



UNIVERSITETET
I OSLO



KVALITETSKOMMUNER



PROSJEKTFORUM

organisering og lederskap

SYKEFRAVÆRSARBEID I KOMMUNAL SEKTOR:

EN STUDIE AV FEM KOMMUNER I KVALITETSKOMMUNEPROGRAMMET



OSLO 2009

FORORD

Denne rapporten har blitt produsert i perioden 20. januar til 26. mai 2009. Rapporten er utarbeidet av fire studenter tilknyttet Prosjektforum ved Universitetet i Oslo på oppdrag for sekretariatet for Kvalitetskommuneprogrammet.

Prosjektgruppen har bestått av

- Tor Erik Venåsen - samfunnsøkonomi
- Ida Sellereite Fjell – samfunnsgeografi
- Ekaterina Shmonina – samfunnsøkonomi
- Klaus Breivik - psykologi

En stor takk til vår veileder Anne Inga Hilsen for god oppfølging, gode samtaler, støtte og konstruktive tilbakemeldinger.

Oslo, 24. mai 2009

SAMMENDRAG

Denne rapporten er basert på casestudier av fem kommuner tilknyttet Kvalitetskommuneprogrammet, hvor vi har rettet oppmerksomheten mot sentrale aktører i trepartssamarbeidet, prosjektledere og virksomhetsledere for å belyse faktorer som er viktig for å lykkes med sykefraværsreduksjon. Vi har innhentet data gjennom deltagende observasjon, gruppeintervjuer, intervjuer med enkeltpersoner og telefonintervjuer.

Del 1 av rapporten tar for seg et rammeverk som gir en teoretisk, praktisk og metodisk tilnærming til temaet sykefraværsreduksjon. I tillegg vil dette rammeverket kunne hjelpe lesere som enten driver med sykefraværsreduksjon eller ønsker å gjøre det i en organisasjon til å orientere seg i forhold til rådende teori og praksis.

I del 2 presenterer vi de empiriske funnene vi har gjort i dette studiet. Disse funnene blir også diskutert teoretisk. Kommunene vi har snakket med mener de har lyktes i sitt helsearbeid fordi de har hatt noen som tar tak i problematikken og starter arbeidet, men de har også vært avhengig av at de som har startet arbeidet har latt hele organisasjonen ta del i det. De har involvert alle berørte parter i organisasjon når avgjørelser skal tas og de ansatte bevisstgjøres ovenfor rutiner og ansvar igjennom informasjon og dialog. Dette har for enkelte vært en ny måte å forholde seg til arbeidsplassen, men det har ført til et bedre samarbeid knyttet til sykefraværsreduksjon. Det har vært stort fokus på lederopplæring og lederoppfølging for å gjøre ledere bedre i stand til å utøve sitt daglige virke, og det blir pekt på at i arbeidet med reduksjon av sykefravær kreves det ulike lederstiler på forskjellige tidspunkt. Det er viktig at arbeidet bærer preg av å være en helhetlig og kontinuerlig prosess, hvor tiltak og endringer tar utgangspunkt i kommunens egne ressurser og rammer. Kommunen bør forsøke, så langt det lar seg gjøre, å kontinuerlig evaluere og dokumentere det arbeidet som blir gjort.

I del 3 retter vi fokus på et par temer som vi mener kan være hensiktsmessig å reflektere rundt når du skal jobbe med sykefraværsreduksjon. Dette er spesielt knyttet til kostnader og gevinster ved å øke nærværet, samt hvordan arbeidet kan måles.

BESKRIVELSE AV OPPDRAGSGIVER

Vår oppdragsgiver har vært sekretariatet for Kvalitetskommuneprogrammet. KKP er et statlig initiert samarbeid mellom 8 parter, og har som mål å øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet, samt redusere sykefraværet, gjennom en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte. De 8 involverte parter er Kommunal- og regionaldepartementet (KRD), Helse- og Omsorgsdepartementet (HMD) og Kunnskapsdepartementet (KD), KS, Akademikerne, LO-Kommune, YS-Kommune og Unio. Organiseringen av Kvalitetskommuneprogrammet er delt mellom disse 8 partene.

Målet med samarbeidet er og har vært; å øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet gjennom en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte slik at innbyggeren merker en forbedring. Det er et særskilt mål å redusere sykefraværet. I dette arbeidet rettes fokus mot pleie- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren, og samarbeidet lokalt må spesielt involvere medarbeiderne som møter innbyggerne.

INNHOLDSFORTEGNELSE

Innledning.....	1
Del I: Teori og metode.....	3
Et rammeverk å forstå rapporten innenfor.....	4
Organisasjonsutvikling i Norge - den nordiske modellen.....	8
Metode.....	10
Del II: Opplevde suksesskriterier.....	17
Innledende kommentarer til suksesskriterier.....	18
Motivasjon og drivkraft.....	19
Trepartssamarbeid, medvirkning og informasjon til de ansatte.....	20
Ulike former for ledelse.....	24
Situasjon og ressurser.....	27
Dokumentering av resultater og prosesser.....	29
Prosjekt eller prosess?.....	31
Organisasjonskultur.....	32
Del III: Kritiske refleksjoner.....	43
Kostnad og gevinst ved å øke nærværet.....	44
Sykefraværsprosenten som mål.....	48
Oppsummering.....	52
Litteraturliste.....	55
Vedlegg.....	57

INNLEDNING

Kvalitetskommuneprogrammet (KKP) er et samarbeid mellom Kommunal- og regionaldepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, KS, Akademikerne, LO-kommune, UNIO og YS-kommune. Programmet har en todelt målsetning; økt kvalitet på tjenestene ut til brukere og å redusere sykefraværet, og disse to satsningsområdene er primært rettet mot pleie og omsorg og oppvekstsektoren. Denne rapporten ser kun på én av disse målsetningene; reduksjon i sykefraværet i kommunalsektor.

Reduksjon i sykefravær er et tema som er viktig av mange årsaker. Et høyt sykefravær innebærer en byrde både for det enkelte menneske som har en svekket helse, og en kollektiv byrde for både arbeidsplassen som enhet og samfunnet som helhet. For enkeltindivider innebærer et sykefravær at man har en redusert funksjonsevne og at man lett kan bli satt litt på sidelinjen av ”det normale samfunnet”, og dette kan påvirke livskvaliteten til mennesket negativt. For arbeidsplassen innebærer det et tap i arbeidskapasitet som ikke nødvendigvis er like enkelt å erstatte og på den måten kan dette gå utover både kvantitet og kvalitet på de tjenestene arbeidsplassen tilbyr. Disse konsekvensene vil tildels også gjøre seg gjeldende i samfunnet som helhet. Et høyt sykefravær nasjonalt sett innebærer også en stor kostnad for samfunnet knyttet til sykelønn og rehabilitering, og i 2008 ble det utbetalt nærmere 30 milliarder i bare sykelønn fra NAV (NAV 2008). Det vil derfor være av interesse å redusere sykefraværet i Norge.

Med bakgrunn i problemstillingen; "Hvilke suksesskriterier må være til stede for at kommunene skal lykkes i sitt arbeid med reduksjon i sykefraværet?", har vi intervjuet ulike representanter fra 5 kommuner tilknyttet programmet. Det er i liten grad gjennomført noen evaluering eller effektmåling av de enkelte tiltakene i kommunen. Det er derfor viktig å presisere at de funnene som kommer frem i denne rapporten, er hva kommunen selv opplever som viktig i sitt arbeid med å redusere sykefraværet.

For å få en ryddig fremstilling er denne rapporten delt inn i 3 deler. Del I presenterer det teoretiske rammeverket og den metodiske tilnærmingen. I del II tar vi for oss funnene fra intervjuene og analysen av disse. Del III inneholder en oppsummering, og noen temaer vi mener er viktige å diskutere i forbindelse med sykefraværarbeid.



DEL I: TEORI OG METODE

Del I av rapporten inneholder:

- et teoretisk rammeverk som denne rapporten kan forstås innenfor
- metodetilnærming for hvordan denne rapporten har blitt utarbeidet

ET RAMMEVERK Å FORSTÅ RAPPORTEN INNENFOR

I dette kapitlet vil vi forsøke å legge frem et rammeverk som denne rapporten kan forstås innenfor. Forskning og praksis på et gitt tema skjer gjerne innenfor et rådende rammeverk, eller paradigme, som legger rammer for hvordan man forstår et fenomen og hvordan praksis blir utøvd. Et paradigme kan påvirke både forskning og praksis ved at man forstår et fenomen på en bestemt måte så kan man utelukke andre perspektiver på temaet. Innledningsvis vil vi derfor her klargjøre hvilke paradigmer de kommunene vi har snakket med har jobbet ut i fra når det gjelder sykefravær. Vi vil spesielt klargjøre begrepet helse, som er knyttet til sykefravær. Helse er et begrep som det fins mange oppfatninger av hva er, hva som påvirker helse, og hvordan man skal jobbe med menneskers helse både generelt, og i arbeidslivet spesielt. For å kunne få en god forståelse av både forskning og praksis knyttet til dette temaet er man avhengig av å avklare hva man forstår med begrepet helse, og hvordan praksis har vært knyttet til dette feltet i arbeidslivet.

I tillegg vil vi beskrive den praktiske modellen som i stor grad har vært gjeldende for organisasjonsutvikling innenfor norsk arbeidsliv siden slutten av 70-tallet. Denne modellen er det Gamperiene et. al. (2007:30) kaller den nordiske modellen i forhold til organisasjonsutvikling (OU), og vi vil beskrive hvordan denne modellen fungerer. De kommunene vi har snakket med har deltatt i Kvalitetskommuneprogrammet (KKP), og KKP er et program som bygger på rammen av den nordiske modellen. Det vil derfor være viktig klargjøre arbeidsrammene som kommunene har utviklet og driver sitt sykefraværarbeid i. I tillegg vil vi gå kort igjennom teori og forskning innenfor området arbeidshelse og organisasjonsutvikling som vil være relevant for å kunne forstå denne rapporten.

En gjennomgang av disse aspektene er hensiktsmessig av flere årsaker. For det første gir det leseren et konseptuelt og historisk rammeverk å forstå denne rapporten innenfor. I flere av de kommunene vi har intervjuet har de tiltakene som har vært satt i gang vært bygd på litt forskjellig fortolkning av begrepet helse og sykefravær, og derfor vil det være viktig å klargjøre dette begrepet. For det andre vil det kunne hjelpe personer som praktisk jobber med problematikk knyttet til arbeidshelse å orientere seg i forhold til forskning og praksis. For det tredje kan dette

rammeverket kunne hjelpe de som ønsker å starte med praktisk arbeid knyttet til arbeidshelse i sin bedrift ved å finne ut hvordan de ønsker å legge opp arbeidet sitt i forhold til rådende teori, praksis og metode.

Helse – et negativt og et positivt perspektiv

Begrepet helse kan forstås på forskjellige måter, og hvordan man konseptualiserer begrepet vil være avgjørende for hvordan man velger å jobbe når man skal redusere sykefravær i arbeidslivet.

