mellom kommuner. Grunnen til den positive effekten kan være at arbeidstaker får oppleve den helsebringende effekten av å være i arbeid på tross av noe redusert funksjon. Det hindrer også fremmedgjøring i forhold til arbeidslivet. Gradert sykemelding kan også ha hatt disiplinerende effekter.

Mykletun påpeker videre at man ikke må være for pågående som leder for å få ansatte til å være åpne om sine psykiske helseplager. Det er vist til at det ikke har effekt på sykefraværet, og at det foreligger forskning som påpeker de negative konsekvenser for den det gjelder.³⁰

²⁶ Richardson et al 2008, Timbie mfl. 2006, Joyce mfl. 2015

²⁷ Odeen 2013

²⁸ Reme mfl. 2013

²⁹ Mykletun ledet ekspertgruppen oppnevnt av regjeringen som i 2010 gav råd om reduksjon i sykefravær. Tiltakene dannet grunnlag for den nye IA-avtalen

³⁰ <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=9777563>

Åpenheten kan isteden gi utilsiktede konsekvenser både i relasjon til leder og til kolleger. Kunnskap fra forskning viser at oppfølging av målgruppen har god effekt, men at det er stor usikkerhet og lite kunnskap om effekten av åpenhet.

Vi har i denne rapporten valgt å kun legge frem et begrenset avsnitt om kunnskap om sykefravær fra en forsker, men er kjent med at det finnes en rekke forskere på området som ytterligere vil være viktige kilder til kunnskap om området for kommunene.

4.4 Arbeidsgiverrollen i kommunal sektor

Hver kommune i Norge utgjør en egen politisk og administrativ enhet og har delvis selvstyre i lokale saker. Kommunene er via lovverk pålagt å yte tjenester som skolegang, barnehage, sosialhjelp, barnevern, legehjelp, sykehjem med mer.

Kommunenes interesseorganisasjon (KS) la i 2008 fram sin arbeidsgiverstrategi mot 2020.³¹ Der defineres arbeidsgiverpolitikken i kommunal sektor som «*de handlinger, holdninger og verdier som arbeidsgiver står for og praktiserer overfor medarbeiderne hver dag*». Arbeidsgiverpolitikken skal synliggjøres gjennom arbeidsgivers konkrete evne til å frigjøre den menneskelige energien i organisasjonen. Med utgangspunkt i denne strategien ble KS' lederpolicy³² utarbeidet. I dette dokumentet beskrives en god leder i kommunal sektor som «*En leder som utfordrer, stiller krav og støtter sine medarbeidere*».

KS har utviklet et verktøy «Skodd for framtida»³³ for å bidra til at enda flere kommuner og fylkeskommuner utvikler egne arbeidsgiverstrategier. KS mener at god ledelse i kommunal sektor er avgjørende for å levere gode og relevante tjenester til innbyggerne. God ledelse handler om å vise gjennomføringskraft, mestre styring, være tydelig i rollen som leder og legge til rette for mestring og motivasjon hos medarbeidere. I tillegg er det viktig å bygge en kultur for nyskaping og læring, godt arbeidsmiljø og høy etisk bevissthet. For videre å sette viktigheten av god ledelse i kommuner og fylkeskommuner på dagsorden er «Guide til god ledelse»³⁴ utarbeidet.

Global Employee and Leadership Index 2016 viser at ansatte i kommuner og fylkeskommuner fortsatt har den høyeste arbeidsgleden av alle ansatte i Norge. For åttende år på rad skårer kommunal sektor i 2016 høyere på indeksen enn både statlig og privat sektor.³⁵

4.5 Oppsummering

Norge har satset mye på å redusere sykefraværet og øke inkludering de senere årene, og man har også tatt i bruk en del tiltak med dokumentert effekt. Allikevel viser statistikken på populasjonsnivå at vi ikke har greid å få ned hverken sykefravær, nyrekruttering til uføretrygd eller øke inkludering av unge som står utenfor arbeidslivet (OECD 2013 og 2015). Noen virkemidler, som f.eks. lovgivning og økonomiske incentiver, har stort potensial til å virke på populasjonsnivå, mens andre virkemidler som f.eks. Senter for jobbmestring og «Individuell Placement and Support» (IPS) er omfattende og dyre tiltak som hovedsakelig er rettet mot enkeltindivider. Hvert av disse tiltakene/virkemidlene kommenteres i tekst etter tabellen.

³¹ Stolt og unik, KS 2008

³² Lederpolicy i kommunal sektor, KS 2009

³³ <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/arbeidsgiverstrategier/arbeidsgiverstrategi-skodd-for-framtida/>

³⁴ <http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/arbeidsgiverpolitikk/guide-til-god-ledelse.pdf>

³⁵ <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/arbeidsgivermonitoren/kommunesektorens-arbeidsgivermonitor-2016/>

Det er forsket en del på arbeidsmiljøets og arbeidssituasjonens betydning for sykefraværet, og det er godt gjort at arbeidsmiljøet har stor betydning for sykefravær selv om det er noe sprikende resultater for hvilke sider ved arbeidsmiljøet som er viktigst. Det er imidlertid lite som tyder på at dårlig arbeidsmiljø kan være en årsak til høyt sykefravær i Norge totalt (Proba 2014). Undersøkelser tyder heller på at norske virksomheter i gjennomsnitt har et ganske godt arbeidsmiljø sammenlignet med de fleste andre land (Eurofond 2012).

Tabellen under oppsummerer kunnskapen som finnes om effekter av lover og andre tiltak og virkemidler når det gjelder inkludering i og sykemelding/fracfall fra arbeidslivet. De fleste NAV-tiltakene som er beskrevet i vedlegget i kapittel 10 er ikke evaluert vitenskapelig, og det er derfor vanskelig å si noe om effektene av de fleste av disse på sykemelding/inkludering. Det er imidlertid gjennomført noen evalueringer som er tatt med i tabellen og som vil bli omtalt. I tabellen viser vi en oversikt over hvilke tiltak og virkemidler som påvirker inkluderingsevnen og som har effekt på psykisk helse. Selv om tiltakene har effekt på psykisk helse, har de ikke noen dokumentert effekt på sykefravær/inkludering. De konkrete tiltakene og virkemidlene er spesifisert i vedlegget under kapittel 8.1 og 8.2.

Tabell 4-1 En oversikt over tiltak og virkemidler som påvirker inkluderingen og som har effekt på psykisk helse

Noen tiltak og virkemidler som påvirker inkluderingen		
<i>Tiltak/virkemiddel</i>	<i>Hva er effekten av inkludering?</i>	<i>Samfunnsøkonomiske betraktninger</i>
Folketrygdloven	Øker sykefravær og nyrekrutteringen til AAP og uføretrygd, m.a.o. øker utstøting fra arbeidslivet	Antakelig stor effekt på populasjonsnivå
Regelmessig screening av ansatte m/oppfølging av individer i risikozonen	Kan redusere sykefravær noe	Kan være et kostnadseffektivt tiltak for å redusere sykemelding
Oppfølgingstilbud til ansatte i arbeidskonflikter	Kan muligens redusere sykefravær noe	Kan være et kostnadseffektivt tiltak for å redusere sykemelding
Gradert sykemelding hos fastlege	Reduserer fracfall fra arbeidslivet for sykemeldte	Antakelig et kostnadseffektivt virkemiddel for å redusere nyrekruttering til AAP og uføretrygd
Raskere tilbake (jobbfokusert behandlingstilbud)	Kan antakelig redusere sykefravær, men dette er ikke evaluert vitenskapelig med kontrollgrupper	Relativt dyrt behandlingstilbud, men eneste jobbfokuserte behandlingstilbud som drives i stor skala som er koordinert med fastlege
Senter for jobbmestring (IPS-modell for folk med vanlige psykiske helseproblemer)	Øker inkluderingen i arbeidslivet for de som står utenfor arbeidslivet. Merverdien av tiltaket er størst for gruppen som har vært lenge utenfor arbeidslivet	Veldig dyrt og ressurskrevende tilbud med begrenset kapasitet. Krever motiverte brukere. Unge (<30) som står utenfor arbeidslivet er prioritert målgruppe for dette tiltaket
Noen tiltak som kan ha effekt på psykisk helse, men som ikke har dokumentert effekt på sykefravær/inkludering		
<i>Tiltak/virkemiddel</i>	<i>Hva er effekten på psykisk helse?</i>	<i>Samfunnsøkonomiske betraktninger</i>
Fysisk aktivitet på arbeidsplassen	Kan føre til en liten forbedring av psykisk helse hos mange hvis treningen er tilstrekkelig ofte og mye	Ikke dokumentert effekt på sykemelding/inkludering
Stressmestringskurs/KIB-kurs	Kan føre til en liten forbedring av psykisk helse hos mange	Ikke dokumentert effekt på sykemelding/inkludering

Bedriftshelsetjeneste eller helseforsikring med tilbud om psykoterapi	Kan hjelpe de som er syke til å bli bedre, men tilbudene har ikke vært lagt opp tilstrekkelig jobbfokusert og koordinert til å gi effekt på sykefravær/inkludering	Ikke dokumentert effekt på sykemelding/inkludering
Rask psykisk helsehjelp og andre lavterskeltilbud	Kan hjelpe de som er syke til å bli bedre, men tilbudet er ikke jobbfokusert og koordinert. Effekten på psykisk helse er heller ikke større enn standardoppfølging hos fastlege hvis varighet av sykdom/plager er mindre enn 6 mnd.	Ikke dokumentert effekt på sykemelding/inkludering. Lavterskelmodellen kan potensielt føre til overbehandling av folk som ville blitt bra igjen av seg selv uten dette tilbudet.
Medikamentell behandling	Kan hjelpe syke til å bli bedre, men dette er ikke en jobbfokusert og koordinert behandling	Ikke dokumentert effekt på sykemelding/inkludering
Behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten	Kan hjelpe syke til å bli bedre, men krever henvisning fra fastlege og kapasiteten er begrenset. Behandlingen er ikke jobbfokusert og koordinert med fastlege og arbeidsgiver. De aller fleste med lette til moderate psykiske problemer vil heller ikke få noe behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten	Ikke dokumentert effekt på sykemelding/inkludering

5 Hovedfunn

5.1 Inkludering av ansatte med psykiske helseplager

Alle våre informanter i casekommunene har bred erfaring med inkludering av ansatte med lettere psykiske helseplager, og utfordringene fremstår som relativt like blant de kommunale lederne vi har snakket med. Informantene trekker fram at årsakene til den ansattes psykiske helseplager oftest handler om summen av ting i livet og bare unntaksvis er relatert til jobben, men at det oftest er jobben man sykmelder seg fra. Og at arbeidsplassen likevel kan gjøre en del for at den ansatte skal kunne være på jobb.

I intervjuene og samtalene med mellomlederne, representanter for HR/personal, lokalt NAV-kontor, m.m. har det fremkommet noen temaer som omhandler kommunesektorens mulighet og evne til å inkludere og tilrettelegge for ansatte som har eller har hatt lettere og moderate psykiske helseplager.

Må snakkes om i fredstid

Flere av våre informanter trekker fram behovet for å løfte frem psykisk helse som tema når det ikke er brennende aktuelt eller inntruffet noen konkret situasjon. Det vil kunne bidra til å ufarliggjøre og alminneliggjøre det å ha psykiske helseplager som noe som angår oss alle.

Å sette tematikken på dagsordenen kan gjøres ved generell informasjon om hva lettere og moderate psykiske helseplager er, og hvordan forskning og fagkunnskap omtaler tematikken. Eksempler på den type tiltak som våre informanter har erfaring med, er kurs i stressmestring og kurset «Ses i morgen». Flere av ledere har erfaring med å invitere eksterne ressurser som NAV Arbeidslivssenter, bedriftshelsetjenesten, frisklivssentral eller psykolog til å gjennomføre slike kurs. Planleggingsdager eller personalmøter kan brukes til dette formålet. Noen har nevnt medarbeider-samtalen som en mulig arena for å ta opp temaet med enkeltmedarbeiderne.

«Psykologene er dyktige til å informere om hva psykiske lidelser er både i skolen og overfor arbeidsgivere, men det er mye mindre av dette i arbeidslivet for arbeidstakerne»

Psykologforeningen

Det mest utfordrende for å kunne tilrettelegge for ansatte med psykiske helseplager er, ifølge våre informanter, imidlertid fordommene og forestillingene ansatte og ledere har. Å tilrettelegge for ansatte med psykiske helseplager krever raushet og inkludering fra hele personalgruppa. Våre informanter formidler at det er store forskjeller når det gjelder forestillingene om psykiske helseplager, og dermed forskjellig forståelse for de utfordringene dette gir for den ansatte og for arbeidsplassen. Enkelte informanter mener det er systematiske forskjeller i hvordan dette håndteres mellom de ulike virksomhetene, og fra arbeidssted til arbeidssted.

I enkelte tilfeller synes det å være en veldig stor toleranse i arbeidsmiljøet til å være hjemme når man har psykiske helseplager. Kolleger blir engstelige for å presse en kollega, og blir for raske til å avlaste der de kanskje ikke burde gjøre det. Andre forteller om kollegafellesskap der man er redd for at tilrettelegging for enkeltpersoner går ut over de andre som er på jobb. Kolleger synes å ha respekt for psykiske helseplager, men kan fort gå lei når det ikke skjer en rask bedring. Det finnes

arbeidsmiljø der de ansatte i målgruppen forventer mer tilrettelegging enn det som er praktisk og faktisk mulig, og må hjelpes til en virkelighetsorientering om egen jobbmestring.

Noen ledere har erfaring med å lage 'husregler' på arbeidsplassen som forteller hva man skal gjøre når noen av kollegene blir sykmeldt. Slike husregler kan være beskrivelser av hvordan man kan tilrettelegge arbeidet, følge opp den sykmeldte, etc. Ledere påpeker videre at alle ansatte kan bidra til en god tilrettelegging og støtte for den sykmeldte. På denne måten bevisstgjøres også de ansatte at vi alle kan ha behov for tilrettelegging av arbeidsoppgaver i en vanskelig fase av livet, samtidig som man kan unngå å stille for lite krav overfor den enkelte ansatte. Erfaringene til lederne vi har snakket med er stort sett gode, men det er vanskelig å måle effekten av disse mer preventive tiltakene.

Informantene trekker også frem nødvendigheten av å ha fokus på et godt psykososialt arbeidsmiljø, og at medarbeiderundersøkelser kan være en måte å ta opp denne tematikken på, og eventuelt sette inn nødvendige tiltak.

Hvis kommunene vil jobbe med fordommene og forestillingene om hva lettere og moderate psykiske helseplager er, mener våre informanter at dette bør settes på dagsordenen av den øverste administrative ledelsen i kommunen for å kunne gi ønsket effekt nedover i organisasjonen.

«Rådmannen var med på opplæringen og det ble gitt et viktig signal til hele organisasjonen»

Mellomleder i en kommune

Kommunens innbyggere sine holdninger til psykiske helseplager har også en betydning for i hvilken grad kommunale ledere lykkes med å inkludere ansatte med slike plager. Informantene fra Modum kommune hevder at kommunens samarbeid med Modum Bad har bidratt til å alminneliggjøre problemet, og i større grad tilrettelegge for bedre inkludering.

Et svært sentralt tema som er kommet fram i samtalene, er viktigheten av at den ansatte selv er åpen om sine psykiske helseplager. Arbeidsgiver vet i utgangspunktet ikke hvorfor ansatte er sykmeldt og har heller ikke krav på å få vite det. Det hevdes likevel at det er enklere å komme fram til gode tiltak når leder vet hva årsaken(e) til sykemeldingen er.

«Hvis en ansatt gir uttrykk for at det er skulderen som er problemet, prøver vi å legge til rette for å unngå løft. Hvis problemet egentlig er en psykisk plage, blir dette et for svakt og dårlig tiltak»

Mellomleder i en kommune

Informantene peker på den annen side på utfordringen det fortsatt er å være åpen om sine psykiske plager, og at psykiske plager fortsatt er forbundet med mye skam. Noen nevner at dette kan være særlig vanskelig der leder og ansatt også kjenner hverandre privat.

Ledelse

En god relasjon mellom leder og ansatt fremheves av informantene som viktig for å kunne ta tak i utfordringene før de blir for store og for å kunne redusere fraværet hos de som blir sykmeldt. Informantene mener det er svært viktig at leder har tett kontakt med den ansatte ved sykemelding, og påpeker at dette er en viktig del av lederoppgaven. Noen har innført en praksis der den ansatte skal møte opp på arbeidsplassen for å levere sykemeldingen nettopp for å holde kontakten med arbeidsplassen. I så henseende kan elektronisk sykemelding være en ulempe. Bodø kommune har innført egne retningslinjer for oppfølging av sine sykemeldte. De tar kontakt med den sykemeldte etter 8 dager, og gjennomfører en arbeidsplassvurdering etter 16 dager. Mandal kommune har også en praksis med tett dialog og oppfølging av den sykemeldte i sin ordning med utvidet egenmelding. Blant annet kontakter de arbeidstaker etter 3 dagers sykefravær. Ifølge våre informanter bidrar en slik kontakt mellom leder og den ansatte under sykefraværet, kombinert med en god relasjon til den ansatte, til at man finner passende arbeidsbelastning og oppgaver når den sykemeldte kommer tilbake på jobb. Hvis arbeidsoppgaver og forventninger til den som har vært sykemeldt ikke er godt avklart når vedkommende kommer tilbake på jobb, kan det føre til utrygghet for den sykemeldte, og usikkerhet og frustrasjon hos de andre kollegene.

«Det oppleves som ekskluderende å ikke bli spurt om å utføre arbeidsoppgaver når man kommer på jobb»

Brukerrepresentant

For å lykkes med å komme tilbake etter en sykemelding eller å unngå sykemelding, uttaler informantene også at det er viktig at den ansatte opplever mestring i jobben. Det stiller igjen krav til lederne om å være tilgjengelig, og at det er mulig med hyppige samtaler mellom den ansatte og lederen.

Det er imidlertid utfordringer med å utøve et godt lederskap som beskrevet over, med det store lederspennet som mange kommunale ledere har. Flesteparten har personalansvar for mer enn 20 ansatte. Når de skal følge opp én eller to ansatte særskilt på grunn av sykefravær og/eller psykiske helseplager blir det for lite fokus og innsats på de som er på jobb. Dette igjen er særlig utfordrende ved deltidstillinger og turnusarbeid.

«Ledere kan bli for utydelige og stilltiende akseptere sykemeldinger uten å stille oppfølgingsspørsmålene»

Mellomleder i en kommune

Informantene trekker videre fram at ledere bruker mye tid på driftsoppgaver, og at det generelt mangler fokus på ledelse og ledelsesutøvelse i kommunene. Det synes å være et behov for utvidet lederstøtte for å lykkes med å øke nærværet for ansatte med psykiske helseplager.

«Sykefraværsoppfølging krever god og nærværende ledelse»

Mellomleder i en kommune

Samarbeid

Informantene legger vekt på viktigheten av at leder ikke er alene med disse utfordringene, men har et støtteapparat rundt seg som fungerer. Dette bidrar også til å trygge ledere i sin dialog med den ansatte. Fastlegen beskrives i denne sammenheng som helt sentral. Erfaringene med dette samarbeidet er veldig ulikt. Noen av lederne vi har snakket med opplever at de sammen med legen har fokus på å holde den ansatte i jobb. Dette begrunnet med at arbeid er helsebringende for personer med lettere og moderate psykiske helseplager. Andre av våre informanter opplever dette samarbeidet som mye vanskeligere. De uttaler at noen leger er for raske til å sykemelde og i for liten grad benytter seg av gradert sykemelding. Noen av informantene har opplevd at det både er vanskelig å få legene til å komme på dialogmøtene med NAV, og på møter som arbeidsgiver inviterer til i en tidligere fase. I Bodø kommune har man innført en praksis der de sender en arbeidsplassvurdering, utfylt av arbeidstaker og nærmeste leder i fellesskap, til fastlegen før arbeidstaker kommer til neste konsultasjon hos legen. Dette for å informere legen om arbeidsrelaterte forhold og hvilke muligheter arbeidsgiver kan gi for tilrettelegging – før legen tar en vurdering om eventuell videre sykemelding.

På den andre siden melder noen av legene vi har snakket med at de opplever at lederne ikke i stor nok grad tilrettelegger for arbeidstaker. Sett fra legens ståsted oppleves det problematisk å skulle samarbeide med arbeidsgiver.

Det uttales fra informantene at mange fastleger bruker sykemelding som en måte å la folk «hente seg inn igjen» på. Selv om det for noen kan være riktig med en pause fra jobben er det viktig å ha kunnskap om at de fleste blir fortere friske hvis de greier å holde seg i arbeid. Det ser ut som at langvarig uteblivelse fra arbeidslivet for mildere psykiske helseproblemer kan forsterke og forlenge de psykiske vanskene

«Vi som leger har taushetsplikt overfor arbeidsgiverne til pasienten og har derfor problemer med å samarbeide med vedkommende så fremt ikke pasienten selv ønsker det»

Fastlege

Flere av casekommune benytter seg av ulike møtepunkter mellom kommunen og fastlegene, for eksempel samarbeidsutvalgene (SAMU), som en arena for å snakke om sykefraværarbeid og sykemeldinger generelt.

NAV er en annen sentral samarbeidspartner. Kommunale ledere forholder seg til to ulike deler av NAV; det fylkesvise NAV Arbeidslivssenter og den ansattes saksbehandler på det lokale NAV-kontoret. Vi har eksempler fra flere fylker der NAVs arbeidslivssentre har bidratt med kompetanseheving hos kommunale ledere på fagområdet psykisk helse. Flere av informantene ønsker mer

informasjon om hva NAV konkret kan bidra med, og påpeker videre at denne informasjonen fra NAV kontinuerlig må gjøres kjent for personalledere eller kommunenes personalavdelinger.

Informantene har svært ulike erfaringer i samarbeidet med saksbehandlerne for den ansatte ved de lokale NAV-kontorene. De melder om at noen saksbehandlere fokuserer lite på verdien av å være i arbeid, og legger lite energi i å bidra til at den enkelte bruker kommer tilbake i jobb.

Dialogmøtene blir fremhevet som en formell og viktig arena for å løse noen av utfordringene som er påpekt over.

«Møter vi først fastleger og NAV lokalt i dialogmøtet får vi som arbeidsgivere ofte støtte til en plan for tilstedeværelse for den ansatte»

Mellomleder i en kommune

I forbindelse med dialogmøtene påpeker noen av informantene at man ikke må bli for styrt av den fastlagte møtestrukturen. Ofte kan og bør dialogmøtene gjennomføres på et tidligere tidspunkt enn det som er obligatorisk. Andre aktører enn det som er et minimumskrav kan med fordel også innkalles til slike møter. Dessverre er det flere av lederne som opplever at legene ikke prioriterer å komme på disse møtene i en tidlig fase av sykdommen.

Noen av informantene trekker fram verdien av at flere av behandlerne bør være en del av teamet rundt den ansatte for å kunne lykkes med økt nærvær på jobb. Pasientens behandlere kan i tillegg til fastlegen være psykologen, psykiatrisk sykepleier eller fysioterapeuten. Behandlerne kan ha viktig informasjon som øker muligheten for å lykkes med økt tilstedeværelse og inkludering på arbeidsplassen.

Bedriftshelsetjenesten i den enkelte kommune er også en ressurs for ledere i kommunal sektor. Den kan være organisert som en del av HR-avdelingen eller være en kjøpt ekstern tjeneste. Bedriftshelsetjenesten kan bidra med kurs og kompetanseheving innenfor psykisk helse, men kan også legge til rette for konkrete tiltak for arbeidstaker. Det kan være frisklivssamtale, psykologhjelp, mv. Tilsvarende er HR-/personalavdelingen i kommunene viktige støttespillere. I enkelte kommuner bidrar disse konkret i dialogmøtene, samt i oppfølgingen av ansatte og ledere i etterkant. Noen av våre informanter har erfaring med at når oppfølgingsmøtene blir flyttet fra egen arbeidsplass til personalavdelingen, blir sykefraværet tatt mer alvorlig og seriøst av den ansatte. Møtet blir en «dytt» til å komme tilbake og i jobb. Rådgiverne i personalavdelingen kan også være sentrale bidragsytere ved behov for utprøving av andre arbeidsplasser i kommunen for kortere eller lengre perioder.

Andre samarbeidspartnere som er nevnt av våre informanter er Frisklivssentralen, tillitsvalgte, utprøving av IPS, mv. De av våre informanter som har tilgang på Rask psykisk helsehjelp, fremhever dette tilbudet som svært nyttig. Det som imidlertid kommer frem som et ønske er at samarbeidet og samhandlingen mellom de tilgjengelige samarbeidspartene og ressursene kan bli mye bedre enn i dag.

Strukturer og rutiner

Det at kommunen har klare strukturer og systemer i sykefraværsarbeidet, trekkes fram som en viktig faktor for å lykkes med økt tilstedeværelse blant de ansatte – også de med psykiske helseplager. Systemene må være godt forankret i kommunens toppledelse, og følges opp av arbeidstakers nærmeste leder. Strukturen gir lederne et mandat til å gjennomføre relevante og effektfulle tiltak overfor arbeidstakerne.

I Bodø og Mandal kommune har de gjennom sine prosjekter for å redusere sykefraværet laget en struktur og et system for hvem som har ansvaret for hva, og når hva skal gjennomføres. I denne strukturen ligger det tiltak for å ha en tett kontakt og dialog mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Det stilles også tydelige krav til den ansatte. Mandal kommune har nådd målet om et lavere sykefravær, og Bodø er på god vei. God struktur og gode rutiner på sykefraværs- og nærværsarbeidet trekkes fram som en viktig suksessfaktor. Et godt system og en forutsigbar struktur bidrar også til at arbeidet ikke blir så tidkrevende for allerede hardt pressede mellomledere i norske kommuner.

Det synes som om det å ha klare kjøreregler for hva som skjer etter en sykemeldingsperiode, hvilke forventninger som kan stilles til arbeidstaker og hvor mye tilrettelegging arbeidsgiver kan gjøre, hjelper lederne til oppfølging av og gjennomføring av samtaler med den ansatte.