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer begrepet helse som: *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity*¹. Denne definisjonen av helse inneholder to aspekter som avgjør hvordan man forstår selve begrepet

helse. På den ene siden kan helse sees på som et fravær av sykdom og svekket allmenntilstand.

Dette innebærer at god helse er noe man har når man ikke er syk. Det andre aspektet i WHO sin definisjon av helse presiserer at helse også er en komplett fysisk, mental og sosial velvære. I dette perspektivet av helse fokuseres det ikke på et fravær av sykdom, men noe mer. Det fokuseres på en tilstand preget av komplett fysisk, psykisk og sosialt velvære, i en mer positiv retning enn et sykdomsorientert perspektiv. Forskning og praksis innenfor temaet arbeidshelse har varierende grad vært rettet mot en av disse to forståelsene av begrepet helse. Disse to aspektene av helse har utspring fra to forskjellige posisjoner som legger et rammeverk for hvordan man forstår og jobber med helse i arbeidslivet. Innenfor det første perspektivet som kan kalles et patologisk orientert perspektiv på helse har forskning og praksis vært orientert mot hva er det som gjør at mennesker blir syke og hva kan man gjøre for å få syke mennesker frisk. Forskning har her fokusert på å finne risikofaktorer for hva som gjør oss syke slik at man kan bygge ned og forsøke å fjerne disse (Antonovsky 1987). Innenfor det andre perspektivet som kan kalles et salutogenisk orientert perspektiv (Antonovsky 1987) er forskning og praksis orientert mot friskhetsfaktorer og ser på hva er det som gjør at vi ikke blir syke, men forholder oss friske, og hva er det som gjør at helsen vår blir bedre fremfor verre. I dette perspektivet snakker man ofte ikke om sykefravær på jobben, men man snakker om nærvær på jobben.

¹ <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Det er viktig å presisere at de kommunene vi har snakket med ikke utelukkende har fokusert på en av disse to perspektivene, men at de i varierende grad har forsøkt å gjøre begge deler. Både forebygge aktivt, samt reparere reaktivt. I analysedelen vil det tidvis være en vekslende diskusjon mellom disse to perspektivene.

FAKTABOKS

Et nytt forsknings- og praksisparadigme knyttet til helse

Hovedfokus innenfor forskning og praksis knyttet til helse generelt og arbeidshelse spesielt har i stor grad vært patologisk orientert. I 1986 ble verdens første internasjonale konferanse knyttet til helsefremmende arbeid arrangert i Ottawa i Kanada av WHO (WHO 1986) og siden da har man sett en liten dreining i fokus hvor man i større grad har sett på helse fra et mer positivt og salutogenisk perspektiv i både academia og praksis (Antonovsky 1987, Gamperiene m.fl. 2007, Clegg et. al. 2008).

I Norge reflekteres dette fokuset dette blant annet i etableringen av Norsk nettverk for helsefremmende sykehus som ble etablert i 1998, og som er medlem av det WHO-initierte nettverket Health Promoting Hospitals og den første nasjonale konferansen om Helsefremmende arbeidsplasser i 2002 arrangert av Statens arbeidsmiljøinstitutt i samarbeid med partene i arbeidslivet og alle aktørene bak IA-avtalen sto bak konferansen som medarrangører. Fra denne konferansen ble "Lillestrømerklæringen" lagd, hvor man hadde en bred enighet om at man skulle starte en prosess som gir innhold til begrepet "helsefremmende arbeidsplasser". Denne konferansen ble fulgt opp med en ny konferanse på samme tema i 2006, også denne på Lillestrøm. En av våre informantkommuner deltok på disse konferansene. I tillegg er det en rekke forsknings- og utdanningsinstitusjoner i Norge som tilbyr studier innenfor og forsker på helse i et mer positivt perspektiv som blant annet Statens arbeidsmiljøinstitutt, Senter for forskning om helsefremmende arbeid, miljø og livsstil ved Universitetet i Bergen og Senter for helsefremmende arbeid i lokale settinger ved Høgskolen i Vestfold.

Faktorer som påvirker helsen vår er veldig mange og sammensatte, og Gamperiene m.fl. (2007:3) peker på at det er vanskelig, om ikke umulig, og kontrollere for alle disse innenfor forskning. Faktorer som påvirker helsen vår er blant annet mer generelt kjønn, alder, sykdomshistorikk, individuelle forskjeller, familieliv, sosiale nettverk og arbeidsliv. Mer spesifikt kan man gå inn på de ulike områdene og se på hva er det som påvirker helsen vår som for eksempel hva er det ved arbeidslivet som gjør at vi blir syke eller forholder oss friske og utvikler oss til å få en økt komplett tilstand av fysisk, psykisk og sosialt velvære. Disse faktorene kan man finne på ulike nivåer i arbeidslivet. Selv om helse blir påvirket av mange faktorer er det enighet om at arbeidsplassen er en arena som påvirker helsen vår i stor grad.

Ulike typer tiltak – primære, sekundære og tertiære tiltak

Når man jobber med sykefravær eller nærvær kan de tiltakene man setter i gang med plasseres innenfor en av tre hovedtyper tiltak: primær-, sekundær eller tertiærtiltak (Quick & Tetrick 2003). Hovedsaklig faller de tiltakene som er av en salutogenisk orientering inn under primære tiltak, mens de som er mer patologisk orienterte faller inn under sekundære/tertitære tiltak. Primære tiltak er tiltak som blir iverksatt på arbeidsplassen for å fremme god helse og forhindre at friske arbeidstakere blir syke. Målgruppen for disse tiltakene er primært de som er friske. Sekundære tiltak er tiltak som blir satt inn rettet mot arbeidstakere som fortsatt er friske, men som enten viser symptomer på begynnende sykdom eller er ekstra utsatte for å bli syke i arbeidet. Tertiære tiltak er tiltak som er rettet mot arbeidstakere som har blitt syke og står utenfor arbeidslivet i varierende grad, og som har som mål å få disse arbeidstakerne friske og aktive i arbeidslivet igjen.

Primære og sekundære tiltak er tiltak som ofte blir utformet og i gangsett på den enkelte arbeidsplass. Eksempelvis kan dette være lederutviklingsprogrammer, jobbrotasjon, omplassering, opplæring og tilpassing av arbeidsplassen i form av tekniske hjelpemidler m.v. Tertiære tiltak har på en annen side i større grad vært satt i gang utenfor den enkelte arbeidsplassen i form av for eksempel konsultasjon med fastlege og behandling av muskel- og skjelettplager hos fysioterapeut. I den senere tid har disse tiltakene i større grad blitt forsøkt knyttet nærmere arbeidsplassen ved å utbedre kommunikasjonen mellom arbeidsplassen og lege blant annet ved innføring av en ny sykemeldingsblankett 1. september 2008, som gir sykemelder muligheten til å gi en avventende sykemelding slik at arbeidsgiver trekkes mer inn i tilpassing av arbeidet og utbedring situasjonen til den sykemeldte for at han eller hun skal komme raskere tilbake til arbeidslivet.

ORGANISASJONSUTVIKLING I NORGE - DEN NORDISKE MODELLEN

KKP føyer seg inn i en tradisjon av programmer på nasjonalt nivå som bygger på en forholdsvis lik tanke og modell, og som legger et vist rammeverk og betingelser på den utviklingen som skjer i kommunene. Den historiske utviklingslinjen til denne programorganiseringen kan i Norge spores tilbake til etableringen av det store samarbeidsprosjektet mellom LO og N.A.F. på starten av 60-tallet hvor demokratiseringen av arbeidslivet sto sentralt (Gustavsen 1990). Siden den gang har organisasjonsutvikling (OU) i Norge utviklet seg fra generelt å være preget av felteksperimenter drevet av forskere og partene i arbeidslivet, til å være mer preget av prosjekter med likeverdig deltagelse fra partene i arbeidslivet, og nettverkssamarbeid mellom bedrifter. I KKP inkluderer partsamarbeidet folkevalgte i kommunen slik at det dannes et trepartsamarbeid. Dette trepartsamarbeidet er i følge Gamperiene m.fl. (2007:34) grunnstein i den nordiske arbeidslivsmodellen. Vi vil nå kort beskrive struktur og metode i KKP i mot denne historiske utviklingen slik at vi klargjør rammene og metodikken som de kommunene vi har undersøkt har jobbet delvis innenfor.

Totalt består KKP av 138 kommuner som har blitt tatt opp til programmet via 4 puljer fordelt på perioden 01.01.2007 til 31.12.08, hvor man har hatt opptak av to puljer pr. år. For å bli tatt opp i programmet må kommunene sende inn en søknad som danner grunnlaget for opptaket. Søknaden må inneholde en oversikt over pågående arbeid som kommunene ønsker å bygge på og det må være vedlagt prosjekt- og handlingsplaner i tillegg til søknaden. Sentralt for KKP er det at det er et ”participative design” som Gustavsen (1990:81) kaller det. Dette innebærer at man skal legge større vekt på den kunnskapen som finnes i deltakerkommunene, og at prosesser på gang i de deltakerkommunene søkes brukt som utgangspunkt for videre endring – snarere enn å se situasjonen som en form for null-linje (Gustavsen 1990:81). I tillegg skal all prosjektarbeid som foregår i kommunene være et trepartsamarbeid mellom politikere, administrativ ledelse og tillitsvalgte. I mange kommuner har arbeidet vært preget av metoder hentet fra modellkommunemetodikken hvor tiltak og utvikling har vært drevet frem av ansatte basert på deres erfaringer (Skålnes 2002).

Etter at kommunene har blitt tatt opp i programmet blir de satt inn i et nettverk med fire til syv andre kommuner i samme pulje. Det første som skjer her er at styringsgruppen i de ulike kommunene deltar på en oppstartskonferanse som danner grunnlaget for hvordan kommunen kan jobbe med tiltak. I tillegg blir det i disse nettverkene jevnlig arrangert nettverkssamlinger hvor alle kommunene i nettverket samles for å presentere og diskutere sine prosjekter og utviklingsarbeid. Tidligere OU og felteksperimentene hadde i større grad fokus på å utvikle og overføre kunnskap fra ulike modeller som ble formidlet av forskere, men disse forskjellige nettverkene ble etter hvert etablert og satt sammen for at kommunene skal få et forum for erfaringsutveksling slik at de kan lære av hverandres praksis fremfor en modell. Av ulike årsaker opplevde man en stagnasjon og et spredningsproblem med den tidligere OU-tradisjonen og fokuset ble mer rettet over på utvikling av arbeidsformer, erfaringer og prosesser via nettverk fremfor å bare formidle vellykkede OU-caser (Gustavsen 1990:82).