«Vi har ikke et skreddersydd opplegg for denne målgruppen. Det viktigste er en plan for oppfølgingen og stabilitet i relasjonen uavhengig av sykdomsforløp»

Mellomleder i en kommune

På tross av gode strukturer og systemer på sykefraværet er det enkelte informanter som påpeker at denne målgruppen blir mer flytende i systemet enn de som har somatiske plager.

Flere verktøy i verktøykassa

Ingen ansatte eller historier er like, og informantene mener at et individuelt fokus på den berørte ansatte er viktig. Gjennom våre samtaler har det kommet frem et behov for å ha mange forskjellige verktøy og gode virkemidler tilgjengelig for å lykkes med økt tilstedeværelse for ansatte med psykiske helseplager. Stressmestringskurs, motiverende intervju og coaching er eksempler på metodikk og verktøy som er relevante, og som de opplever gir effekt. Lederne rapporterer imidlertid at de ulike kursene og tiltakene ikke nødvendigvis gir langsiktig effekt, men at de har opplevd godt effekt på kort sikt. Noen informanter har pekt på at tiltaket i regi av NAV «Ses i morgen» gir økt kunnskap om psykisk helse for egen enhet.

Mange av informantene er tydelige på at bruk av gradert sykemelding er et enkelt tiltak som fungerer. Særlig for ansatte som strever psykisk, synes dette å være en god mulighet for å holde kontakt med arbeidsplassen.

«Vi forsøker minimum å få til 10 % friskmelding slik at arbeidstaker kan gå 'oppå' de andre på jobb, men være til stede på jobb»

Mellomleder i en kommune

Det fremheves fra informantene at løsninger der ansatte 'går utenpå bemanningen' er svært viktig og gjennomførbart ved inntil 50 % friskmelding. Mange trekker også fram muligheten for å bruke gradert sykemelding ved å være 100 % til stede, men yte redusert. Det påpekes at det er viktig å få de ansatte til å benytte egenmeldingsordningen i stedet for en sykemelding, noe som er mulig i en IA bedrift, for å redusere fraværet fra jobb og øke tilstedeværelsen. Flere av lederne savner aktiv sykemelding som de mener gjorde det enklere enn i dag å holde kontakt med arbeidstaker.

Å tilrettelegge for den ansatte kan skje på flere måter. Et eksempel fra en av casekommunene var en lærer med mange sykemeldinger over flere år i vinterhalvåret. Vedkommende fikk mulighet for å ta ut en ukes ferie utenom skoleferien i mørketiden. Det førte til at sykemeldingene i vinterhalvåret opphørte. Fleksibilitet og raushet med velferdspermisjon fra lederne kan også hindre at ansatte som opplever et generelt stort press i livet, kan unngå å møte «veggen». Høy toleranse for korttidsfravær vil også være et viktig tiltak for å unngå for mange langtidssykemeldinger for personer som har psykiske helseplager.

«Holdningene hos arbeidsgivere og kolleger er at korttidsfravær er en uting, men det kan vise seg at dette er et viktig virkemiddel for å få folk til å stå i jobb»

Psykologforeningen

Tilgang til ekstra ressurser er også et viktig virkemiddel for å holde ansatte på jobb til tross for psykiske plager. Dette kan skje i form av tilretteleggingstilskudd, ekstra lønns- og/eller tilskuddsmidler fra NAV og/eller mentortilskudd. Arbeidsgiverlosen blir trukket fram som et sentralt virkemiddel³⁶ for dette tiltaket.

Det uttrykkes fra lederne i casekommunene at det er viktig at det er tilgjengelige ressurser i personalavdelingen som kan støtte og veilede personallederne. Noen informanter trekker fram viktigheten av å ha en kollegagruppe der man kan støtte hverandre og få veiledning i vanskelige personalsaker.

Informantene peker på at ressursituasjonen har endret seg de siste årene, de fleste opplever at de har svært stramme budsjetter.

³⁶ <https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Oppfolging+og+tiltak+for+a+komme+i+jobb/Relatert+informasjon/hva-er-en-arbeidsgiverlos>

«Løsningen for å få flere personer i målgruppen i arbeid er å øke bemanningen i pleie- og omsorgssektoren slik at det blir et mindre arbeidspress på alle»

Mellomleder i en kommune

Kompetanse

Informantene peker på viktigheten av økt kompetanse på fagområdet psykisk helse. Dette gjelder for både lederne og de ansatte. Kompetanse på kommunikasjon og samtaleteknikk blir trukket fram som en ferdighet lederne bør ha. Disse kompetansebehovene begrunnes i flere forhold. Først og fremst fordi de ansatte i denne målgruppen skiller seg fra ansatte med somatiske plager ved at plagene oftest er mer usynlige. Dette igjen kan bidra til at det er vanskeligere å forstå den ansattes utfordringer, og hvilke tiltak som kan være aktuelle blir ikke like selvfølgelig som for eksempel ved et brukt bein. Informantene våre hevder også at mange, i redsel for å gjøre skade, ikke stiller tydelige krav til målgruppen når de skal tilbake i jobb etter et kortere eller lengre sykefravær. De gir også uttrykk for at lederne må balansere arbeidsgivers omsorgsplikt opp mot arbeidsplikten. Noen peker på at det er viktig å være sensitiv overfor den ansattes tilstand, og ikke gå for fort fram.

Ledere selv mener de bør tilegne seg noe kunnskap om forskning på feltet for å vite hva som skal til for å holde folk i målgruppen på jobb.

Kunnskap og kompetanse kan ifølge informantene opparbeides via erfaring med å gjennomføre møter og dialog med målgruppen, men også gjennom kompetansehevende tiltak. På enkelte arbeidsplasser har de gjennomført kurs for lederne i samarbeid med eksterne leverandører av slike kurs og har gode erfaringer med det. Andre trekker fram kunnskapsoverføring fra samarbeidspartnerne som NAV, NAPHA, mv. og andre ressurspersoner rundt seg.

Det blir på den annen side trukket fram at ledere i kommunal sektor skal ha kompetanse på svært mange ting, og at det i selv er en utfordring. Tilgang på personer med kompetanse er kanskje like viktig.

«Det er en fordel at leder forstår hva det vil si å slite psykisk, men man har ikke tatt innover seg hvor mye mellomlederne har av ansvar og oppgaver i den praktiske hverdagen»

Mellomleder i en kommune

Krav til leveranser

Lederne fra casekommunen forteller at de har brukere og tjenestemottakere som er helt avhengige av at virksomheten leverer tjenester av riktig kvalitet i rett tid. De samme lederne opplever det som vanskelig å levere disse tjenestene med ansatte som ikke kan yte fullt. Dette blir særlig sårbart og vanskelig hvis det er flere ansatte på samme arbeidsplass som trenger tilrettelegging av sine arbeidsoppgaver. I flere av virksomhetene er arbeidsoppgavene ganske ensartede, noe som gir mindre mulighet for å finne andre oppgaver til enkelte ansatte. Lederne opplever at å forsøke å tilrettelegge tar mye av deres ressurser, og krever mye administrativt arbeid.

«Det kan ofte være bedre at den ansatte er helt borte fra jobb enn at vedkommende kommer på jobb og trenger mye tilrettelegging»

Mellomleder i en kommune

Det uttales videre at det er en belastning for arbeidsmiljøet når noen kolleger sliter psykisk, og dermed vegrer seg for å gjøre enkelte oppgaver. Vi har hørt eksempler der barnehageansatte gjerne er sammen med barna, men kvier seg for kontakten med foreldrene. Kollegene føler på kravene til leveranser og har ofte mer enn nok med seg selv og sine arbeidsoppgaver. Informantene erfarer at det er 'mindre rom' for å tilrettelegge i dag enn tidligere, men at det samtidig er stor villighet til å forsøke.

Kravet til tjenesteleveranser synes å påvirke muligheten for å forebygge sykefravær forårsaket av psykiske helseutfordringer og for å sette av nok tid til kompetanseheving på fagområdet.

5.2 Inkludering av personer med psykiske helseplager i kommunens virksomheter

Noen av våre informanter har erfaring med inkludering av personer med lettere psykiske helseplager som står utenfor arbeidslivet. I intervjuene og samtalene med mellomlederne, representanter for HR/personal, lokalt NAV-kontor, m.m. har det fremkommet noen faktorer som påvirker kommunesektorens mulighet og evne til å inkludere og tilrettelegge for personer med psykiske helseplager som står utenfor arbeidslivet.

Holdninger

Skal man lykkes med god inkludering er det viktig at både leder og personalgruppa har en positiv innstilling til å la personer i målgruppen prøve seg i jobb. Dette fordi å få personer med lettere psykiske helseplager inn i en eksisterende personalgruppe vil høyst sannsynlig kreve stor grad av fleksibilitet for å kunne lykkes. Lederne i casekommunene er generelt skeptiske til å ta inn nye arbeidstakerne i målgruppen, og forklarer dette med at de allerede har flere av disse personene i arbeid som egne ansatte.

Kommunal ansatte har ofte nok med seg selv i en hektisk hverdag, og i den sammenheng kan lederne være engstelige for at det kan bli for belastende at det kommer inn nye kolleger som trenger tilrettelegging, og/eller strever med egen psykisk helse.

Kommunenes fokus på området i sin personalpolitikk og i oppfølging av ledere, er derfor et viktig element som påvirker lederes evne og vilje til å inkludere arbeidssøkere med psykiske helseplager. Graden av kjennskap og kunnskap til psykisk helse i befolkningen og blant kolleger fremheves også som faktorer som påvirker en leders vilje og evne til å inkludere personer på utsiden.

Informantene fra Modum kommune trekker fram at de ansatte i kommunen har høy kjennskap til og kunnskap om psykisk helse grunnet et langvarig og nært samarbeid med Modum Bad. Dette samarbeidet har bidratt til jevn og god kompetanseheving, og dagens opplevelse er at dette har ført til mindre stigmatisering av målgruppen.

Ansettelsesregelverket

Til grunn for enhver rekruttering til kommunale stillinger, ligger et regel- og avtaleverk som skal sikre at den best kvalifiserte får jobben. Ledige stillinger i en kommune må lyses ut og den best kvalifiserte søkeren skal tilbys jobben. Det er også klare kompetansekrav for å kunne jobbe i svært mange sektorer. Eksempelvis kreves det lærerutdanning for å undervise i skolen, førskolelærerutdanning for å jobbe i barnehagene, det kreves sykepleiere til institusjonene, fysioterapeuter til rehabilitering, mv. Dette trekkes fram som en stor utfordring i arbeidet med å prioritere personer som strever med å komme inn i arbeidslivet, eller har falt utenfor på grunn av psykiske helseplager. I så henseende kan kommunens oppgave heller være å tilby en arena for arbeidstrening, mer enn en arbeidsplass for varig ansettelse.

Ifølge informantene er det viktig i dette arbeidet å være klar over spillereglene for ansettelse i kommunal sektor. Det kan synes som om det er lettere å komme i fast varig arbeid i privat sektor for personer i målgruppen.

Noen av informantene har pekt på muligheten for å oppfordre målgruppen til å søke på de små stillingene, forutsatt de er kvalifisert, særlig om de har vært på utprøving i praksis på utlysningsstedet. Mindre stillinger har ofte færre søkere og dermed mindre/ingen konkurranse og gir målgruppen en mulighet til å prøve seg ut. Dette igjen kan gi et fortrinn ved eventuelle utvidelser av stillingene. Informantene påpeker at man må tørre å la folk prøve en stund for man definerer funksjonsnivå, noe som kanskje er ekstra viktig for denne målgruppen.

Struktur, samarbeid og ledelse

Etter informantenes erfaring synes det å være krevende for de fleste personene i målgruppen å komme i jobb etter kortere eller lengre fravær fra arbeidslivet. Viktigheten av tydelige mål og en forutsigbar struktur ved utprøving på en arbeidsplass fremheves som viktig.

Den viktigste og hyppigste veien inn i arbeidslivet for personer med psykiske helseplager går via tilrettelagte tiltak og praktisk arbeidsplass trening. Dette krever imidlertid et godt og velfungerende samarbeid med flere aktører. Flere av casekommunene har samarbeidsavtaler med arbeidstreningsbedrifter og utføringsbedrifter for utplassering og via dette til enhver tid noen i målgruppa i arbeidsfellesskapet. Noen av informantene mener at kommunene til enhver tid bør ha tilstrekkelig med øremerket plasser for arbeidstrening eller -utprøving for målgruppen fordi dette vil være aktuelle arenaer for å få prøve seg i arbeidslivet.

Informantene mener at det lokale NAV-kontoret er den viktigste samarbeidspartneren for å inkludere personer med psykiske helseplager inn i kommunale jobber. Mange fortalte om et utbredt samarbeid og samhandling om praksisplasser lokalt. Likevel synes det å være problematisk å ta inn personer som ikke kan yte 100 % til utprøving i praksisplassene.

En forventningsavklaring ved oppstart av en slik utprøving blir fremhevet som svært viktig. Det er blant annet nødvendig å forberede personen f.eks. på hva det innebærer å jobbe på en sengepost, hva som kreves for å håndtere en vanskelig situasjon i en barnehage, mv. I tillegg vil det være nødvendig å informere om hva som skjer av konkret tilrettelegging for den aktuelle arbeidssøkeren, hvordan man skal forholde seg til hverandre, om det er greit å være borte fra jobb en litt ekstra tung dag, at det eventuelt er viktigere med tilstedeværelse enn å yte fullt, mv. Det synes å være viktig å vite for både den nye arbeidstakeren og resten av kollegiet, at det kan være en risiko for mer periodevis sykemeldinger når tilstedeværelsen på jobb for målgruppen øker.

Informantene er tydelige på at de som kommunale lederne må ha et støtteapparat av både interne og eksterne ressurser. De er avhengige av at det er noen andre som kan gripe inn i prosessene om det ikke skulle fungere, og de er tydelige på at de må føle seg trygge på å få hjelp og bistand når de møter på hindringer.

Leder må evne å rydde tid til oppfølging særlig i starten av arbeidsforholdet for å få en reell uttesting av individene i målgruppen og deres jobbkapasitet og -kvalifikasjoner.

Kompetanse og virkemiddelapparatet

Informantene gir uttrykk for at det er viktig at de ansatte i målgruppen har tilstrekkelig kompetanse for å kunne starte i jobb, og å kunne fylle en reell arbeidsrolle i kommunal sektor. Enkelte av case-kommunene trekker fram at de har mye fokus på utdanning på egen arbeidsplass, noe som også vil bidra til å kunne kvalifisere arbeidssøkere som har stått utenfor arbeidslivet en stund. Det stiller imidlertid krav til lederne i å bli dyktige på kompetansekartlegging av egne ansatte i forhold til arbeidsoppgavene. Dette for at de skal bli i stand til å stille de rette kravene og sikre en god rolleavklaring for aktuelle personer i målgruppen.

Informantene hevder at det er krevende for kommunale ledere å ha kompetanse på psykisk helse og ha oversikt over alle tilskuddsordningene som finnes på området, samt å vite hvilke andre ressurser som er aktuelle å bruke i arbeidet med å inkludere arbeidssøkere med psykiske helseplager. De mener derfor det er et behov for systematisk kurstilbud fra NAV om mulighetene for bistand og hjelp, samt til hvilke tilskuddsordninger som er aktuelle og kan benyttes.

Lederne trekker fram kollegaveiledning som en god måte å få tilgang på kunnskap og erfaring på feltet, og trekker fram at rus og psykiske helseplager er de vanskeligste årsakene til sykdomsfravær og årsak til vanskelige personalsaker. Å ha erfaring på området gjør at lederne kan føle seg trygge i dette arbeidet, og med kunnskap om psykisk helse vil dette også bidra til at lederne våger å sette tilpassede krav til den enkelte.

Flere informanter peker på at det er høye kompetansekrav til de aller fleste stillingene i en kommune, og at dette bidrar til at det er vanskelig å rekruttere personer som har falt ut av et utdanningsløp og/eller ikke har relevant utdanning for jobben.

Til slutt trekker informanter fram viktigheten av at de ulike virkemidlene virker godt sammen.

Ressurser

Ifølge våre informanter er den viktigste faktoren for å kunne inkludere personer med psykiske helseplager å ha tilstrekkelige ressurser. Det betyr at tilskudd fra NAV er en viktig forutsetning for at ledere i kommunal sektor skal kunne ta inn arbeidstakere som står på utsiden. Det uttrykkes av lederne i casekommunene at NAV allerede kutter i sine ordninger på dette området, noe som vil være hemmende for å kunne inkludere personer som står utenfor.

Informantene mener at personer som har stått utenfor arbeidslivet må være en ressurs *i tillegg* til de andre ansatte. Dette for å kunne prøve seg ut i en begrenset periode uten at arbeidsgiver er avhengig av arbeidsressursen for å kunne levere tjenestene. Noen informanter hevder at målgruppen vil trenge å prøve seg ut mer og over lengre tid enn andre arbeidstakere med somatiske sykdomsplager. Derfor er økonomiske virkemidler i en avklaringsperiode kritisk viktig for å kunne lykkes.

I tillegg til selve lønnsmidlene trekker mange fram tilretteleggingstilskuddet som synes å være til god hjelp, men bemerker at det er tidkrevende å søke om midlene og at disse ofte ikke dekker de reelle utgiftene.

Mange av lederne trekker fram viktigheten av veiledning for å kunne ta imot personer som står på utsiden på en god måte, og at det er en fordel om målgruppen selv har sin egen veileder utenom arbeidsplassen. Flere av informantene har trukket frem viktigheten av at det er en dedikert person som følger opp og tar aktivt kontakt med den nyansatte. Enkelte mener dette kan være en annen person enn den ansattes nærmeste personalleder, eksempelvis en fra personalavdelingen, en

senior medarbeider, mv. Dette er andre uenige i: den som følger opp må være den som er nærmeste leder på den enkelte arbeidsplass.

Andre informanter peker på at det er en risiko for at personer som har fått prøve seg ut i en jobb, ikke blir valgt når stillingen eller andre aktuelle stillinger blir utlyst. Dette vil i seg selv kunne utgjøre en psykisk belastning for den aktuelle personen. Belastningen kan imidlertid reduseres ved at man forbereder arbeidssøker om regelverket og ulike mulige utfall i en ansettelsesprosess.

Krav til leveranser

Som tidligere nevnt har ledere i kommunal sektor høye krav til å levere relevante og kvalitativt gode tjenester til sine brukere. Dette er i seg selv krevende, og i kombinasjon med å ta inn nye personer i målgruppen kan det for mange kommunale ledere oppleves som en 'risikosport'. Flere har uttalt at de vegrer seg for å ansette folk som kanskje ikke er stabile og produktive nok, noe som ofte også fører til mer administrativt arbeid for lederne, og koster penger i forhold til innleie av vikarer.

Det har også fremkommet at det er noen sektorer og tjenester hvor det er mer komplisert enn andre områder å ta inn målgruppen til utprøving i. Som et eksempel nevnes det at personer med psykiske helseplager kanskje ikke bør jobbe med barn og unge, men i stedet prøve seg i jobber innenfor administrasjonen og park- og idrettsvesenet. Enkelte hevder at det er enklere å ta imot og legge til rette for målgruppen på en liten arbeidsplass enn på en stor arbeidsplass.

Motivasjon hos arbeidssøker

Svært mange av informantene har trukket fram arbeidssøkers motivasjon som helt vesentlig for å kunne lykkes med inkludering og arbeid. Noen har erfaringer med at dette ikke alltid er til stede, og at enkelte ganger må målgruppen være med på et prosjekt som de egentlig ikke vil.

Erfaringene til informantene viser at det er vanskelig å hente inn folk med psykiske helseplager der arbeidsmiljøet er dårlig. En person med psykisk helseplager bør få oppleve en arbeidsplass med et stabilt og godt miljø.

5.3 Bruker- og interesseorganisasjonene

Bruker- og interesseorganisasjonene representerer et 'blikk utenfra' i sammenstillingen av våre funn i denne rapporten. De peker på mange måter på de samme områdene og utfordringene som er kommet fram i intervjuene med lederne og andre involverte fra casekommunene, men de har også enkelte andre oppfatninger om tematikken. De trekker, på samme måte som lederne, fram at det er sjelden det er selve jobben og jobbsituasjonen som er årsaken til sykefraværet, men mer den ansattes totale livssituasjon. De påpeker også at det er verdifullt og ofte behandlende å stå i jobb tross psykiske helseplager.

Bruker- og interesseorganisasjonene har erfaringer gjennom sine medlemmer at nærmeste leder og arbeidsmiljø er viktige faktorer for å kunne være på, og stå i, jobb til tross for psykiske helseplager. Som tidligere nevnt synes det å være ekstra viktig når det gjelder målgruppen som har lettere og moderate psykiske helseplager.

Utgangspunktet for bruker- og interesseorganisasjonene er at flest mulig av målgruppen skal stimuleres til å stå i og eventuelt komme tilbake på jobb. Dessverre synes erfaringen å være at fokuset på dette er svært ulikt fra arbeidsgiver til arbeidsgiver, og fra leder til leder. Å inkludere personer med psykiske helseplager vil ofte føre til mer korttidsfravær og er dermed noe arbeidsgiverne må ta høyde for i organiseringen av sitt arbeid. Noen av informantene mener kommunene har større utfordringer innen dette feltet enn andre virksomheter. Det pekes blant annet på at det er mange små stillingsbrøker, krav om høy formell utdanning og svak medbestemmelse i utformingen av arbeidet hos offentlig sektor, noe som gjør privat sektor og næringslivet mer tilpasningsdyktige

overfor målgruppen enn kommunal sektor. På den annen side er det usikkert om de mindre bedriftene i privat næringsliv klarer å håndtere fraværet som kan oppstå ved ansettelse av personer med psykiske helseplager.

Informantene peker videre på viktigheten av en engasjert og proaktiv leder med god faglig kunnskap og kompetanse på området. Dette for å trygge lederne i sin rolle når de har ansatte i målgruppen. Det synes også som om nærmeste leder ofte er redd for å stille krav til den ansatte og engstelig for å gjøre 'vondt verre'. Å avpasse arbeidsoppgaver til den enkelte er viktig i en periode med psykiske helseplager, men det er samtidig viktig å ikke overbeskytte den ansatte og ikke stille konkrete krav til leveranser. Det uttrykkes at det er viktig å normalisere psykiske helseplager, og sammenligne det med eksempelvis forkjølelse/influenza.

Informantene fremhever at den ansatte ofte har flere behandlere enn bare fastlegen, og at det er svært viktig at disse blir involvert og inkludert for å jobbe helhetlig – ikke stykkevis og delt. Fysioterapeuter og psykologer uttrykker at de opplever at det er vanskelig å bli en del av det helhetlige teamet rundt den ansatte. De blir blant annet sjelden invitert til dialogmøter. Disse behandlerne har ofte verdifull kunnskap om den ansatte og kan bidra til at den ansatte kan være på jobb eller komme tilbake fra sykdomsfravær. Det uttales videre viktigheten av å ha tilgang til et lavterskeltilbud for psykiske helseplager som er 'en dør inn', uten henvisning fra lege og som har kapasitet til å bistå umiddelbart. Dette for å unngå at problemene eskalerer og blir større enn nødvendige. Rask psykisk helsehjelp fremheves som et eksempel på et slikt tilbud.

Bruker- og interesseorganisasjonene trekker fram andre viktige støttespillere som NAV og deres rolle som en konstruktiv og fleksibel støttespiller. Dette er noe som oppleves som ulikt fra sak til sak og kommune til kommune. Andre nevner behovet for evaluering av effektene av dialogmøtet, og på hvilket tidspunkt det første møte bør avholdes. Videre peker noen på verdien av å sette sammen et team på arbeidsplassen for å ivareta den ansatte i tillegg til nærmeste leder. Dette for å sikre tilgjengelighet på støttespillere når nærmeste leder ikke er til stede eller tilgjengelig.

Informantene trekker også fram ansvaret den ansatte og arbeidssøkende selv har for å kunne stå og/eller begynne i jobb. Målgruppen må evne å fortelle hva de kan faglig, hvilke styrker de har og hvilke arbeidsoppgaver de selv mener de vil kunne ta et ansvar for å utføre. De må kunne fortelle hvilken kapasitet de har og ta innover seg hva det vil si å være i et arbeidsliv med hensyn til stabil og presis fremmøte, håndtering av tildelte arbeidsoppgaver og ansvar. Samtidig trekkes det frem at målgruppen kan trenge lengre tid enn andre på utprøving og avklaring før man definerer det rette funksjonsnivået.

Rådet for psykisk helse mener at alle større organisasjoner innenfor både privat og offentlig sektor bør ha en eller to arbeidstreningsplasser for målgruppen. En vellykket oppfølging og tilbakeføring av egne ansatte og inkludering av de som står på utsiden vil være med på å påvirke kulturen på arbeidsplassen positivt – og være en styrke for hele organisasjonen.

5.4 Oppsummering

I dette kapitlet presenterer vi en oppsummering av funnene fra dokumentstudiene, de kvalitative intervjuene og arbeidsseminaret.

Vår undersøkelse viser at nærmeste leder er viktig for at personer med psykiske helseplager skal kunne komme i og bli i jobb. Å legge til rette for økt åpenhet og tillitt mellom arbeidstaker og arbeidsgiver fremstilles som viktig. Det er viktig at leder holder kontakten med arbeidstaker i sykdomsperioden for at fraværet skal bli kortest mulig. Nærmeste leder er også helt sentral for å finne de gode løsningene og relevante tiltakene for å sikre at arbeidstaker er mer til stede i jobben sin, også i en sykdomsperiode. Proaktivitet fra arbeidsgiver er viktig for å komme i gang tidlig i et sykdomsforløp for personer i målgruppen, og det ser ut til at mye av suksessen for å redusere

risikoen for et langt sykefravær ligger her. Det er behov for flere verktøy og virkemidler for leder slik at han/hun kan lykkes med å inkludere individene i målgruppen, og bidra til å finne passende arbeidsbelastning og oppgaver når vedkommende er tilbake på jobb. Det er også viktig med kontinuerlig/jevnlig informasjon om aktuelle verktøy, siden det er vanskelig for aktørene å ha oversikt til enhver tid.