Hvert nettverk i KKP har tilknyttet en spesialrådgiver som jobber i sekretariatet, og som skal fungere som en veileder og støttespiller for utviklingen for kommunene i nettverket og hjelpe kommunene med å sette fokus på de prosessene knyttet til sykefraværarbeid. Enkelte kommuner har også trukket inn ytterligere ekstern bistand i form av blant annet forskere, konsulenter eller andre institusjoner som for eksempel NAV. Etter hvert som arbeidet går fremover i kommunene skal det gjennomføres en evaluering av arbeidet. Denne evalueringen har vært noe varierende fra kommune til kommune på grunn av en del problemer om hvordan man skal gå frem for å gjøre dette. Mange kommuner har gjennomført evalueringen ved hjelp av brukerundersøkelser, medarbeiderundersøkelser og endringer i sykefraværsnivået.

METODE

Mandatet gruppen fikk fra sekretariatet var i utgangspunktet ganske åpent. I samarbeid med oppdragsgiver og veileder kom gruppen frem til problemstillingen vi ville belyse. Vi bestemte oss for å belyse problemstillingen basert på en casestudie av fem kommuner, samt kvalitative intervjuer. Det empiriske datamaterialet består av fire gruppeintervjuer med henholdsvis to, tre, seks og syv informanter, fire telefonintervjuer og et intervju med en informant. I tillegg har to av gruppemedlemmene fått være med på en to dager lang nettverkssamling med to av de kommunene vi ville se på, samt deltatt på frokostseminar om helsefremmende arbeidsplasser hos Statens arbeidsmiljøinstitutt. Kommunene vi valgte ut er ganske godt geografisk spredt, politisk heterogene og er av ulike størrelser, fra veldig små til ganske store i forhold til innbyggertall.

Metodevalg: en kvalitativ tilnærming

Kvalitative studier har tradisjonelt hatt en induktiv tilnærming, ved at det teoretiske perspektivet utvikles på grunnlag av analyse av dataene. Den induktive fremgangsmåten er basert på en antakelse om at teoretiske perspektiver kan utvikles på grunnlag av akkumulasjon av empiriske studier (Thagaard 2009).

Formålet med vår studie har vært å kartlegge hvilke faktorer kommunene har oppfattet som viktige i sitt arbeid med sykefravær. Samfunnsforskning har en tradisjon for å skulle ta utgangspunkt i problemer som er viktige i samfunnet. Den kunnskapen som kommer frem skal ha en praktisk betydning og beskrive hvordan man kan belyse problemene man undersøker (Thagaard 2009).

Gruppen vurderte kvantitativ metode, men siden vi ville gå i dybden på materialet og belyse et avgrenset område med mange variabler, var kvalitativ metode først og fremst interessant. I tillegg så vi det som sannsynlig at vi ville måtte tolke funnene i lys av den konteksten informantene våre befinner seg i. Dermed ble kvalitativ metode og i hovedsak det kvalitative forskningsintervjuet det verktøyet som var mest hensiktsmessig for oss. Det var også viktig for oss at den kvalitative metoden er mer fleksibel og åpen for endringer underveis i forskningsprosessen, siden vi var litt usikre på hva vi kom til å finne.

Utvalg

Etter å ha bestemt oss for å gjennomføre kvalitative intervjuer, måtte vi begynne å tenke på utvalg. Sekretariatet for KKP holdes av KS og de som jobber med programmet på daglig basis har god kjennskap til kommunene som deltar i programmet. Via sekretariatet fikk vi et utvalg på åtte kommuner som deltar i KKP, som vi kunne undersøke og ut fra dette velge oss seks kommuner som vi ville se nærmere på. Hvor mange kommuner vi endte opp med å undersøke var et resultat av en avveining mellom å finne et godt nok utvalg, som vi også kunne undersøke i løpet av de månedene vi hadde tilgjengelig for å fullføre prosjektet. For å bestemme oss for hvilke seks kommuner vi skulle se på, lagde vi først en oversikt over alle kommunene med demografiske data, samt leste søknader de hadde sendt til KKP og den siste rapporten de hadde sendt inn. Vi leste også dokumentasjon knyttet til de ulike prosjektene i form av årsmeldinger fra kommunene, sykefraværdata, forskningsrapporter og publikasjoner kommunene selv hadde gjort tilgjengelige.

I kvalitative undersøkelser velger man en seleksjonsmetode som sikrer et utvalg av informanter som er villige til å være med i undersøkelsen. Dette kalles et tilgjengelighetsutvalg (Thagaard 2009:54). I vårt tilfelle var det i utgangspunktet ikke vanskelig å finne informanter. Alle seks kommunene vi valgte sa ja til å stille opp som informanter. Vi fikk kontaktinformasjon fra sekretariatet og kontaktet prosjektledere i alle seks kommunene.

Vi hadde satt en frist for nå intervjuene skulle være gjennomført, og da denne datoen kom manglet vi fremdeles intervjuer med en kommune, hvor det hadde vært spesielt vanskelig å få kontakt med de som jobbet med KKP i kommunen. Gruppen valgte derfor å utelate denne kommunen fra prosjektet etter å ha forsøkt å få kontakt gjentatte ganger, både fordi vi ikke hadde tid til å forsøke å få kontakt mer, men også fordi vi mente undersøkelsene av de fem kommunene vi hadde intervjuet ga tilstrekkelig bakgrunn for å kunne belyse problemstillingen.

Intervjuene

Det er viktig å huske at forskningsintervjuet ikke er en konversasjon mellom likeverdige deltakere, siden det er forskeren som definerer situasjonen. Temaet blir gitt av forskeren, som

kritisk vurderer og følger opp intervjuobjektets svar. Gruppen mener at vi, som studenter, fremsto som troverdige, men likevel ikke dominerende i intervjusituasjonene. I følge Kvale (2006:23) er intervjuformens styrke at ”den fanger opp variasjonen i intervjupersonens oppfatninger om et tema og gir dermed et bilde av en mangfoldig og kontroversiell menneskelig verden”.

Alle intervjuene ble gjennomført i løpet av mars og april 2009, tatt opp med diktafon og deretter transkribert i sin helhet. Gruppen valgte å gjøre dette for lettere å få oversikt over materialet. Det ble også lettere å finne poenger å trekke frem fra en skrevet tekst i forhold til å bare ha det på lydfiler. Thagaard (2009) anbefaler bruk av diktafon når informantene aksepterer dette. Alle informantene samtykket til at vi kunne bruke diktafon før vi satte i gang opptaket.

Da vi tok kontakt med de seks kommunene, ved prosjektleder, sendte vi dem et informasjonsbrev (Vedlegg B). I dette sto det litt om oss, prosjektet og at vi gjennomførte prosjektet på oppdrag fra sekretariatet i KKP. I tillegg la vi ved et brev om informert samtykke (Vedlegg C), der vi understreket at alle informantene ville bli anonymisert og at de kunne trekke seg underveis i forskningsprosessen dersom de ønsket det. Vi informerte også om at rapporten ville bli gjort tilgjengelig via sekretariatet.

De to første intervjuene ble gjennomført på en nettverksamling der blant annet to av kommunene i undersøkelsen var til stede. Dette var gruppeintervjuer med henholdsvis tre og syv personer til stede, i tillegg til de to intervjuerne. Informantene i gruppeintervjuene gjenspeilet de ulike partene i trepartssamarbeidet. Fordelen med et gruppeintervju er at man lettere kan få til en samtale, at informantene kan spille på hverandres utsagn og meninger, samt at forskeren kanskje ikke trenger å ha en like dominerende rolle som når man intervjuer bare en informant. Det krever likevel koordinering og evne til å føre samtalen tilbake på rett spor dersom den sklir ut.

På denne nettverkssamlingen fikk to av gruppemedlemmene også mulighet til å teste ut deltagende observasjon. De deltok på et to dager langt program, med ulike innleder, samt diskusjoner og gruppearbeid med informantkommunene. Dette ga et godt innblikk i dynamikken mellom de som jobber med KKP lokalt, samt mulighet for mer uformelle samtaler med

informantene. Materialet fra de uformelle samtaler har ikke blitt brukt direkte i analysen, men har skapt nødvendige innblikk som har gitt en forståelse til hjelp for analysen. Deltagelsen ga et helhetlig bilde av arbeidsmetodikken i kommunene. Dybdeintervjuet, samt to av gruppeintervjuene ble gjort på en dagstur til en av kommunene, der vi fikk snakke med en virksomhetsleder og styringsgruppen for prosjektet i kommunen.

Telefonintervjuene ble alle gjennomført av bare ett gruppemedlem av gangen. Alle informantene som ble intervjuet over telefon fikk tilsendt spørsmålene, informasjonsbrev, en informasjonshefte (Vedlegg D) om prosjektet vi hadde laget på mail dagen før intervjuet. Utfordringen med telefonintervjuer er at mye av dynamikken mellom forsker og informant forsvinner, siden man ikke er på samme sted. Likevel mener gruppen at intervjuene er verdifulle. Det var ikke mulighet for å reise til alle kommunene, verken tidsmessig eller økonomisk og telefonintervjuer ble dermed den beste løsningen. For å gjøre det lettere for informantene sendte vi over informasjonsbrev, en folder vi hadde laget og informasjon på mail dagen før intervjuet.

Ved det ene dybdeintervjuet var tre av gruppemedlemmene til stede, men bare en ledet intervjuet. De to andre kom med oppfølgingsspørsmål mot slutten. Ved dybdeintervjuer er det andre utfordringer enn ved gruppeintervjuer. Det handler om å skape en fortrolig atmosfære og det er viktig at forskeren viser interesse for informanten og oppmuntrer til dialog. Forskningsintervjuet er en faglig konversasjon basert på den hverdagslige samtalen (Kvale 2006). Vi brukte samme intervjuguide på alle intervjuene, som var en delvis strukturert intervjuguide. Se vedlegg E.

Etiske problemstillinger

Gruppen diskuterte mye med oppdragsgiver og veileder i forhold til anonymisering av informanter, og ble enige om at dette i utgangspunktet ikke var en spesielt sensitiv problemstilling. Likevel valgte gruppen i utgangspunktet å anonymisere informantene. Anonymisering er en del av prinsippet om konfidensialitet, som i tillegg betyr at materialet man samler inn skal behandles konfidensielt (Thagaard 2009).

Når vi kom til det stadiet at intervjuene var ferdige og vi var godt i gang med analysen, innså vi at det ville heve kvaliteten på rapporten dersom vi fikk lov til å bruke en kommune vi hadde undersøkt som eksempel. Det ble da spurt om de kunne tenke seg å bli brukt som eksempel, og vi understrekte at de hadde mulighet til å trekke seg eller bli anonymisert igjen helt frem til rapporten skulle ferdigstilles. Vi vil understreke at gruppen bare har brukt Mandal kommune som navngitt case for å illustrere deres arbeid med organisasjonskultur.

Et viktig prinsipp i samfunnsforskning er at informantene ikke skal ta skade av å delta i forskningen, og forskeren må beskytte informantenes integritet gjennom hele prosessen (Thagaard 2009). Selv om vi valgte å be en kommune om å gå vekk fra å være anonyme, mener gruppen at dette ikke var til skade for noen av informantene.