Det fremkommer tydelig at det er arbeidsgivers ansvar å legge til rette for et forsvarlig arbeidsmiljø, slik at dette ikke er årsaken til fraværet i målgruppen. Det uttales videre at det er stor toleranse blant kolleger og arbeidsgivere for å bli hjemme når man har psykiske lidelser. Dette kan skyldes at noen opplever det som en belastning i arbeidsmiljøet å ha personer i målgruppen i arbeid. Men det kan også skyldes en usikkerhet rundt hvor mye man kan kreve av personer med psykiske helseplager. Sannsynligvis er dette en større utfordring når det gjelder psykiske helseplager enn når utgangspunktet er en somatisk plage.

Kommunene i Norge er IA-bedrifter og har gjennom denne ordningen anledning til å ha en utvidet ordning med egenmeldinger. Imidlertid viser funnene i vår kartlegging at personer i målgruppen ofte kommer med sykemeldinger fra egen lege til arbeidsgiver når de isteden kunne benyttet egenmelding, og sannsynligvis hatt kortere fravær fra jobben.

Det synes i en travel hverdag å bli for tidkrevende for lederne i kommunal sektor å kunne følge opp personene tett, og at de heller ikke opplever seg faglig rustet til å støtte og veilede disse. Ledernes evne til å balansere mellom arbeidsgivers omsorgs- og arbeidsplikt er et annet område som vil kreve fagkompetanse på psykisk helse for å kunne fremstå som en god leder for målgruppen. Kunnskap og kompetanse kan opparbeides gjennom møter og dialog med målgruppen, men også gjennom konkrete kompetansehevende kurs. Vi oppfatter videre at det er store variasjoner i case-kommunenes innsats og fokus på lederrekruttering, lederutvikling og daglig lederstøtte.

Fastlegene til arbeidstakerne oppleves ikke alltid som en reell og god samarbeidspartner for arbeidsgiver. Det fremkommer i kartleggingen at mange leger ikke tar seg tid til å få kunnskap nok om arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsgivers evne til å tilrettelegge og tilpasse arbeidsoppgavene i en periode. Dessverre ser det mer ut som om fastlegene sykemelder arbeidstaker 100 % i en periode, mens arbeidsgiver på sin side forsøker å få folk tilbake i jobb så raskt som mulig – alternativt at de ikke er fraværende fra jobb i det hele tatt. Fastlegene er i en posisjon der de aktivt kan bidra med konkrete virkemidler overfor målgruppen. Blant annet kan de skrive ut graderte sykemeldinger istedenfor full sykemelding. I Bodø kommune som er en av case-kommunene har de implementert en hyppigere og raskere kontakt med arbeidstakere som har sykefravær, og etablert en struktur på innhold og fremgangsmåte i oppfølgingen. De har blant annet utarbeidet konkrete arbeidsplassbeskrivelser og har tett samhandling med fastlegen til arbeidstaker. Arbeidsplassbeskrivelsen og arbeidstakers egen vurdering av arbeidsevne på skjemaet sendes over til fastlegen før neste konsultasjon. Dette er et godt redskap som blant annet gir fastlegen et langt bedre grunnlag for å vurdere det reelle behovet for sykemelding.

Utbredt samarbeid er vesentlig for å lykkes med inkludering av personene i målgruppen, og viktige aktører i dette samarbeidet kan være nærmeste arbeidsgiver, arbeidstakers fastlege, lokalt NAV-kontor, bedriftshelsetjenesten, psykolog, mv. De statlige og kommunale virkemiddelområdene synes å være uoversiktlig og omskiftelig for lederne og arbeidsgiverne. I tillegg fremkommer det at det er vanskelig å komme i kontakt med riktig saksbehandler på lokalt NAV-kontor for å gjennomføre et tidlig og konstruktivt dialogmøte, og at saksbehandlere fokuserer for lite på verdien av å være i jobb for personen. Videre indikerer våre funn at de fleste lederne har et behov for å oppleve støtte i arbeidet med oppfølging av personer i målgruppen, og ikke bli sittende med ansvaret alene om det skulle oppstå utfordringer.

Behandlingsmetoden Individuell Placement and Support (IPS) for de med mer kroniske psykiske lidelser har bidratt til en økt forståelse hos flere av informantene til at jobb og jobbmestring er den

rette veien å gå for å øke tilstedeværelsen for ansatte med psykiske helseplager. Det er imidlertid en bekymring hos ledere i casekommunene at deres erfaring med omplasseringskandidater i en kommune ofte gir disse enhetene høyere sykefravær. Det betyr at man må ha fokus på at dette vil endre seg over tid, ellers kan resultatet bli at flere ledere verger seg mot å ta imot omplasseringskandidater.

Struktur og rutiner for sykefraværsoppfølging er vesentlig for å sikre en tett dialog og kontakt med personene i målgruppen. Her er forventningsavklaring overfor arbeidstaker og tilretteleggingsevne hos arbeidsgiver viktige faktorer for å lykkes med økt tilstedeværelse. I tillegg er det vesentlig at ikke sykefraværsoppfølgingen blir for tidkrevende for lederne, og at eventuelt personalavdelingen kan bistå i dette arbeidet. Det bekreftes videre av casekommunene at det er varierende bruk av bedriftshelsetjenesten overfor personene i målgruppen. Noen av kommunene har selv en mindre bedriftsintern helsetjeneste, mens de fleste andre kommunene har kjøpt bedriftshelsetjenester ute blant eksterne leverandører. En god bedriftshelsetjeneste vil kunne tilby arbeidsplasskartlegging, psykologkompetanse og frisklivssamtale, samt være til reell støtte for lederne.

Forholdet til NAV er sammensatt siden lederne i kommunal sektor ofte forholder seg til både de fylkesvise NAV arbeidslivssentrene og saksbehandlerne i NAV lokalt. Mange trekker fram verdien av arbeidslivssentrene som bidrar med nyttig kunnskap, relevante kurs, tilrettelegging, mv. i arbeidet med å inkludere målgruppen. Den lokale saksbehandler oppleves av enkelte av informantene som lite fokusert på å få målgruppen i arbeid. Dialogmøtene fremheves som en god og viktig arena, men det påpekes at de for ofte kommer sent ute i sykdomsforløpet og at fastlegene tidvis ikke møter opp på disse møtene.

Lederne i casekommunene uttrykker skepsis til å ta inn flere personer med lettere og moderate psykiske helseplager grunnet allerede høy andel av personer i målgruppen blant egne ansatte, og at deres opplevelse er at NAV kutter i sine ordninger på området slik at det heller ikke er økonomisk forsvarlig å ta inn disse personene. På toppen av dette oppleves det som vanskelig at de ofte kun kan tilby praksisplasser, og at mange individer i målgruppen dessverre kan bli 'evige praktikanter'. Kvalifikasjonsprinsippet i kommunesektoren bidrar også til at personene i målgruppen sjeldent eller aldri når opp til ansettelse i en fast stilling. For at målgruppen skal komme ut i jobb i kommunal sektor må lederne oppleve at de får økonomisk og ressursmessig trygghet i en utprøvsperiode. Det kan være nødvendig at utprøvsperioden går over lengre tid for denne målgruppen enn for personer med somatiske plager. Personene i målgruppen bør i en utprøvsperiode komme i tillegg til den faste bemanningen, og ikke istedenfor. Nødvendig veiledning av lederne for å kunne ta imot personer som står på utsiden synes å være et viktig tiltak, samtidig som personene i målgruppen selv bør ha en veileder/mentor i utprøving av den nye arbeidsplassen. Eksempelvis kan veilederen/mentoren for utprøvsperioden være en person fra personalavdelingen, senior medarbeider, mv.

Et annet funn er at det er de to store sektorene helse og sosial og utdanning som har flest ansatte i en kommune, og i målgruppen. Disse to sektorene har klare rammevilkår for leveranser av sine tjenester, noe som ofte er lovpålagt. I tillegg har særlig helse- og sosialsektoren turnusordninger, mange ansatte i deltidstillinger og døgnkontinuerlig drift. Det synes videre å være vanskeligere å tilrettelegge for graderte sykemeldinger i flere av stillingene i disse to sektorene.

I tillegg har leveransekravene til kommunene og kommunale ledere aldri vært større, og det har ført til at ledere og ansatte i kommunene må være kunnskapsrike, leveransedyktige og tilstedeværende for at det skal være mulig å levere relevante og gode tjenester til kommunens innbyggere. Det er i denne sammenheng en utfordring for lederne å ta inn nye personer der risikoen for ustabilitet og fravær er til stede. Enkelte sektorer og enheter i kommunene kan være mer egnet for personer med psykiske helseplager enn andre, eksempelvis jobber innenfor stabs- og støtteområdet og park- og idrettsvesenet. Å ha faste praksisplasser for utprøving er et tiltak som kan bidra til gode og forutsigbare rammer for aktuelle personer i målgruppen.

6 Vår analyse

Vi ser det som vanskelig å skille mellom inkludering i arbeidslivet på et generelt grunnlag og inkludering av personer med psykiske helseproblemer som lettere og moderate helseplager, og vi kan ikke se at det er vanskeligere å inkludere personer med psykiske helseplager enn å inkludere personer i arbeidslivet i sin helhet.

Vi opplever det også som vanskelig å skille mellom forbedringsområdene og tiltakene for helse generelt og for de med psykiske helseplager. Det synes ikke mulig å skille skarpt mellom tiltakene som er rettet mot psykisk helse fra andre helseproblemer i vår studie.

Det synes å være en stor enighet blant våre informanter om at årsaken(e) til lettere og moderate psykiske helseplager i liten grad skyldes arbeidsforhold og arbeidsmiljøet, men i større grad ulike hendelser og totalbelastningen i livet.

Vi har gjennom vår sammenstilling av funnene og analysen av disse gjort vurderinger og anbefalinger som svar på de to hovedproblemstillingene som var utgangspunktet for oppdraget, nemlig «Hvilke erfaringer har kommunale arbeidsgivere med inkluderingsarbeid for personer med psykiske helseproblemer?» og «Hva påvirker inkluderingsevnen og -viljen hos lederne?».

Lederne må stille krav

Etter vår vurdering bør kommunale ledere stille tydelige krav til sine medarbeidere, og de må i større grad måles på *tilbakeføring* av ansatte til arbeidslivet og ikke i så stor grad som i dag på sykefravær. Det generelle inntrykket etter vår analyse er at det er et underliggende behov for bedre jobbmobilitet og fleksibilitet i kommunene for å klare oppgaven med å inkludere egne ansatte og de som står på utsiden i målgruppen i større grad enn i dag.

Lederne i kommunal sektor må bli tydeligere overfor sine ansatte med psykiske helseplager der de blant annet bør stille krav til leveranser i jobben og deltakelse i arbeidsmiljøet til tross for de ansattes helseplager. Dette bekreftes av brukerne og brukerorganisasjonene vi har snakket med.

Oppfølgingsmøte med personer i målgruppen synes i noen tilfeller å ha god effekt når dette møte flyttes fra nærmeste leder til rådgiver i personalavdelingen, noe som gjør denne type møter mer formelle. En vellykket tilbakeføring til jobb for en ansatt med psykiske helseplager synes å påvirke stoltheten og den felles kulturen på arbeidsplassen på en god måte.

Det er viktig for lederne å synliggjøre overfor de øvrige ansatte at tilrettelegging av arbeidet skal være midlertidig for den enkelte ansatte det gjelder. Dette for å normalisere arbeidssituasjonen så raskt som mulig og ikke belaste arbeidsmiljøet og enkeltkolleger over tid.

Lavterskeltilbud

Generelt bør det nok legges til rette for lavterskeltilbud for målgruppen i kommunene slik at de som ønsker det kan få et tilbud om hjelp og støtte når de trenger det, selv om det ikke er vist at slike lavterskeltilbud, som hverken er koordinerte eller jobbfokuserte, har ført til redusert sykefravær. Det er samtidig viktig å presisere at en stor utbygging av lavterskeltilbud kan utgjøre en viss fare for overbehandling av mennesker som ellers ville ha blitt friske igjen av seg selv.

Kompetanseheving på psykisk helse

Kompetanseheving på psykisk helse for lederne og de ansatte er viktig for å få bukt med fordommer, myter og forestillinger om hva psykisk helse og – og ikke er.

Stressmestringskurs for ansatte synes å ha en god effekt for å redusere psykiske plager hos ansatte i kommunal sektor, og særlig innenfor stressende jobber som lærer, barnehagelærer, sykepleiere, hjelpepleiere, mv. Dette er et ubetinget positivt helsetilbud på arbeidsplassen selv om forskningen som er gjort på dette ikke har greid å vise at tilbud om stressmestringskurs vil redusere sykefraværet.

Til tross for at noen informanter påpeker viktigheten av at arbeidstaker må være åpen om egen psykisk helse overfor nærmeste leder og kolleger vil vi ikke anbefale dette som et generelt tiltak. Risikoen for negative effekter kan være stor for den enkelte, og forskningen understøtter ikke den positive effekten av denne individuelle åpenheten om egen psykisk helse. Kommunale ledere kan imidlertid omgå behovet for åpenhet om psykisk helse ved å fokusere på arbeidstakers funksjonsevne i forhold til arbeidsoppgavene som skal utføres – og tilrettelegge og stille krav i forhold til det i en eventuell kortere eller lengre sykdomsperiode.

Økt bruk av egenmelding og gradert sykemelding

Vi vil anbefale å ta i bruk modellen som Bodø kommune har innført, der første oppfølging av den sykemeldte allerede skjer etter 8 dager, med påfølgende arbeidsplassvurdering etter 16 dager. For å kunne lykkes med økt tilstedeværelse av personene i målgruppen bør kommunale ledere bli mer proaktive overfor fastlegene. Et utfylt arbeidsplassvurderingsskjema kan bidra til å øke forståelsen fra fastlegen for arbeidsgivers tilrettelegging av arbeidsoppgavene for målgruppen. Dette igjen kan forhåpentligvis bidra til at legen i større grad enn i dag skriver ut graderte sykemeldinger istedenfor full sykemelding.

Større fokus på å bruke egenmeldinger og graderte sykemeldinger i stedet for 100 % sykemelding er et viktig virkemiddel. Kommunene er IA-virksomheter der det er mulig å benytte seg av utvidet bruk av egenmeldinger. Likevel går arbeidstaker ofte til fastlegen for en sykemelding, som da kanskje blir til et lengre fravær. Dette oppleves av lederne i casekommunene som frustrerende og som et motarbeidende tiltak fra legene.

Psykologene og fysioterapeutene kan bidra til å få folk raskt tilbake i jobb og bør trekkes tettere inn i arbeidet med å holde individene i målgruppen i og på jobb.

Kommuneoverlegen i kommunene kan i større grad enn i dag oppfordre fastlegene til å ta i bruk graderte sykemeldinger og forsøke å unngå sykemeldinger overfor personer i målgruppen. Forskningen på fagfeltet konkluderer entydig med at arbeid er den beste behandlingen for individene i målgruppen. Samarbeidsmøter der den ansatte, nærmeste leder og fastlegen er til stede fører ifølge informantene til at legene blir mer oppdaterte på arbeidssituasjonen og arbeidsgivers tilpasningsmuligheter. Dette igjen bidrar til å gjøre legene samarbeidsvillige, og at man jobber for samme mål.

Arbeids- og velferdsdirektoratet i Norge har gjennomført en studie av gradert sykemelding som virkemiddel, og har funnet mange positive effekter på returraten til arbeid selv om effektene i den norske studien var lavere enn i den danske og finske, se kapittel 4.3.

Forutsigbart og samhandlende virkemiddelapparat

Personer i målgruppen og lederne i kommunene vil trenge bistand fra både NAV og fra primærhelsetjenesten for at målet om å stå i og bli jobb skal kunne realiseres. Dette gjør at disse må samarbeide tett slik at individene i målgruppen lettere skal kunne få et helhetlig tjenestetilbud som er tilpasset deres behov. Fordi arbeid kan forebygge ulike helseproblemer, og være en del av

behandlingen, vil det å øke deltakelsen i arbeidslivet også bidra til å redusere behovet for kostnadskreven behandling i både spesialist- og primærhelsetjenesten.

For å lykkes med økt tilstedeværelse av ansatte i målgruppen synes det å være nødvendig å bygge opp et team rundt den ansatte i tillegg til leder, eksempelvis bestående av fastlegen, psykolog, behandler, kommunal tjenesteleverandør, saksbehandler på NAV-kontoret, m.m. Dette for at det er flere enn nærmeste leder som kan støtte, veilede og bistå den ansatte om det skulle oppstå utfordringer som må løses.

Virkemiddelapparatet må bli mer oversiktlig og samhandlende enn i dag. De fleste lederne i case-kommunene opplever det statlige og kommunale virkemiddelapparatet som uoversiktlig og omskiftende i innhold. Det beskrives som tidkrevende og vanskelig å holde seg orientert i og uklart hvilke ordninger som gjelder for personer i målgruppen.

Ansatte som ikke er til stede på grunn av sykdomsfravær kan ta mer tid og energi fra lederen enn de som er til stede, og det synes å være nødvendig å tilrettelegge for mer økonomisk forsikring for de arbeidsgiverne i kommunal sektor som ønsker og vil satse på å øke tilstedeværelsen av ansatte i målgruppen i egen enhet.

Helsedirektoratet³⁷ anbefaler at det tas utgangspunkt i kunnskap og erfaringer fra utprøvingen av Rask psykisk helsehjelp i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, Raskere tilbake-tiltak i NAV og spesialisthelsetjenesten, og Senter for jobbmestring i NAV. Disse tiltakene bygger alle i stor grad på den britiske modellen «Improving Access to Psychological Therapies (IAPT)», som har gode forskningsresultater å vise til. En RCT-studie av Senter for jobbmestring³⁸ og evaluering av Rask psykisk helsehjelp³⁹ har gode resultater i form av økt arbeidsdeltakelse. Funnene fra Rask psykisk helsehjelp viser også en sterk reduksjon i symptomer på angst og depresjon, og en stor forbedring i livskvalitet.

Noen virkemidler, som f.eks. lovgivning og økonomiske incentiver, har stort potensial til å virke på populasjonsnivå, mens andre virkemidler som f.eks. Senter for jobbmestring, Raskere tilbake, IPS, mv. er omfattende og dyre tiltak som hovedsakelig er rettet mot enkeltindivider.

Personer på utsiden

Kommunene bør kunne åpne mer opp for ansettelse av målgruppen, og se på disse personene som en ressurs. Noen av kommunens oppgaver og virksomheter kan være gode arbeidstreningssplasser. Det må imidlertid bli lettere å få lov å prøve seg i en kommunal jobb for å få arbeidstrening. Dette kan eksempelvis skje gjennom praksisplasser i flere av de kommunale sektorene, men krever at det er en viss kapasitet på antallet plasser. Den viktigste og hyppigste veien inn i arbeidslivet for personer med psykiske helseplager går i dag via tilrettelagte tiltak og praktisk arbeidsplass-trening. Det krever imidlertid et godt og velfungerende samarbeid med flere aktører, og vil øke sjansene for personer i målgruppen til å få fast lønnet arbeid.

³⁷ Notat fra Helsedirektoratet av 20.01.17

³⁸ Uni Helse, 2013

³⁹ Folkehelseinstituttet, oktober 2016

7 Avsluttende betraktninger

Med utgangspunkt i hovedfunnene og våre vurderinger vil vi til slutt fremheve noen områder som vi mener det vil være viktig å ha fokus på fremover for å øke inkluderingen av personer med psykiske helseplager i kommunesektoren, og hva som skal til for å få flere i denne målgruppen til å stå i og komme i jobb.

- ▶ **Variierende kompetanse på psykisk helse hos arbeidsgiver i kommunal sektor**
Det synes å være lite tradisjon for og kunnskap om forskning i kommunene. Kommunene ved primærhelsetjenesten driver i liten grad med forskning selv sammenlignet med spesialisthelsetjenesten som jobber tett med forsknings- og universitetsmiljøer. Den generelle kjennskapen til og kunnskapen om psykisk helse blant arbeidstakere og arbeidsgivere i kommunal sektor synes å være varierende, og tidvis mangelfull. Dette synes å bidra til å opprettholde fordommene og de negative holdningene på området, og hindre ledere og kolleger i å øke inkluderingen av personer med psykiske helseproblemer på en konstruktiv og god måte.
- ▶ **Tidlig innsats fra arbeidsgiver og tett samarbeid med arbeidstakers fastlege** synes å gi de rette effektene. I vår kartlegging har det kommet frem at mellomledere i kommunal sektor gjerne vil inkludere og tilrettelegge for ansatte i målgruppen i en tidlig sykdomsfase, men at de i for stor grad blir hindret/motarbeidet av virkemiddelapparatet ved lokalt NAV-kontor og av den ansattes fastlege. Mellomlederne uttrykker frustrasjon over at fastlegene i for liten grad er interessert i dialog med arbeidsgiver for å kunne tilrettelegge for arbeidsoppgaver som gjør at den ansatte kan være i og stå i jobb. Det er et paradoks at fastleger sykemelder når forskningen er entydig på at det å jobbe er den beste behandlingsmåten for pasienter med psykiske helseplager.
- ▶ **Økt bruk av egenmeldinger og gradert sykemelding** er viktig virkemiddel for å kunne være mer til stede på arbeidsplassen i en sykdomsperiode. Erfaringene fra mellomlederne i case-kommunene er at de opplever gradert sykemelding som en mulighet for å tilrettelegge arbeidsoppgavene, og at de på en bedre måte kan holde en kontinuerlig og tett dialog med den ansatte i målgruppen slik at sjansen for en lengre sykdomsperiode kan unngås. Gradert sykemelding reduserer frafall fra arbeidslivet for sykemeldte og er et kostnadseffektivt tiltak. Risikoen for tilbakefall av angst og depresjon er til stede for alle som er rammet av dette, men ved hjelp av gode mestringsstrategier vil de fleste kunne håndtere dette på en slik måte at de enten kan klare å stå i jobb uten fravær eller at de kun vil ha behov for kortere sykdomsfravær. Dette betyr at skal arbeidsgiver få bukt med langtidsfraværet i målgruppen må man være innstilt på noe mer korttidsfravær. Større grad av fleksibilitet og tilpasning av jobbsituasjonen for personer i målgruppen vil øke tilstedeværelsen på jobb, og antakelig bidra til å redusere sykefraværet totalt sett.
- ▶ **Økonomisk forsikring for arbeidsgiverne i kommunal sektor** som tør å satse på å ta inn personene i målgruppen som står på utsiden. Det fremheves videre at lederne i case-kommunene mener de allerede har mange av personene i målgruppen i jobb og på dagens sykefraværliste. Bakgrunnen for at de har så mange av disse personene i jobb i kommunal sektor påstås det skyldes sektorens samfunnsrolle. Lederne er derfor skeptiske til å ta inn ytterligere personer med psykiske helseplager som står på utsiden uten økonomiske og ressursmessige garantier. Å stå igjen med «svarteper» etter en kortere praksisperiode er noe lederne er engstelige for, og noe de mener skyldes kommunenes manglende plan for utprøving og ansettelse av personer i målgruppen. Et annet aspekt som er løftet frem er kvalifikasjonsprinsippet i kommunesektoren som er til hinder for å inkludere personer i målgruppen som står på utsiden.

- ▶ **Endring av folketrygdloven etter modell av Nederland vil kunne bidra til økt tilstedeværelse av målgruppen** Vi har i kapittel 4.2 omtalt Nederlands nye ordning i deres folketrygd der kompensasjonsgraden ved sykdom er endret fra 100 % til 70 % av lønnsgrunnlaget, og der arbeidstakere har plikt til å melde fra om sykdom, og å delta aktivt i behandling, rehabiliterings- og reintegreringsaktiviteter. Arbeidsgiver på sin side har bl.a. plikt til å betale sykelønn i 2 år ved sykefravær og ansvar for å ha en bedriftshelsetjeneste, følge opp sykmeldte og sørge for rehabiliterings- og reintegreringsaktiviteter ved sykdom. Lovgivningen i Nederland legger først og fremst opp til gjensidig avhengighet og samarbeid mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, om rehabilitering og re-integrering. Begge disse partene har også betydelig mer å tape hvis man ikke lykkes med inkluderingsarbeidet enn det de ville hatt i Norge.

8 Vedlegg

8.1 Nasjonale prosjekter og tiltak

Gjennom Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse (2007–2012) har NAV gjennomført flere fagutviklingsprogram som skal gi brukerne bedre muligheter for å komme i arbeid. Flere av disse programmene er videreført også i Oppfølgingsplanen for Arbeid og psykisk helse (2013–2016). Om man kan dokumentere noen effekt av noen av disse tiltakene tas opp i kapittel 3.

«Sees i morgen!»

Dette er et gratis kurs som tilbys fra NAVs Arbeidslivssenter til kommunale arbeidsgivere. Kursene er spesielt rettet mot ledere med personalansvar, verneombud og tillitsvalgte. Kursene kan gjennomføres som åpne kurs eller som bedriftsinterne kurs.

Hensikten med kurspakken er å øke kompetansen i arbeidslivet om psykiske helseproblemer, og skape gode og inkluderende arbeidsplasser for å hindre at ansatte blir sykmeldt over lengre tid. Kurspakken er delt i to, grunnkurs og fordypningskurs.

Grunnkurset består av følgende tema:

- ▶ Arbeidets betydning for den psykiske helsen
- ▶ Psykiske helseproblemer og konsekvenser for jobb
- ▶ Roller og ansvar: Leder, tillitsvalgt og verneombud
- ▶ Den nødvendige og gode samtalen
- ▶ Et psykisk helseperspektiv på det inkluderende arbeidsmiljøet
- ▶ NAV sine virkemidler. Hva kan NAV tilby i vårt fylke?

Fordypningskursene består av følgende kurs:

- ▶ Samtalemetodikk – arbeid og psykisk helse og den gode samtalen
- ▶ Konfliktforebygging og -håndtering i et arbeid og psykisk helseperspektiv
- ▶ Kriser og stressmestring i et psykisk helseperspektiv

Arbeidsgiverlosen

Arbeidsgiverlosen er i første rekke et tilbud til arbeidsgivere i IA-virksomheter, men ordningen er også åpen for andre. Arbeidsgiverlosen skal ha særskilt kompetanse på psykisk helse og arbeid. Losen skal være en støtte til arbeidsgivere der målet er å hindre medarbeidere i å falle ut av arbeidslivet, samt å øke inkluderingen av nye medarbeidere med psykiske helseutfordringer.