Reliabilitet, validitet og overførbarhet

Reliabilitet handler om forskningens pålitelighet; vil man med de samme metodene komme fram til samme resultat? Man skiller her mellom informasjon fra feltarbeid og egen tolkning, og man redegjør for relasjonen til informanten. Begrepet reliabilitet har en referanse til repliserbarhet, som er knyttet til en positivistisk forskningslogikk som fremhever nøytralitet som et relevant forskningsideal, og hvor relasjonene sees som uavhengige av relasjoner mellom forsker og de som studeres. Thagaard (2009) påpeker at kvalitativ forskning bør vurderes med hensyn til troverdighet, og spør om repliserbarhet er et relevant kriterium i kvalitativ forskning. Som Thagaard mener vi at repliserbarhet ikke er et nødvendig kriterium, men at vår undersøkelse innfrir kravet til troverdighet ettersom våre funn er i samsvar med funn fra tidligere forskning på området (Gamperiene et.al. 2007).

Validitet handler om gyldigheten av de tolkningene undersøkelsen fører til. Har relasjon til felt og informanter påvirket resultatene, og representerer resultatene den virkeligheten vi har studert? Arbeid i felten representerer en mellommenneskelig prosess som ikke kan gjentas på samme måte på et senere tidspunkt (Thagaard 2009). Vi kan styrke validitet ved forskeren tydeliggjør grunnlaget for fortolkninger, ved å redegjøre for hvordan analysen gir grunnlag for de konklusjoner forskeren er kommet frem til, og ved at de legges frem og diskuteres med feltets

deltagere. Det er et tegn på god validitet dersom disse gjenkjenner resultatene. Gruppen forsøkte å styrke validiteten i undersøkelsen ved å gjenfortelle det vi hadde forstått som viktige poenger fra informantene etter hvert intervju med: «har vi forstått det riktig..?».

Overførbarhet er knyttet til at den forståelsen som utvikles innenfor rammen av et enkelt prosjekt, også kan være relevant i andre situasjoner. Kan også handle om at lesere kan identifisere seg i forhold til fenomener som studeres, hvis de kjenner til dem fra før. Forskeren kan enten søke å gjengi den forståelsen hun eller han tror informanten forsøker å formidle, eller forskeren kan argumentere for en alternativ tolkning som tar utgangspunkt i motsigelser i informantens beskrivelser. Det er ingen grunn til å tro at casene vi har undersøkt er så unike i seg selv at kunnskapen hentet fra dem ikke kan brukes av andre kommuner. Det kan være et poeng at overføringsverdien i enkelte tilfeller kan minskes når det kommer til kommunestørrelse. Noen tiltak kan være lettere gjennomførbare i store eller små kommuner.

Gruppen mener de resultatene vi kommer frem til er noe som flere kommuner som arbeider med sykefraværproblematikk kan ha nytte av, og at repliserbarhet ikke er et mål i seg selv i kvalitativ forskning (Thagaard 2009). Gruppen har kategorisert og analysert de transkriberte intervjuene og i oppsummeringen kommer vi med forslag til hvordan andre kommuner kan bruke funnene våre. Gruppen mener derfor vi har oppfylt kriteriene i forhold til troverdighet, validitet og overførbarhet.



DEL II: OPPLEVDE SUKSESSKRITERIER

Del II av rapporten inneholder våre funn knyttet til suksesskriterier for sykefraværsarbeid:

- Motivasjon og drivkraft
- Trepartsamarbeid, medvirkning og informasjon
- Ledelse
- Situasjon og ressurser
- Dokumentering av resultater og prosesser
- Organisasjonskultur

INNLEDENDE KOMMENTARER TIL SUKSESSKRITERIER

Vi har fått, og utarbeidet i samarbeid med, et mandat fra sekretariatet for KKP hvor vi skulle kartlegge og se på et utvalg kommuner for å se hva slags suksessfaktorer som ligger til grunne for at disse har lyktes med sykefraværsarbeidet sitt. Se vedlegg F for mandatet.

Etter at vi hadde gjennomført en del intervjuer tegnet det seg et noe todelt bilde av arbeidet med sykefravær i kommunene. Noen kommuner drev konkret med jobbing målrettet mot å redusere sykefravær, men en del hadde også et mye større fokus på organisasjonsutvikling generelt. Innledningsvis ble det påpekt at Kvalitetskommuneprogrammet har to prioriterte områder som det satser på: kvalitet på tjenestene ut til brukerne, og reduksjon av sykefravær. Disse to aspektene ved en kommune henger tett sammen, og kommunene vi har snakket med mener disse to aspektene er i større eller mindre grad avhengig av hverandre. Vi valgte å avgrense vårt temaområde til kun å gjelde sykefraværsarbeid, men det primære fokuset hos kommunene ligger ikke nødvendigvis bare på å redusere sykefraværet, men å utvikle sunne og friske organisasjoner hvor reduksjon av sykefraværet er en del av dette. Sykefraværsarbeid i en kommune kan derfor ikke nødvendigvis sees på som et isolert satsningsområde, men heller på som et ledd i en bredere organisasjonsutvikling. Det vil i denne sammenhengen være vanskelig å presentere suksessfaktorer knyttet til bare sykefraværsarbeid, men de funnene vi presenterer vil også være gjeldene i forhold til organisasjonsutvikling i bredere forstand.

MOTIVASJON OG DRIVKRAFT

For å lykkes med sykefraværarbeid er man avhengig av å komme godt i gang, og da står motivasjon sentralt. Gruppen hadde derfor lyst til å finne ut hva motivasjonen for å drive med sykefraværarbeid var i de ulike kommunene og hvordan de ulike prosjektene var initiert. Det fremkom en del ulike svar under de ulike intervjuene, selv om mye gikk igjen. Den helhetlige jobbingen med å endre organisasjonskultur og holdninger til det å være syk, som noen kommuner hadde et sterkt fokus på, var ikke like tydelig hos andre. Disse hadde mer fokus på direkte tiltak, som innkjøp av hjelpemidler og samarbeidet med NAV for å få dette til.

Et par av kommunene vi så på hadde av KKP blitt bedt om å delta i programmet, og være det som kalles «innsatskommuner sykefravær». Dette var kommuner som hadde jobbet med sykefravær siden IA-avtalen kom, men som likevel hadde en høy fraværspersent. Kommune 5 fikk tilbud fra KKP om å være med i innsatsgruppen for sykefraværarbeid som skulle startes, fordi fraværet i kommunen var så høyt. IA-arbeidet hadde begynt allerede i 2002, slik at de jobbet med problematikken, men de store resultatene uteble. Kommunen mener situasjonen ble litt bedre da de kom med i KKP: «Det gjorde det at når vi kom inn i sykefraværprosjektet så vi mye mer fokus på det og da ga det litt andre resultater» (informant 20).

De fleste kommunene hadde på et tidspunkt benyttet seg av konsulenter for å se på de ulike tiltakene de arbeidet med. Disse var enten fra KKP eller leid inn fra private aktører. Alle kommunene hadde likevel egne tiltak og planer, selv om de kanskje lånte noen fra andre kommuner, for eksempel fra kommuner i nettverket de var en del av. Informant 20 forteller at de ansatte i kommunen har fått være med på å komme med forslag til tiltak, og at dette har ført til at de ansatte har et eierforhold til dem, noe som ansvarliggjør de ansatte. Dette kan gi en ekstra motivasjon for å drive arbeidet videre og å følge det opp på hver enkelt virksomhet.

Også i oppstarten kom det frem at enkeltpersoner, personer med drivkraft bak det hele, såkalte ildsjeler, var viktig for å begynne arbeidet. «Det er klart at det å ha forankring, å ha en personalsjef som eier det så mye, som har så mye driv og er så aktiv i forhold til det, er avgjørende» (informant 1).

Det kan virke som om at KKP var en større motivasjon og drivkraft for de små kommunene enn for de store. Dette kan være fordi de har færre ressurser å sette inn i arbeidet med sykefravær enn de litt større kommunene, og fordi de kanskje har mer bruk for nettverkene enn de større kommunene har. Kommune 4, som er en relativt stor kommune, nevnte likevel at KKP var en viktig motivasjonsfaktor i begynnelsen av arbeidet, og at deltagelse i KKP var med på å få til et bedre trepartssamarbeid i kommunen.

TREPARTSSAMARBEID, MEDVIRKNING OG INFORMASJON TIL DE ANSATTE

Som det ble innledningsvis nevnt i teorikapittelet (se “Organisasjonsutvikling i Norge - den nordiske modellen”), har partssamarbeid lange tradisjoner i norsk arbeidsliv og i offentlig sektor. Tradisjonelt har partssamarbeid vært et formalisert samarbeid mellom arbeidsgivere (ledelse) og de ansatte. Vi opplever at noen kommuner definerer partsamarbeidet på denne måten der den politiske ledelsen har arbeidsgiverfunksjonen, som i kommune 2. Det spesielle med KKP er at det tar utgangspunktet i modellkommunemetodikken hvor dette partssamarbeidet på kommunalt plan er et trepartssamarbeid mellom politikerne, administrasjon og tillitsvalgte (Dalby 2009). Det andre kjennetegnet er at man samarbeider om et helhetlig prosjekt over tid, her på 3 år, og har hele kommunen som sitt utviklingsområde (Dalby 2009). Dette illustreres ved at KKP satser på ”å øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet gjennom en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte slik at innbyggerne merker en forbedring”².

Rent praktisk er trepartssamarbeid i kommunene representert ved at styringsgruppene for prosjektet er sammensatt av politikerne, administrasjon og representanter for ansatte. Det er også vanlig å samarbeide med andre parter, som NAV og bedriftshelsetjenesten.

² http://www.regjeringen.no/Kvalitetskommuner/kvalitetskommuner_avtale_om_program_for_utvikling_av_kvalitet_i_kommunesektoren.pdf

I kommunene vi har snakket med, er det noen fellestrekk for hvordan man opplever trepartssamarbeid. Flere synes at de har klart å få til trepart på grunn av KKP, mens noen mente de hadde et nok godt samarbeid fra før.

Trepartssamarbeidet i kommunemetodikken hviler på følgende bærebjelker: prinsippet om konsensus, likeverd mellom partene, dialogpreget kommunikasjon og kollektivt ansvar. Vi kommer nå til å diskutere hvordan de ulike kommunene opplever disse bærebjelkene. Vi vil videre se på hva betyr trepartssamarbeidet for de involverte partene.

Konsensusprinsippet

Konsensus defineres som en generell enighet mellom medlemmer av en gitt gruppe eller felleskap, og forutsetter en indre fortrolighet i forhold til hvordan man blir enige, og i forhold til hva som videre må gjøres. Målet er at alle skal føle delaktighet og eierforhold til de konklusjonene som trekkes, og ingen skal føle seg som vinnere eller tapere (Dalby 2009). Det er et gjeldende prinsipp i kommunene å komme fram til en konsensus slik at ansatte skal stå i fokus, istedenfor å bli "kasteballer". Enigheten kan ha et preg av et kompromiss mellom partene ved at man kan være uenig politisk, men allikevel lage noen spilleregler: "jobbe sammen, ikke nødvendigvis i samme takt, men i samme retning" (informant 20).