Arbeidsgiverlosen kan veilede ledere om hvordan man kan tilrettelegge arbeidet for denne gruppen og hvordan man bør snakke med ansatte som sliter med psykiske helseproblemer og/eller rusproblemer. Arbeidsgiverlosen kan også undervise om arbeid og psykisk helse for leder, tillitsvalgte og verneombud og bistå i bedriftsinterne prosesser i samarbeid med andre rådgivere fra NAV Arbeidslivssenter.

Dette prosjektet er evaluert (Schafft mfl.2012) og de intervjuede arbeidsgiverne oppgir at de fikk økt kunnskap om psykisk helse. De mente videre at Arbeidsgiverlosen ga dem en veiledningsmetodikk som har fungert bra med tanke på å hindre utstøting og øke kompetansen på jobbfastholdelse, men at arbeidet med inkludering av mennesker med psykiske problemer som sto utenfor arbeidslivet ikke var blitt vesentlig styrket.

«Studier med støtte, SMS» og «Veilednings- og oppfølgingslos»

Studier med støtte (SMS) er et oppfølgingsprogram for enkeltmennesker som har en moderat til alvorlig psykisk lidelse, og som har behov for støtte til å gjennomføre høyere utdanning.

SMS tilbyr tett oppfølging ved oppstart og gjennomføring av studiet og overgang til arbeidslivet. Studier med støtte kan kombineres med behandling.

Veilednings- og oppfølgingslos er et tilbud til enkeltmennesker med psykiske helse- og/eller rusproblemer som er motivert for å komme i arbeid, men som har behov for tett, individuell oppfølging over tid for å greie å stå i jobb. Losen skal gi tett, arbeidsrettet oppfølging av brukere så lenge det er behov for dette, og losen skal også koordinere samarbeidet mellom bruker og involverte samarbeidspartnere i hjelpeapparatet.

«Lindesneslosen» og «Future» er eksempler fra prosjekter som har jobbet med ungdom som sliter med overgangen fra skole til jobb. Her har losene bl.a. jobbet med tett oppfølging av ungdommer og involverte arbeidsgivere, lærere, rådgivere og andre i Lindesnesregionen og i Oslo. Mye tyder på at tett oppfølging over tid kan ha effekt på denne gruppen ungdom (Bragdø mfl. 2013).

Vilje Viser Vei

Vilje Viser Vei-tiltakene tilbyr tilrettelagt arbeidstrening på arbeidsplassen med tett individuell oppfølging over tid. Dette er et tilbud til mennesker som trenger støtte for å komme ut i arbeid og som har behov for avklaring, oppfølging og opplæring.

Oppfølgingen vil f.eks. kunne innebære:

- ▶ Kartlegge ferdigheter, ressurser, utfordringer og interesser med tanke på arbeid
- ▶ Kartlegging av arbeidskapasitet, og behov for tilrettelegging
- ▶ Samarbeid med behandler, NAV og/eller andre i nettverket
- ▶ Opplæring i hvordan man best kan mestre egne symptomer
- ▶ Hjelp til å rydde opp i forhold som kan virke arbeidshemmende

Tiltakene skal kunne tilpasses individuelle behov når det gjelder arbeidstid, arbeidsoppgaver, hjelpemidler, behandling, hjelp og støtte. *Grønt arbeid* er f.eks. en del av *Vilje Viser Vei* med gårdsbruket som arbeidsplass.

Medarbeider med brukererfaring

Medarbeider med brukererfaring (MB) er et kvalifiseringstilbud for mennesker som har erfaring som bruker av psykiske helsetjenester. Opplæringen kvalifiserer for arbeid i bedrifter eller organisasjoner som yter service til personer med psykiske helseproblemer. Kvalifiseringstilbudet er åpent for alle som har eller har hatt en psykisk lidelse, uavhengig av omfang eller andre forhold rundt lidelsen, men som har et avklart forhold til egen lidelse. MB-opplæringen gir brukere av psykiske helse-tjenester en mulighet til å benytte sine erfaringer og ressurser til å hjelpe andre som har psykiske helseproblemer.

Senter for jobbmestring

Dette er et tilbud til mennesker med angst og/eller depresjon som ønsker hjelp til å håndtere dette i en jobbsammenheng. Tilbudet er både for mennesker som er uten et arbeidsforhold og for de som har et arbeidsforhold som de ikke kan eller ønsker å gå tilbake til. Målet er å hjelpe folk med angst-/depresjon til å komme raskt i arbeid og mestre de psykiske plagene i en arbeidssituasjon og klare å stå i jobben over tid. Senter for jobbmestring tilbyr arbeidsrettet kognitiv terapi kombinert med individuell jobbstøtte. Den kognitive terapeuten skal hjelpe brukeren til å håndtere og mestre de psykiske helseplagene i jobbsammenheng, mens jobbspesialisten skal bistå med jobbsøk,

karriereveiledning og/eller oppfølging på arbeidsplassen. Metoden bygger på Individual Placement and Support-metoden (IPS), men den er tilpasset til en målgruppe med noe mindre alvorlige, men mer vanlige, psykiske helseproblemer.

Individuell jobbstøtte (IPS)

IPS er en kunnskapsbasert oppfølgingsmetode som går ut på å hjelpe personer med psykiske lidelser og eventuell rusproblematikk til å komme i og beholde ordinært, lønnet arbeid. Målgruppen for IPS er brukere med alvorlige og moderate psykiske lidelser, og eventuell tilleggsproblematikk som for eksempel rusavhengighet. IPS er en systematisk oppfølgingsmetode med en standardisert metodikk basert på en manual. Individuell jobbstøtte fokuserer på å hjelpe mennesker ut i ordinært, lønnet arbeid fremfor lengre avklaring og kvalifisering i for eksempel skjermede tiltak, før inntreden i arbeidslivet. Modellen legger opp til en formalisert og integrert samhandling mellom kommune, spesialisthelsetjenesten og NAV.

Raskere tilbake

Raskere tilbake (RT) er et jobbfokusert behandlingstilbud til sykemeldte individer som skal forhindre unødvendig langvarig sykefravær som følge av ventetid på behandling. Forutsetningen for å få et Raskere tilbake-tilbud er at man vurderer det som overveiende sannsynlig at behandlingen vil føre til at den sykmeldte kan komme raskere tilbake i arbeid, og at arbeidsgiver har utarbeidet oppfølgingsplan med bedriftsinterne tiltak. NAV har kontrakter med ulike tilbydere av helse-tjenester. Også spesialisthelsetjenesten har en rekke «Raskere tilbake-tilbud». Det kreves imidlertid henvisning fra fastlege som skal sørge for at RT-tilbyderne og fastlege er koordinerte og samarbeider i vurderingene av sykemelding.

8.2 Prosjekter og tiltak i kommunal sektor

Det finnes ingen totaloversikt over tiltak som kommunene har innført for å øke inkluderingen av psykisk syke i arbeidslivet. Tiltakene som beskrives i det følgende er derfor en samling av aktuelle tiltak som kommunen som arbeidsgiver kan innføre på arbeidsplassen og tjenester og tilbud som kommunene kan opprette i sin primærhelsetjeneste. Om de beskrevne tiltakene har dokumentert effekt på sykefravær/inkludering tas opp i kapittel 5.8.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet har en positiv effekt i forhold til vanlige psykiske plager (Joyce mfl. 2015). Fysisk aktivitet på arbeidsplassen, i arbeidstiden, har derfor vært lansert som et forebyggende tiltak for å fremme god fysisk og psykisk helse hos ansatte og redusere sykefravær.

Stressmestringsprogrammer som Kurs i mestring av belastning

Kurs i Belastningsmestring (KIB-kurs) er en tilpasset utgave av «Kurs i Depresjonsmestring (KiD)». Dette er kurs som er basert på kognitiv atferdsterapi som er utviklet av psykolog Trygve Arne Børve, psykiatrisk sykepleier Anne Nævra og professor i psykiatri Odd Steffen Dalgard. KIB er beregnet på personer som ønsker å bedre sin evne til å mestre belastninger knyttet til arbeidsliv og privatliv. Oppmerksomheten rettes mot å identifisere belastninger, hvordan man kan håndtere disse samt konsekvenser av ulike mestringsstrategier. Kurset skal gi økt innsikt i sammenhengen mellom belastning, mestring og stress, og det jobbes med å kartlegge egne belastninger, og egen mestrings- og tankestil. Målet med kurset er å lære metoder og teknikker som kan benyttes for å bedre evnen til å mestre belastninger. Kurset går normalt over 10 samlinger med maksimalt 15 deltakere. I Norge er det flere aktører som tilbyr KIB-kurs som f.eks. NAVs Arbeidslivssentre, noen arbeidsgivere og frisklivssentraler i kommunene.

Konflikthåndtering og oppfølging av involverte arbeidstakere

Arbeidstakere med psykiske problemer er involvert i arbeidskonflikter med sine ledere eller arbeidskolleger dobbelt så ofte som andre arbeidstakere. Noen arbeidsplasser har derfor etablert systemer for å håndtere arbeidskonflikter med egne oppfølgingstilbud til ansatte som er involvert i konfliktene fordi dette fører til dårlig arbeidsmiljø og økt sykefravær (OECD 2015).

Bedriftshelsetjeneste eller helseforsikring med psykoterapitilbud til ansatte

Tilbud om psykoterapi til arbeidstakere med diagnostisert sykdom i regi av arbeidsgiver har vært forsøkt en del steder (Joyce). Tilgangen til behandling kan både være organisert som private helseforsikringer eller som en del av en bedriftshelsetjeneste. Det er godt dokumentert at ulike psykoterapeutiske tilbud, bl.a. basert på kognitiv atferdsterapi, kan ha god effekt på nivået av symptomer og plager som følge av både angst og depresjon (NICE 2004, NICE 2009). Hvorvidt dette reduserer sykefravær og tilgang til uføretrygd går fram av tabellen i kapittel 3.

Sykemelding/gradert sykemelding

Markussen et. al. (2009) har påvist at det er store forskjeller mellom individuelle fastlegers sykemeldingspraksis i Norge. Det er også stor forskjell på hvor mye gradert sykemelding brukes som virkemiddel. Forskjellene er store både mellom de enkelte fastlegene og også mellom kommunene. Analysene fastslår imidlertid at mesteparten av forskjellen mellom legene framstår som individuell, det vil si uforklart i analysen, men at det er tendenser til at unge og kvinnelige fastleger er mer restriktive med bruk av sykemelding enn eldre og mannlige. Det er også vist at sykepengeordningen utnyttes en god del i forbindelse med ulike livshendelser som ikke gir rett til sykepenger ifølge regelverket. (PABA2014).

Mye tyder imidlertid på at det er strategisk viktig og kostnadseffektivt å satse mer på å forhindre lange perioder med totalfravær og manglende kontakt med arbeidsplass og arbeidsgiver (FHI 2013, OECD 2013 og 2015). Gradert sykemelding er et virkemiddel som har vært lansert som en måte å sørge for at arbeidstaker og arbeidsgiver holder løpende kontakt med hverandre. Mange steder i landet har NAV invitert fastlegene på fagmøter på kveldstid for å få dem til å øke bruken av gradert sykemelding. Kommunene skal holde minst 2 faste møter med fastlegene årlig (allmennlegeråd) i henhold til standardavtalen mellom Legeforeningen og KS. Disse møtene, som ofte arrangeres av kommuneoverlegen i samarbeid med de tillitsvalgte fastlegene, kan være en arena for samarbeid og dialog om inkludering av personer med psykiske helseplager i arbeid i kommunen.

«Akkurat No»

Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune tilbyr «Akkurat no» samtaler til ansatte i kommunen. Dette er et lavterskeltilbud. Målgruppen er ansatte som er sykmeldte eller står i fare for å bli sykmeldt grunnet sammensatte forhold. Det kan være alt fra opplevd stress/press på jobb til private forhold som går ut over arbeidsevnen. Tilbudet handler om å bistå den enkelte til å forstå sin egen situasjon, rydde i de vanskelige spørsmålene og ta tak i det som er viktigst.

Ledere kan på en enkel måte sende melding til Arbeidsmiljøenheten om at de har en ansatt som ønsker benytte seg av dette tilbudet. Dette kan skje før en eventuell sykemelding, i den tidligste fasen av en sykemeldingsperiode eller etter alvorlige og psykisk belastende hendelser på jobb

Andre lavterskeltilbud

Mange kommuner har opprettet egne lavterskeltilbud som f.eks. Rask psykisk helsehjelp eller Kurs i mestring av depresjon (KID-kurs) til mennesker som sliter med lettere til moderate psykiske helseproblemer.