Likeverd mellom partene

For å skape likeverdighet kreves det at alle har adgang til dokumenter, at alle har innsikt i saken. Hensikten ved trepartssamarbeid er blant annet å hente ut synergieffekter, der hver av partenes kunnskap, innsikt og virkelighetsforståelse deles i et likeverdig samarbeid. I KKP fant vi spesielt at den politiske siden følte seg bedre informert og oppdatert som en konsekvens av et forbedret samarbeid. Politikerne melder tilbake at "det har vært artig og lærerikt å være med" (informant 18).

Dialog

Det er et gjeldende prinsipp at man skal oppnå enighet gjennom en dialog. I en av kommunene var en fagforening i utgangspunktet skeptisk til å være med i prosjektgruppen, "bli en del av ledelsen og glemme å være tillitsvalgt" (informant 10). Nå som prosjektet er godt i gang, synes

hovedtillitsvalgt i den kommunen at det å være med i prosjektgruppen fungerer bra, og har opplevd å ha en sterkere dialog med prosjektleder enn det de ville hatt ellers. Dialog kan oppfattes vanskelig av flere grunner.

FAKTABOKS

Gustavsen (1990:33-35) definerer *demokratisk dialog* etter følgende kriterier:

- Dialog er en utveksling av synsmåter, idéer og argumenter.
- Alle berørte parter må ha en mulighet til å delta. Alle skal involveres aktivt.
- Alle deltakerne er likestilt.
- Arbeidserfaring er grunnlaget for deltakelse, i det minste som utgangspunkt. I det minste noe av den erfaring den enkelte starter, må være relevant.
- Det må være mulig for alle å vinne en forståelse av det som diskuteres.
- Alle argumenter som gjelder de spørsmål som er under diskusjon er legitime.
- Alle argumenter skal være representert av minst en tilstedeværende aktør.
- Dialogen må hele tiden produsere delavtaler som kan danne grunnlag for praktiske tiltak.

Deltagerne har ofte en sterk tradisjon til å være parter med sterke meninger, til ”å slå i bordet med”. Dialog krever tid, noe som er et knapt gode. Tillitsvalgte har en annen jobb i kommunene. Noen informanter har påpekt at de skulle gjerne ha hatt en tettere dialog med politikerne, mens politikerne er travle og sitter i de mange politiske foraene og har mange møter.

Kollektivt ansvar

Et reelt partsamarbeid krever at alle partene og deltakerne føler et kollektivt ansvar for at prosjektet skal lykkes og for at målene skal nås som ellers ville vært vanskelig å nå uten et trepartssamarbeid. En informant bekrefter at det er blitt ”større ansvar og forpliktelse om å være mer oppdatert” (informant 10).

De ansatte og fagbevegelsen: større medvirkning

Medvirkning dreier seg om at de ansatte opplever en toveiskommunikasjon mellom dem og arbeidsgiveren innad i kommunen. Målet er at de ansatte får innflytelse på utformingen av tiltak. Dialog er derfor en forutsetning for medvirkning (Båtsvik et.al. 2007). Det forplikter på en annen måte når en forteller selv hvordan en vil ha det, enn om man får oppskrift fra andre: “medvirking er en friskfaktor som er viktig og metoden i seg selv legger opp til det” (informant 1). Når man gir tillit på den ene siden, så er det også naturlig å forvente forpliktelser på den andre. Det har imidlertid vært noe vegring mot medvirkning i og med at folk kanskje ikke er vant til å bli spurt om: Hva synes du? Og hva vil du? “Det er vanlig at mange mener noe uten å si ifra” (informant 7).

En annen viktig side ved samarbeidet er at arbeidstakerne føler seg sikrere i forhold til hvordan det politiske systemet fungerer. Man får derfor et generelt inntrykk av at trepartssamarbeidet er veldig positiv for de ansatte i kommunene. En hovedtillitsvalgt påstår at dette er en av de viktigste suksessfaktorene for at man skal lykkes i blant annet sykefraværsarbeidet.

Den administrative ledelsen: bedre forståelse

For den administrative ledelsen kan trepartssamarbeidet bety mindre tid på klager, misnøye og konflikter, bedre beslutningsprosesser, større forståelse og innblikk i den kommunale virkelighet, større effektivitet og større forståelse for de andre parter virkelighet (Dalby 2009). Forståelsen for problematikken på begge sider har vært sentralt (informant 5).

Politikerne: en viktig rolle

Politikerne spiller en viktig rolle i den kommunale virkelighet, det er tross alt i det politiske forumet pengene sitter. En informant mener at det er en styrke at arbeidet er politisk forankret: ”Jeg tror det er viktig at politikerne er med, det er ikke bestandig de vet hva som foregår der ute og hvordan personalet har det. De skal bevilge penger hit og dit og vet ikke alltid hva dette innebærer” (informant 3). Flere informanter mener at den politiske ledelsen har fått et mer aktiv rolle under KKP, før var det mye rapportering og tilbakemelding. Politikerne får også større forståelse og innblikk i den kommunale virkelighet og kommer bak tallene: “[Politikerne] lurte på

hva disse tallene betydde, og det var det ingen som sa noe om. Nå sier vi litt mer om hva det er [som ligger bak tallene]“ (informant 20).

Informasjon

For å skape engasjement blant de ansatte og bedre forståelse for prosjektet i kommunene, har alle undersøkte kommuner jobbet målrettet med informasjon. Sykefraværsprobatikken ble tatt opp på informasjonsmøter med alle arbeidstakere, det ble laget informasjonsfoldere om KKP, det er blitt gitt regelmessig opplæring til lederne om de oppdaterte sykemeldingsrutinene. Flere av kommunene har hatt tema-, prosess- eller informasjonsdager hvor de enkelte temaer blir tatt opp, slik som trepartssamarbeid. Foredragsholdere blir leid inn for å få saklig, god informasjon.

ULIKE FORMER FOR LEDELSE

Under intervjuene kom det frem at alle kommunene mente ledere på ulike nivåer spilte en avgjørende rolle i arbeidet med sykefravær. Det finnes mange teorier om ledere og lederstil. Vi velger her å presentere to lederstiler beskrevet av Burns i 1978 (Clegg et al 2008) for å belyse våre funn. Clegg et al (2008:131) påpeker at ”leadership theory is critical for our understanding of the roles individuals can play in shaping society and its organizations”. Under vil vi fokusere både på ledere på virksomhetsnivå i de ulike kommunene, samt ledere i kommuneadministrasjonen som jobber med KKP.

Transaksjonell ledelse

Gjennomgående for de kommunene vi intervjuet, var det at alle fremhevet ledere som en viktig suksesskriterium for at arbeidet med reduksjon av sykefravær skulle lykkes. Selv om ledere både i kommuneadministrasjonen og virksomhetsledere lokalt i kommunen ellers har ulike roller og selv om kommunene har ulike måter å lære disse opp på, blir ledere og ikke minst deres rolle sett på som avgjørende. Dette er både fordi at de kan være avgjørende for miljøet på arbeidsplassen, men også fordi de har en støttefunksjon i forhold til sykemeldte ansatte og en

oppmuntringsfunksjon i forhold til ansatte som er på jobb. Denne type ledelse kalles gjerne transaksjonell ledelse. Ledere som er gode på transaksjonell ledelse er gode på rollefordelinger og oppgaveløsninger, samt ros og kritikk til de ansatte. De er også sterke på planlegging, budsjettering og møteplanlegging, kort sagt; daglig drift (Clegg et al 2008: 142).

I flere av kommunene har de innført lederavtaler. Dette innebærer at alle virksomhetsledere underskriver avtaler der det blant annet står om oppfølging av de ansatte og rapportering til kommunen. Spesielt en kommune sier at hver eneste virksomhetsleder skal underskrive en avtale med sine egne tillitsvalgte og utarbeide egne mål lokalt i virksomheten. Her mener man at det at lederen er tett på både de ansatte som er sykemeldte, men også de som er friske, er avgjørende: ”Lederne er de viktigste i dette arbeidet” (informant 2). Et poeng som går igjen er at dårlige ledere kan påvirke arbeidsmiljøet i negativ retning, og derfor får lederne i denne kommunen opplæring i fremmende og humanistisk ledelse, samt at det finnes flere veiledere ansatt av kommunen spesielt for å hjelpe ledere i vanskelige personalsaker. I tillegg innser de at ledere også trenger å bli motivert, og få hjelp og støtte.

Informantene i kommune 4 mener en trivelig sjef kan være viktig i avgjørelsen om man orker å gå på jobb en dag man ikke føler seg helt på topp. De har ledernetverk lokalt i kommunen, der ledere på de ulike virksomhetene både kan få informasjon fra kommunen, samt utveksle ideer og erfaringer. Siden lederne blir målt i forhold til sine lederavtaler, er disse nettverkene viktig for å få lederne til å føle at de hører sammen. Dette fellesskapet om ansvar for de ansatte fører til slutt til en drahjelp for kulturutvikling i positiv forstand. Alle lederne skal gjennomføre samme kurs. Flere av kommunene holder på med lederutvikling. De ansatte i kommune 3 ”ønsker synlige og tydelige ledere» (informant 18), og dette tar kommunen på alvor.

I kommune 2 rapporterer virksomhetslederne til kommunen en gang i måneden angående sykefraværet. Oppfølgingen av sykefraværet er en del av lederavtalene de inngår med kommunen. Kommunen mener det er viktig at lederne ser den ansatte og at de ansatte er en verdifull ressurs. Lederne må jobbe for at de ansatte skal ville komme på jobb. De mener

indikatorer på suksess med arbeid med sykefravær er nettopp om du blir sett og hørt av nærmeste leder og tilfredshet med egen arbeidsplass.

I kommune 1 påpeker de hvor viktig en leder som drivkraft kan være: «Og det er jo en av de viktigste tingene. Å ha tid til å gjøre det. Ha noen som har fokus og kan koordinere. Det å ha en stilling knyttet til dette som har et trykk hele tiden og som ser ut i systemet slik at du ikke får for langt pusterom i dette slik at det dør hen, tror jeg er veldig avgjørende i en slik prosess. Du er nødt til å peke på en person som skal stå til rette for målene og gjennomføringen» (informant 8).

Transformasjonell ledelse

Flere av informantene som jobber med KKP i kommunene la vekt på hvor viktig det var å ha en leder, eller en ildsjel, som drev arbeidet med programmet videre. En slik trekraft var noe mange mente var essensielt for arbeidet videre: "ildsjeler kan være et være eller ikke være..." (informant 2). Dette er en litt annen lederstil en på virksomhetsnivå, siden ledere i kommunen som jobber med KKP gjerne har flere som må koordineres og overbevises og et mer overordnet ansvar enn ledere på virksomhetsnivå. Denne formen for ledelse kalles gjerne transformasjonell ledelse (Clegg et al 2008). Disse lederne er agenter for forandring. De er gode å ha i tider med omorganisering, fordi de gjerne er visjonære og innovative, men samtidig har evne til å mobilisere energi og evne til å bli værende gjennom endringsprosessen. En svakhet ved den transformasjonelle lederstilen er at i organisasjonslivet handler det ikke alltid om endring, så effektiviteten til denne typen ledere kan være kortlivet. Når endringen er gjennomført og man trenger stabilitet, kan det være nyttig å ha en leder med en transaksjonell lederstil, som holder skuten stødig. Likevel ble det i et intervju påpekt at det var nødvendig at også ledere eller ildsjeler ga slipp på arbeidet på et gitt tidspunkt: "det at [prosjektleder] har gitt slipp på prosjektet og latt andre få del i det og la andre få bli ambassadører og prosjektdrivere sammen med [prosjektleder] i organisasjonen er helt avgjørende for at det skal kunne gå videre" (informant 9). Man kan derfor si at forutsetningen for at en ildsjel skal være et suksesskriterium er at dette er en leder med en transformasjonell lederstil. Som nevnt er ikke organisasjoner i kontinuerlig endring og dette gjør at det kreves ulike lederstiler på forskjellige tidspunkt i en organisasjon.

Vi ser at begge typer lederstiler kan være til nytte i prosessen med å jobbe med organisasjonsendring og sykefravær. De ulike kommunene har hatt behov for ulike leder på gitte tidspunkt, og noen kommuner påpeker at ildsjeler er en viktig drivkraft, men at dersom prosjektene blir noe som bare denne ildsjelen har et eierforhold til, vil det i det lange løp ikke kunne bidra til å endre organisasjonen eller lette arbeidet med sykefravær.

SITUASJON OG RESSURSER

I det vi skal se på sykefraværsarbeid utført i kommunene er det viktig at vi ikke glemmer at dette skjer på et gitt sted i tid og rom, og vil ikke være uavhengig av dette.

Ingen av de kommunene vi har snakket med er uten erfaring fra tidligere arbeid for å fremme helse på arbeidsplassen. Dette tilsier at historien forut for kommunenes deltakelse i KKP ikke er helt uvesentlig: hvilke erfaringer er gjort? Hvilken kunnskap og verktøy sitter kommunene inne med? Ut fra hva som er gjort tidligere, vil forutsetninger ved prosjektoppstart variere mellom kommunene. Dette gir de ulike kommunene forskjellig utgangspunkt. Selve arbeidet med å fremme helse på arbeidsplassen skjer heller ikke i et vakuum, og vil påvirkes av ytre faktorer og ressurstilgang. Alt dette må sees i sammenheng med resultater knyttet til målet om redusert sykefravær i kommunene.

Situasjon

Fordi sykefraværsarbeid og sykefravær ikke kan avgrenses som et eget fenomen, men påvirkes av alt det som ellers skjer i og utenfor kommunen, vil det være mange faktorer som kan ha innvirkning på utfallet av, under ideelle forhold, gode tiltak. To av kommunene vi snakket med mente selv at manglende måloppnåelse i sykefraværsarbeidet kunne knyttes direkte opp mot misnøye, manglende fokus fra ledere og usikkerhet i forbindelse med omorganisering i kommunen. Dette handler om stabilitet og forutsigbarhet rundt arbeidssituasjonen. Økt ustabilitet og manglende forutsigbarhet kan føre til økt sykefravær (Schabracq 2003a).

Hvem som har arbeidsgiveransvar er en annen relevant problemstilling for hvor stabil og forutsigbar kommunen som arbeidsgiver oppleves av de ansatte. I kommunene er det administrasjonen som står for den daglige driften, mens det er politikerne som fordeler ressursene. Så lenge det er uklart hvem som er ansvarlig for de ansattes ve og vel, er det heller ikke klart hvem man skal henvende seg til hvis noe skulle være utilfredsstillende. Med et anspent politisk klima eller manglende informasjon og forståelse for behov mellom administrasjon og politikere, vil dette gå på bekostning av økt sykefravær og redusert fokus sykefraværarbeid.

Ressurser

For arbeidet med sykefravær har det noe å si hvor mye ressurser: finansielle ressurser og menneskelige ressurser, kommunen disponerer, og hvor mye av dette som tilfaller dette arbeidet. Egne ressurser kan suppleres med ressurser som hentes inn fra utenfor organisasjonen.

Alle kommunene vi har snakket med har egne ansatte, fulltid eller deltid, som bruker arbeidstiden sin til å planlegge, iverksette, gjennomføre og evaluere tiltak for å redusere sykefraværet. Det trekkes frem at fulltidsansatte uten annet ansvarsområde enn å jobbe med helsefremmende tiltak, anses som et viktig steg på veien for å nå målsetninger med tanke på reduksjon i sykefraværet.

Hvor godt disse ansatte utfører de oppgaver de er satt til avhenger av deres opplæring, kunnskap, erfaring og helse. Alt dette er ressurser kommunen kan benytte, vedlikeholde og utvikle hos den enkelte. Hvilke kompetanse og ferdigheter disse personene har avhenger delvis av forhistorien; Hva er gjort før, og hva har vi lært av dette, og delvis av hvor mye ressurser som benyttes på opplæring og utdanning. Et eksempel på dette er kommuner som sender ansatte på lederkurs, for at de skal utvikle ferdigheter for å bli gode ledere.

Alle kommunene som har deltatt i KKP er organisert i nettverk. For den enkelte kommune er dette et forum hvor de kan dele kunnskap med likesinnede, diskutere problemstillinger og ved behov hente inn ny kunnskap og hjelp til egen organisasjon. Dette er en ekstern ressurs kommunen kan benytte seg av for å øke kvaliteten på eget arbeid med sykefravær. NAV har et viktig ansvar for langtidssyke i Norge, og er dermed en viktig samarbeidspartner for den enkelte kommune. I forbindelse med IA-arbeidet har NAV bistått kommunene med konsulenthjelp. NAV

står også for en del av de midlene kommunen henter inn for å kunne tilrettelegge for de ansatte på arbeidsplassen. I hvilken grad kommunen samarbeider med et velfungerende lokalt NAV-kontor, kan være utslagsgivende for arbeidet med sykefravær.

Noen kommuner har også valgt å benytte seg av mer eller mindre lokale ressurser i sitt sykefraværarbeid. Det er her snakk om atføringsbedrifter, forskningsmiljøer, konsulenter og fagmiljøer.

DOKUMENTERING AV RESULTATER OG PROSESSER

Da vi gjennomførte intervjuene innså vi at ingen av kommunene hadde gjort noe grundig og systematisk evaluering av arbeidet med sykefravær. Dette fører til at de suksesskriteriene vi ser på er hvor vellykket prosessene de driver med er, og ikke på tiltakene i forhold til konkrete resultater. Alle kommunene har tenkt på å evaluere, men har av ulike årsaker ikke kommet så langt. Noen brukte lengre tid på implementering enn forutsett og innså i etterkant at de hadde satt seg for ambisiøse mål. Andre er fremdeles litt usikre på hva de skal måle og hvordan de skal måle det. Kommune fem evaluerer for eksempel bare tiltakene i forhold til sykefraværsprosent, om denne går opp eller ned, og om de som får spesiell tilrettelegging kommer tilbake på jobb raskere.

Flere av de kommunene vi har intervjuet, har påpekt at når de jobber med slike omfattende prosjekter som KKP er, sliter de med å få evaluert på en skikkelig måte. Kommune 4 hadde håpet å få hjelp av KKP til både evaluering og utarbeiding av statistikk, men dette skjedde aldri. Kommunen har evaluert på konkrete sykefraværstall, men sier at ”vi har lagt ned for lite ressurser i dokumentering og evaluering av det vi gjør, så det er en del vi trenger å se nærmere på” (...) Dersom vi skulle begynt på nytt, skulle vi kanskje ha satt oss mer konkrete mål og evaluert underveis i forhold til målsetninger (...)” (informant 2).

Kommune 4 satt på en liste med 27 punkter de hadde gjennomført, men visste ikke hva som hadde virket da sykefraværet gikk ned. Flere av kommunene har påpekt at de ønsket å komme i gang, bare begynne å jobbe med alle de planene de hadde skapt for arbeid med

sykefravær, og så kom målstyring og evalueringsarbeidet litt i skyggen. Kommunene som påpekte dette mente likevel at det var en verdi i at de hadde satt i gang og at de sannsynligvis ville benyttet seg av samme fremgangsmåte dersom de skulle begynne på nytt. Mange påpekte at de var lei av planer som aldri ble gjennomført, og at de trengte driven de fikk ved å bare kjøre på.

Noen av kommunene har gjort brukerundersøkelser på virksomhetene. Kommunene har påpekt at ulike statistikker de har sett på har gitt veldig ulike resultater. Dette er blant annet tall fra PAI, et personaldataverktøy som KS bruker, NAV og egne undersøkelser. Ikke alle kommunene har foretatt noen formell evaluering, ofte fordi prosjektgjennomføringen har gått noe tregere enn de først hadde antatt. Kommune 3 mente de hadde lagt listen for høyt til å begynne med og har blitt sett seg nødt til å senke den etter hvert som de jobbet med prosjektet. De fremhevet likevel at det hadde vært positivt at de var så entusiastiske i begynnelsen. Den samme kommunen har hatt opplæringstiltak av ledere i forhold til sykemeldingsrutiner, ved hjelp fra NAV. Et par kommuner har nevnt at det burde være mulig å dra nytte av hverandre i evalueringsarbeidet, spesielt de kommunene i nettverket.

Vi mener at selv om mange av kommunene har påpekt at det er viktig å komme i gang, starte arbeidet og få en driv i det, er det lurt å tenke på evalueringsarbeidet helt fra begynnelsen av. Dersom man gjør mange tiltak, men ikke kan si hvilke som fungerer, er det vanskelig å kunne finne ut av den videre prosessen og å kunne justere arbeidet underveis. I arbeidet med sykefravær er selvsagt konkrete tall noe å evaluere ut fra, men alle de kommunene som også jobber med kultur- og organisasjonsendring burde kanskje hatt andre kriterier å måle ut fra. Evaluering av prosess kan i denne sammenhengen ses på som like viktig som evaluering av mål. Dokumentering av resultater har også vært en avgjørende faktor i en kommune for at det skulle bli bevilget midler underveis: ”Så det er ikke bare ønsker og bare at vi vil noe, men vi kan faktisk dokumentere at vi får det til” (informant 9).

Implementering av tiltak for å få ned sykefraværet og øke nærværet har blitt forsøkt både private og offentlige organisasjoner både i og utenfor Norge, men evaluering av ulike tiltak har vist seg å være vanskelig. Og dette er også tilfellet i de kommunene vi har undersøkt. Årsakene til

dette er mange, og som Gamperiene m.fl. (2007:28) påpeker har det vist seg vanskelig å isolere effekter av enkelttiltak på grunn av stadig endringer i organisasjonen. Noen av årsakene er ofte at man ikke vet hva eller hvordan man skal evaluere. I tillegg blir en god del sekundære eller tertiære tiltak satt i gang reaktivt. Dette innebærer at tiltakene blir satt i gang når det har oppstått et problem som må løses, og etter at problemet er løst, opphører tiltaket. Dette gjør at mange tiltak blir satt i gang uten at man har en bakgrunn å gjøre en eventuell evaluering mot. Bredt anlagte OU-prosjekter som tar sikte på å endre organisasjonen på et mer overordnet nivå kan vise til større effekt for å redusere sykefravær og øke nærvær (Gustavsen 1990).