Kurs i mestring av depresjon (KiD): Kursene er lagt opp som undervisning hvor deltakerne lærer en kognitiv forståelsesmodell for depresjon og metoder og teknikker som kan benyttes for å forebygge eller mestre nedstemthet og depresjon. Dette er altså et kurs som går over 10 ganger, og varer 2,5 timer hver gang. Det er ikke et individuelt tilpasset, jobbfokusert og koordinert tjenestetilbud. Målsetningen for kurset er reduksjon av psykiske plager, ikke økt yrkesdeltakelse. Målgruppa er voksne over 18 år som har eller har hatt perioder med nedstemthet og symptomer på depresjon. Metoden er utprøvd og evaluert i flere land og evalueringer viste at kurset kunne bidra til reduserte symptomer på depresjon (Dalgard 2006).

Rask psykisk helsehjelp er bygd på den britiske modellen IAPT (Improving Access to Psychological Therapies). Dette er et tilbud til personer med lett til moderat grad av angst og depresjon. Tilbudet er også et såkalt «lavterskeltilbud», som betyr at man kan ta kontakt/opsøke tilbudet selv uten henvisning fra lege/fastlege. Hensikten med det er at man skal få hjelp så tidlig som mulig uten forsinkende elementer. Dette tilbudet er også basert på en kognitiv forståelsesmodell og deltakerne lærer metoder og teknikker som kan benyttes for å forebygge eller mestre sine psykiske plager og lidelser. Tilbudet er bygget opp som en trappetrinns-modell. Første trinn kan være veiledning i forbindelse med bruk av selvhjelpsmateriell. De neste trinnene kan bestå av telefonkonsultasjon, gruppetilbud i form av kurs eller mer tradisjonell samtalerapi av relativt kort varighet. I hovedsak er heller ikke dette et individuelt tilpasset, jobbfokusert eller koordinert tjenestetilbud. Målsetningen for kurset er først og fremst å få til en reduksjon av psykiske plager, ikke en økt yrkesdeltakelse.

8.3 Et eksempel fra en casekommune

Casekommunen Bodø har over lengre tid hatt et høyt sykefravær, og har i den forbindelse etablert prosjektet «Friskere tilbake» fra januar 2016. Prosjektet har hatt tre innslagsnivå:

1. På individnivå

- Særskilt fokus på ansatte med mer enn 20 % sykefravær det siste året eller i snitt over tre år
- Ansatte med høyt korttidsfravær, dvs. mer enn 3 egenmeldinger eller 6 dager de siste 6 månedene

Personalsystemet i kommunen har etter igangsetting av prosjektet varslet nærmeste leder om ansatte med høyt fravær og med alle oppfølgingspunkter som leder må ta tak i under sykefraværet til den ansatte. Den ansatte blir tidlig kalt inn til en samtale der HR-avdelingen også er til stede sammen med nærmeste leder. Ideen bak er at ved å innkalle til et formøte der den ansatte kan få mulighet til å bidra med forslag til hvordan sykefraværet kan reduseres bidrar til ansvarliggjøring hos den ansatte. Hvis det ikke er mulig å redusere fraværet etter det første møtet og det fortsetter å være høyt, innkalles den ansattes fastlege, saksbehandler fra lokalt NAV-kontor med flere til et nytt avklaringsmøte. Erfaringen viser imidlertid at flere ansatte allerede reduserer fraværet etter det første møte. Høyt korttidsfravær følges opp av nærmeste leder.

2. På virksomhetsnivå

- Virksomheter med høyest fravær – 10 på topp

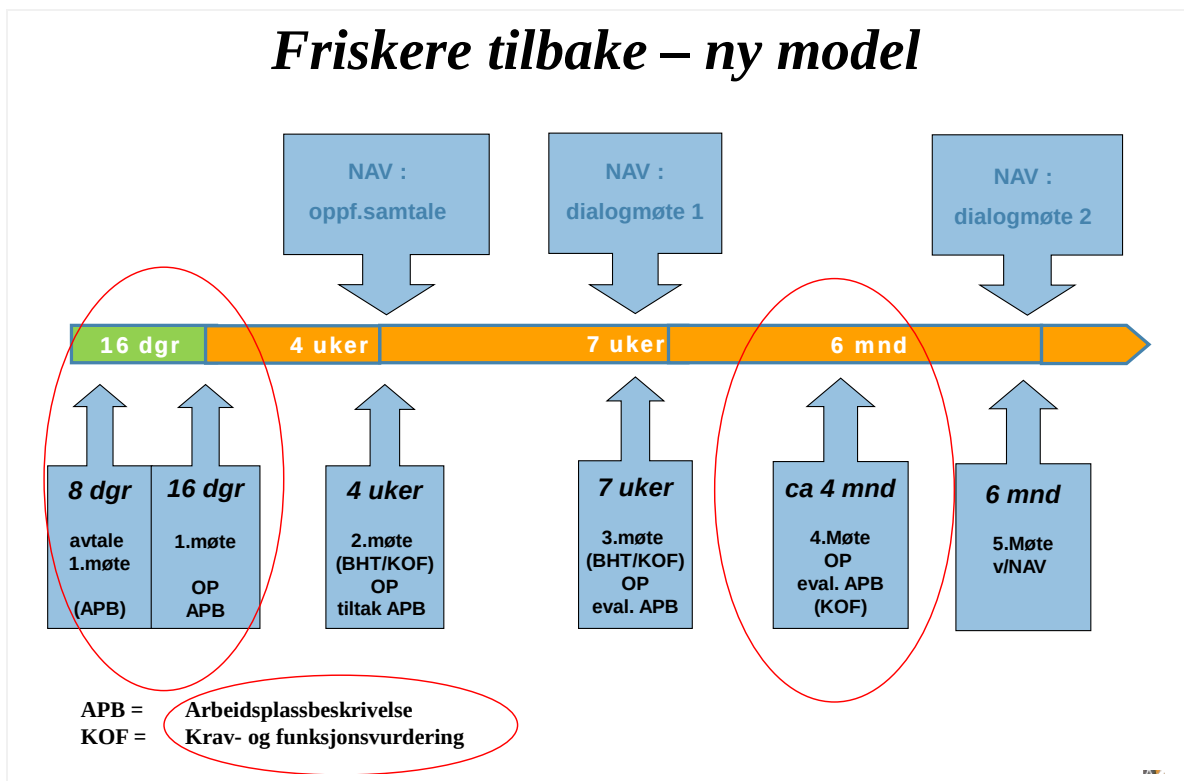
10 på topp er virksomheter i Bodø kommune med det høyeste sykefraværet. HR går inn i disse virksomhetene og har heldagsmøte med ledelsen hvor man går gjennom fraværshistorikk for alle ansatte, presenterer prosjektet «Friskere tilbake», aktuelle virkemidler og gjennomgår utfordringer som ledelsen opplever. Videre gjennomføres det en presentasjon av «Friskere tilbake» i alle personalmøtene til virksomheten slik at alle kjenner til hva dette består av og hva som forventes fremover av de ansatte. Hvis virksomheten ikke har arbeidsplassbeskrivelser på plass, så utformes disse i personalmøtene.

3. På systemnivå

- Ny modell for tettere oppfølging av sykmeldte

Den nye sykefraværsmodellen innebærer tettere oppfølging av og tidligere kontakt med den sykmeldte enn minimumskravene. Dessuten krever modellen at det utarbeides en arbeidsplassbeskrivelse på hver enkelt arbeidsplass. Mange av virksomhetene i kommunen har nå fått denne på plass. Beskrivelsen er et godt utgangspunkt for dialogen mellom leder og den ansatte: Hva av de oppgavene som inngår i din jobb er det greit å utføre i en gradert sykemeldingsperiode, hva er utfordrende, hva er ev. ikke mulig? Beskrivelsen sendes også arbeidstakers fastlege innen 16 dager slik at han/hun ser at arbeidsgiver har tilrettelagt for arbeidstaker.

Bodø kommune viser til i at sykefraværet er i ferd med å reduseres kraftig i andre kvartal i år.



Figur 8-1 Bodø kommunes modell for «Friskere tilbake»

8.4 En forskers kunnskap om sykefravær

Professor og psykolog Arnstein Mykletun⁴⁰ har i arbeidsseminaret pekt på viktigheten av å skille mellom sykefraværarbeid generelt og det å inkludere de som står utenfor arbeidslivet. Det er også viktig å skille mellom alvorlige kroniske psykiske lidelser og lettere psykiske helseplager, siden dette krever ulike tilnærminger.

Mye av sykefraværet i Norge skyldes sannsynligvis psykisk uhelse ifølge Mykletun, selv om den mest utbredte registrerte diagnosen er muskel-/skjelettplager. Norge har desidert det høyeste sykefraværet i verden, og kommunal sektor har det høyeste sykefraværet i Norge. Dette viser nødvendigheten av å sette sykefraværet på dagsordenen i kommunal sektor.

⁴⁰ Mykletun ledet ekspertgruppen oppnevnt av regjeringen som i 2010 gav råd om reduksjon i sykefravær. Tiltakene dannet grunnlag for den nye IA-avtalen

Selv om sykefraværet er spesielt høyt i Norge, har vi ifølge Mykletun ingen holdepunkter for å påstå at forekomsten av psykiske lidelser er høyere i Norge enn i andre land, tvert om. I forskningen snakker man om tre ulike forklaringsmodeller på sykefraværet:

1. I *utstøtingsmodellen* leter man etter eksterne faktorer som bidrar til utstøting fra jobben. Selv om arbeidslivet er blitt mye tryggere, kan man også bli syk av jobben. Forskningen peker på følgende faktorer:⁴¹
 - Uheldig organisering av arbeidet
 - Jobbusikkerhet
 - Manglende verdsetting og respekt på arbeidsplassen

Men det er også arbeidsrelaterte faktorer som bidrar til å holde folk friske, og her trekker forskningen frem følgende:⁴²

- Arbeid er gunstig for “well-being”, spesielt hvis det er god ledelse og greie arbeidsbetingelser
 - Spesielt når man sammenligner med helseskadelige effekter av å ikke være i jobb
2. *Attraksjonsmodellens* perspektiv handler om i hvilken grad det lønner seg å jobbe. OECD mener Norge har for lett tilgang til sykepenger og svake incentiver for retur til arbeid. Dette kan bidra til en «sykefraværsfelle», spesielt ved psykiske lidelser. Som et eksempel har sykefraværets lengde økt, også ved enkle og avgrensede lidelser som benbrudd. Dette kan underbygge en slik forklaringsmodell.
 3. Det *medisinske perspektivet* baseres på at det er en sammenheng mellom å være syk og å være sykmeldt, noe som bare gjelder i begrenset grad. Det er mange syke som er på jobb og fungerer veldig bra. Sykemelding er en behandling med både virkninger og bivirkninger. Mykletun peker på følgende bivirkninger:
 - Ofte ikke kurativ effekt, iblant skadelig
 - Barrierer for retur til arbeid
 - Medikalisering⁴³
 - Konsekvenser for karriere og lønn

Skal man lykkes med å få ned sykefraværet i Norge, må man kanskje ha med alle disse tre perspektivene. Mykletun peker på at hvis tiltak skal kunne virke etter sin hensikt, må tiltaket

- ▶ ha effekt (RCT-evidens)
- ▶ være akseptert blant brukerne
- ▶ finnes eller kunne skaffes
- ▶ være kostnadseffektivt

Mykletun fremhever at disse kravene dessverre i liten grad er innfridd i sykefraværsarbeidet. Gradert sykemelding er derimot et tiltak med dokumentert effekt.⁴⁴ I evaluering av tiltakene i IA-avtalen fant man at i perioder med økt graderingsandel falt det totale sykefraværet. Effekten ble også dokumentert ved analyser av forskjeller mellom leger i graderingstilbøyelighet, samt

⁴¹ Harvey, Modini, Joyce, Milligan-Saville, Tan, Mykletun, Bryant, Christensen, Mitchell, 2017

⁴² Modini, Joyce, Mykletun, Christensen, Bryant, Mitchell, Harvey, 2016

⁴³ Et sosiologisk begrep for det forhold at stadig flere av menneskers problemer søkes forklart gjennom (bio)medisinske (individuelle) årsaksforhold og behandlet av helsevesenet

⁴⁴ https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/ad/publikasjoner/rapporter/2013/effekter_av_tiltak_under_ia_avtalen.pdf?id=2140593

forskjeller mellom kommuner. Grunnen til den positive effekten kan være at arbeidstaker får oppleve den helsebringende effekten av å være i arbeid på tross av noe redusert funksjon. Det hindrer også fremmedgjøring i forhold til arbeidslivet. Gradert sykemelding kan også ha hatt disiplinerende effekter.

Mykletun viste for øvrig også til Mandal kommune som har innført utvidet egenmeldingsrett med tett oppfølging av arbeidsgiver. Dette har ført til en kraftig reduksjon i sykefraværet og økt pensjonsalder. Denne effekten har stått over noe tid.

Mykletun påpeker imidlertid at man ikke må være for pågående for å få ansatte til å være åpne om sine plager overfor kolleger og leder. Det er ikke vist til at det har noen effekt på sykefraværet. Derimot foreligger det forskning som påpeker negative konsekvenser for den det gjelder.⁴⁵ Åpenheten kan gi utilsiktede konsekvenser både i relasjon til leder og til kolleger. Kunnskap fra forskning viser at oppfølging av målgruppen har god effekt, men at det er stor usikkerhet og lite kunnskap om effekten av åpenhet.

⁴⁵ <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=9777563>