PROSJEKT ELLER PROSESS?

I kvalitetsforbedringsarbeid brukes ofte prosjektorganisering som metode³. Vi følger Esnault sin definisjon av prosjekt (Esnault 2006) som en avgrenset oppgave med et ferdigtidspunkt og en ressursramme. Oppgaven skilles ut som et eget styringsobjekt med et prosjektmål som sier hva som skal leveres. Prosjekt også kjennetegnes som en midlertidig, tverrfaglig organisasjon og har en viss grad av unikhhet. Mandatet er prosjektets viktigste dokument, og er et styringsredskap for styringsgruppen og et arbeidsredskap for prosjektleder.

Det tar tid å drive med helsefremmende arbeid; Prosjekter og tiltak skal planlegges, forankres, iverksettes og evalueres. Alt dette tar tid, og det kan ta lang tid fra helsefremmende tiltak startes til det gir synlige resultater. Ulike studier tyder på at tiltak må være operative, ikke medberegnet planlegging og forarbeid, 1-3 år før det er mulig å måle effekten på helse, og eventuell gevinst av investeringen (Goetzal & Ozminkowskis 2008). Det er allikevel viktig at intervensjonene evalueres kontinuerlig, slik at man kan spore fremgang og eventuelt finpusse på tiltakene. Investeringer i helsefremmende tiltak er langsiktige av natur ettersom det er ressurser benyttet på økt humankapital og produktivitet, og krever derfor et langsiktig perspektiv og vilje til å gjennomføre.

³ <http://www.regjeringen.no/upload/KRD/Kampanjer/kvalitetskommuner/dokumenter/styringsdokument081008.pdf>

Kommunene vi har snakket med har jobbet med sykefraværsreduksjon i flere år før starten av KKP. En kommune hadde for eksempel et fraværprosjekt allerede i 1995. KKP synes derfor å være en viss drahjelp til at sykefraværarbeidet intensiveres og effektiviseres, samtidig som det legges større vekt på den kunnskapen som allerede finnes i kommunene. Som beskrevet før (“Organisasjonsutvikling i Norge”), stiller KKP med metodikken og konsulenthjelp, samt organiseringen av de to første nettverkssamlingene.

Vi ønsket å vite hva informantene tror skjer etter at KKP tar slutt. Alle er enige i det at dette kommer til å fortsette videre, og at dette er en start av en ny måte å jobbe på: ”det er jo et prosjekt som kommer til å løpe hele tiden”, (informant 18). “Hadde dette vært et prosjekt som skulle vært ferdig etter fem år, hadde det aldri blitt vellykket” (informant 3), og at ”Det er nettopp det; må holde fokus, holde trykket oppe. Prosess, ikke prosjekt” (informant 2). Vi ser dermed at sykefraværarbeidet kommer til fortsette også etter at KKP er slutt, og at KKP har vært en medvirkende faktor til effektivisering av sykefraværarbeidet. Kommunene fremhever likevel at arbeidet ikke bare må være preget av prosjektorganisering, men må utvikle seg som en mer helhetlig prosess i kommunen over tid.

ORGANISASJONSKULTUR

I flere av kommunene vi har snakket med har informantene trukket frem at organisasjonskulturen har hatt betydning for hvordan ansatte forholder seg til det å være syk og sykefravær generelt. Organisasjonskultur er et begrep som kan være vanskelig å gi en konkret definisjon av, men en tilnærming til organisasjonskultur fokuserer på at er at det blant annet handler om kollektivt delte oppfatninger av hvordan verden er og hvordan man forholder seg til den (Clegg et.al. 2008). Ikke alle informantene har brukt ordet organisasjonskultur direkte, men noen har brukt begreper som klima, arbeidsmiljø, eller *hos-oss-gjør-vi-det-på-denne-måten* i stede. Dette er alle begreper som til en viss grad kan overlappe med hverandre og som reflekterer noe av de samme elementene, men av praktiske hensyn er alle disse i den følgende presentasjonen samlet under begrepet organisasjonskultur.

Blant våre informanter var det hovedsaklig tre ulike aspekter ved organisasjonskulturen som påvirket sykefraværspromatikk. Det **første** aspektet ved organisasjonskultur var at kulturen var en viktig faktor for at du valgte å komme på jobb selv om du ikke var helt i form. Det **andre** aspektet ved organisasjonskulturen som påvirket sykefraværarbeidet var hvilket perspektiv organisasjonen hadde på helse påvirket hvordan de jobbet med helsepromatikk. Det **tredje** og siste aspektet av organisasjonskulturen kom frem ved at hvis man skal innføre enkelte tiltak rettet mot sykefraværet eller nærvær var man avhengig av å ha en organisasjonskultur som støttet opp om og muliggjorde det konkrete tiltaket. Man måtte altså ha et grunnlag for tiltaket, og dette grunnlaget lå i en viss grad i organisasjonskulturen. Alle kommunene vi har snakket med har jobbet med sykefraværspromatikk systematisk, og til dels sammenhengende over lengre tid, og i denne prosessen har organisasjonskulturen påvirket arbeidet. I den tiden de har jobbet med sykefraværspromatikk har de både jobbet bredt med konkrete målrettede tiltak parallelt med mer generelt overordnede tiltak rettet mot utvikling av organisasjonskultur, og disse kommunene har hatt en positiv utvikling av sykefraværet/nærværet.

Aspekt 1: ”Jeg kommer på jobben selv om jeg er litt syk fordi....”

I kommune 3 og 4 har de satt fokus på blant annet henholdsvis to problemstillinger. Hva vil det si å være så syk at man er hjemme fra jobb? Og hva er det ved jobben som gjør at man faktisk kommer på jobb selv om man ikke er helt i form? Begge kommunene fremhever at svaret i disse to problemstillingene ligger i den kulturen som er på arbeidsplassen. Den grunnleggende antagelsen bak disse problemstillingene er at enkelte endringer i helsetilstanden til en arbeider ikke nødvendigvis må eller bør resultere i et fravær fra jobben, men at det er noe ved arbeidsplassen og oppfatningen av det å være borte fra jobb som gjør at du velger å være borte eller velger å komme på jobb.

I begge kommunene har de prøvd å ta to skritt tilbake å se på hva som ligger i mellom det å være frisk, og det å være syk. Hva vil det si å være litt syk, men ikke syk nok til å være hjemme? Og hvilke forutsetninger må være på plass for at du faktisk vil og kan komme på jobb de gangene du er litt syk, men faktisk kan komme på jobb? I kommune 4 ble det fremhevet at for

mange var dette en helt ny måte å tenke på, og som kunne være vanskelig å forstå. En del medarbeidere hadde reagert negativt på denne måten å tenke på, og så litt på det som om at lederne som fulgte opp sykemeldte ”forsøkte å ta de” når han forsøkte å finne ut hva som måtte til for at de skulle komme tilbake på jobb, selv om hensikten ikke var å ”ta dem”. Sentralt i denne nye måten å tenke fremhever kommune 4 at man ønsker å sette medarbeideren i fokus og signalisere at medarbeiderne blir sett, hørt og er ønsket på jobb fordi det er de som sitter på den kompetansen som trengs for å gjøre jobben. Derfor ønsker kommunen å hjelpe vedkommende å komme tilbake på jobb. Å få etablert en ny kultur og nytt perspektiv på hva det vil si å være syk har tatt lang tid. For å lykkes med å endre denne kulturen mener de at de har vært helt avhengig av å jobbe med hele organisasjonen. Noen av suksesskriteriene for å lykkes med en slik kulturendring har vært, som nevnt tidligere i rapporten, avhengig av god ledelse som utøves likt over hele organisasjonen og medvirkning fra alle berørte parter. Intensjonene og den nye måten å tenke på har vært utarbeidet i samarbeid med medarbeiderne, og når misfornøyde medarbeidere har tatt kontakt med sine tillitsvalgte har disse forklart hensikten med den nye måten å tenke på, og at dette er den måten man i fellesskap har kommet frem til at det skal jobbes etter i kommunen. At hensikten ikke er å ta dem, men å hjelpe dem til å bli frisk fordi den enkelte medarbeider er en verdifull ressurs. Dette fremheves også av en av våre informanter som er hovedtillitsvalgt sier at kommune 4 er en kommune som er flink til å ta vare på sine ansatte.

I kommune 3 har de hatt noe av det samme fokuset på organisasjonskultur og arbeidsmetodikken i forhold til trepartsamarbeidet har vært likt. I likhet med kommune 4 har kommune 3 gått inn i personalgrupper og kjørt prosesser hvor de har forsøkt å undersøke og kartlegge hva som må til for at medarbeidere vil og kan komme på jobb de gangene de kan. Kommune 3 har i forhold til slike prosesser hatt muligheten til å gjennomføre informasjonsdager. Dette har vært en temadag hvor det har vært et bredt oppmøte ute på enhetene av representanter fra alle parter i trepartsamarbeidet, styringsgruppen samt andre politikere som jobber med sykefraværprosjekter i kommunen har vært til stede og hvor de har sett på trivsel hos de ansatte. I et forsøk på å kartlegge hvilke forutsetninger som ligger til grunn for at du faktisk kommer på jobb selv om du er litt syk, kommer det frem at medarbeiderne kom på jobb blant annet fordi de

trivdes og at det var moro å være på jobb, de følte seg uunnværlige, de tenkte på arbeidskollegaene sine, og de følte en lojalitet overfor arbeidsgiveren. Disse årsakene til at man kommer på jobb selv om man er litt syk er i stor grad sammenfallende med de forutsetningene kommune 3 har forsøkt å skape i organisasjonen. Her har man forsøkt å skape en kultur som setter fokus på at den enkelte medarbeider er verdifull, at man blir sett og hørt, og at man er ønsket på jobb selv om man ikke kan jobbe for full maskin. Ved å jobbe med de problemstillingene som kommune 3 og 4 har gjort her har de lyktes med å skape en organisasjonskultur som skaper et lavere *frivillig sykefravær* (Hammer & Landau 1981) hvor man får redusert noe av det sykefraværet som oppstår når arbeidstakere velger å være hjemme selv om de har en restfunksjonsevne som kan nyttegjøres på arbeidsplassen.

Ved å endre kulturen på denne måten og trekke den delvis syke mer inn på arbeidsplassen får man et lavere frivillig sykefravær, samtidig som man mer systematisk har muligheten til å avdekke, rette opp og forebygge forhold som kan ha betydning for den enkelte ansattes helse j.f. arbeidsmiljølovens kapittel tre som sier at ”arbeidsgiver skal sørge for at det utføres systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid på alle plan i virksomheten” og at ”dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte”⁴. I en forlengelse av dette temaet fremkommer det andre aspektet ved organisasjonskulturen. Måten man oppfatter begrepet helse påvirker hvordan man jobber med problematikken knyttet til sykefravær.

Aspekt 2: Hva er egentlig helse?

Innledningsvis ble det nevnt at måten man konseptualiserer helse på kan påvirke sykefraværsproblematikken i en kommune, og det er ut i fra denne antagelsen har kommune 4 forsøkt å endre hvordan man oppfatter begrepet helse. Alle kommunene vi har snakket med har sagt de forsøker å ha et større fokus på nærvær fremfor fravær. Grunnen til at de fokuserer på nærvær fremfor fravær har vært flere, og både kommune 3 og 4 påpeker at sykefravær var for dem et negativt ladet ord. Begrepet helse henger tett sammen med sykefravær, og i likhet med kommune 3 har også kommune 4 satt fokus på nærvær fremfor fravær. I kommune 4 har denne

⁴ <http://www.lovdata.no/all/tl-20050617-062-003.html>

endringen også vært preget av at de har forsøkt å endre organisasjonskulturen og hvordan man oppfatningen selve begrepet helse. Kommune 4 mener at de har en lang historikk for å jobbe med helse i et patologisk perspektiv, og dette har ikke hjulpet til i arbeidet med å få redusert sykefraværet. De mener derfor at en ny måte å angripe temaet på, og for å kunne lykkes mer med helseproblematikken på arbeidsplassen, er at man må ta diskusjonen hva som ligger i begrepet helse. I denne sammenhengen har kommunen forsøkt å endre hele sitt primære fokus fra å jobbe reaktiv med fokus på sekundær og tertiærtiltak til å jobbe mer forebyggende med fokus på primære tiltak. Det gjennomgående spørsmålet i denne praksisen er derfor rettet mot: hvordan er det på jobben når vi har det best? Fremfor: hva er det på jobben som gjør at vi blir syke? Denne endringen fra et patologisk perspektiv på helse til et salutogenisk kan sees på som en naturlig del av diskusjonen i forrige avsnitt om å se på hva som må til for at du kommer på jobb når du er litt syk. Og for å lykkes med sykefraværarbeid mener kommune 3 at du må forebygge.

Denne endringen i perspektiv er veldig forskjellig fra hvordan man tradisjonelt ser på helse, og kommunen har i denne sammenhengen jobbet mye med å skape identitet og fellesskapskultur som bygger opp under dette perspektivet. Vi snakket med en virksomhetsleder i kommune 4 som var leder for en virksomhet som hadde enheter som var spredd utover et geografisk område. Utfordringene her lå i stor grad å få skapt en identitet og fellesskapskultur på tvers av alle disse enhetene når de jobbet med nærvær. For å forsøke å løse dette problemet etablerte de tverrenhetlige arbeidsmiljøgrupper som jobbet med å utarbeide ulike tiltak som bygger opp under det positive aspektet ved helse fremfor det negative. For å lykkes med de tiltakene og byggingen av kulturen består arbeidsmiljøgruppen av faste representanter både fra ledelse, tillitsvalgte og verneombud. I tillegg har gruppen representanter fra vanlige medarbeidere, og disse representantene rulleres det på slik at alle i virksomheten på et eller annet tidspunkt er med på å bestemme hvordan arbeidet i virksomheten skal gjøres. På denne måten har man sikret bred medvirkning og forståelse hos de ansatte. Igjenom de verdiene og det fokuset som har kommet ut fra arbeidsmiljøgruppen er i praksis sykefravær ikke et tema som blir tatt opp og satt fokus på i hverdagen verken på daglig basis eller mer formelt på personalmøter fordi de mener man får mye mer igjen ved å ha et positivt perspektiv. Et gjennomgående tiltak blant alle

kommunene vi har snakket med er at i oppfølgingen av sykemeldte blir det sendt ut blomster, men ved denne virksomheten sender de i tillegg ut blomster til de medarbeiderne som har lavt fravær i løpet av året. Virksomheten har et veldig lavt fravær, så det har blitt mye blomster.

Aspekt 3: Kulturelle premisser for tiltak

I den ene kommunene vi snakket med, Mandal kommune, har de nå et prosjekt gående hvor de har endret den tradisjonelle sykemeldingsordningen til å innføre at alle medarbeiderne har muligheten til å egenmelde seg selv i inntil 365 dager. Dette tiltaket kaller de Tillitsprosjektet. Tillitsprosjektet startet som et prøveprosjekt 01.07.07 i Mandal Kommune, og varer til 30.06.11. Det har blitt fremhevet av kommunen at en slik ordning ikke kunne ha blitt implementert helt uten videre, og de har vært avhengig av å ha et grunnlag for å kunne gjennomføre en så unik ordning som Tillitsprosjektet. Dette har blitt utviklet i kommunen hovedsaklig i gjennom to prosesser: nærværprosjektet og avslaget på den første søknaden for Tillitsprosjektet. Nærværprosjektet i Mandal kommune var et prosjekt som gikk i perioden 2003 -2005, og var todelt i fokus. På den ene siden ble det jobbet en del med småprosjekter rundt på ulike virksomheter i kommunen, og på den andre siden ble det gjennomført tiltak på systemnivå sentralt som opplæring av ledere og utvikling av sykeoppfølgingsrutiner. Arbeidsmetodikken i Nærværprosjektet var noenlunde lik den som eksisterer i kommunene vi har snakket med og bar preg av partsammensatte prosjektgrupper og medvirkning blant ansatte. I tillegg til det grunnlaget Nærværprosjektet la, ble det jobbet veldig mye med kulturen i Mandal kommune under søknadsprosessen for å få dispensasjon til ordningen fra Folketrygdlovens kapittel 8⁵ som regulerer sykemeldingsordningene. Den første søknaden som ble sendt ble avslått med begrunnelsen at de ikke kunne pålegge de ansatte en større byrde enn det var å kunne levere en sykemelding. Dette avslaget ble på mange måter starten på en ny organisasjonskultur i Mandal kommune, for denne søknaden ble sendt inn på nytt. Dette prosjektet hadde de lyst til å kjøre, og det var i utgangspunktet ikke et spørsmål *om* de fikk lov, men *når* de fikk lov.

⁵ <http://www.lovdato.no/all/hl-19970228-019.html#>

I perioden fra de fikk avslaget til søknaden ble innvilget ble det brukt veldig mye tid på informasjonsgivning og drøfting av påstanden som kom i det første avslaget; er virkelig det å levere en egenmelding en større byrde for de ansatte enn å levere en sykemelding? I den diskusjonen som gikk på problemstillingen ble fokuset satt på aspekter som en slik ordning kunne føre med seg. Hovedtanken i dette prosjektet er at det er den ansatte selv som vet om en er syk og arbeidsufør, og det er den ansatte som selv kan melde seg for syk til å jobbe. Dette gjør at man på mange måter myndiggjør og samtidig ansvarliggjør den enkelte medarbeider i forhold til sykefravær, og at disse kan komme tilbake på jobb når man har evnen til det. Denne ordningen mener de også blir mer tilpasset den enkeltes medarbeider helsetilstand, og man er ikke så låst til de standardintervallene av varighet som en legemeldt sykemelding ofte ligger innenfor.

I starten var mange skeptiske til ordningen og mente at dette var en ordning som lett kunne misbrukes av de ansatte og den kunne lett føre til misforståelser og misunnelse hos både ledere og medarbeidere. I den diskusjonen som gikk mens den nye søknaden var til behandling ble de i stor grad kvitt alle mis-ene som var i organisasjonen. Dette var mis-er som misbruk, misunnelse, misforståelse, mistillit osv. Og de kom frem til at hvis en slik ordning skal fungere er man i stor grad avhengig av å ha en organisasjonskultur hvor man har en gjensidig tillit mellom både ledere og medarbeidere, men også en tillit mellom medarbeidere. Igjennom mye informasjon og diskusjoner ble det etter hvert etablert en felles forståelse for mulighetene og tankegangen i denne ordningen, og dette var med på å skape en kultur hvor man hadde en tillit til hverandre om at man faktisk ikke utnyttet denne ordningen, men brukte den tillitsfullt. Dette innebar at hvis noen var hjemme og arbeidsufør, men fortsatt var frisk nok til å for eksempel gå en tur langs stranden, var det ingen som tviler på om man faktisk var arbeidsufør. Man hadde tillit.

Det at Mandal kommune var avhengig av å ha et grunnlag å bygge dette tiltaket på sammenfaller tildels med kommune 4 hvor de har endret kulturen med tanke på hvordan helse oppfattes og hvilke tiltak dette muliggjør i forhold til sykefraværsarbeidet. I kommune 3 har de jobbet mye med kulturen for at de skal kunne jobbe med helseproblematikken på en ny måte. I

likhet med Mandal var det her en skepsis til den nye måten å jobbe på, og den nye måten å se ting på. Felles for begge kommunene er at for å lykkes med helseproblematikken og de tiltakene de har satt i gang har de vært avhengig av å ha en kultur i organisasjonen som muliggjør tiltak og tilnærming til problematikken.

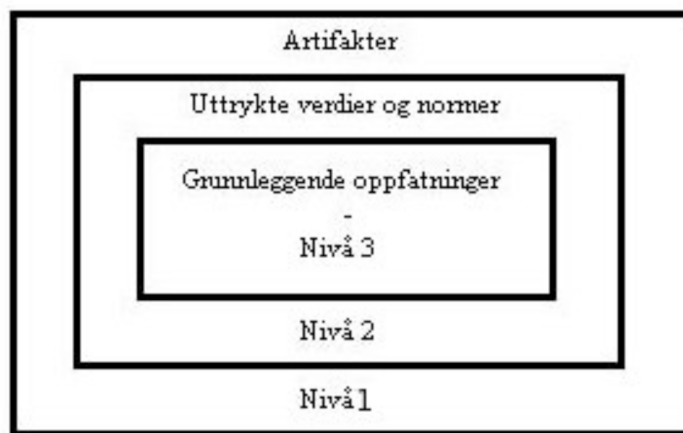
Hva gjør en organisasjonskultur?

Mange oppfatter og forstår konseptet organisasjonskultur forskjellig, og man kan studere organisasjonskultur fra forskjellige perspektiver (Clegg et.al. 2008, Schabracq 2007). En måte å forstå det på er å se på definisjonen til Clegg et. al. (2008:218) hvor de definerer organisasjonskultur som: “culture represents the totality of everyday knowledge that people use habitually to make sense of the world around them through patterns of shared meanings and understandings passed down through language, symbols and artifacts”. Schabracq (2007) fremhever at man kan se på organisasjonskultur fra to forskjellige tilnærminger, en funksjonell og en strukturell tilnærming. Begge disse tilnærmingene er sentrale i definisjonen til Clegg et.al. Funksjonelt kan organisasjonskultur sees på som noe som skaper en stabilitet i hvordan man forholder seg til og opplever verden på. Den stabiliteten gjør at mennesker vet som skjer rundt dem, hvordan rolle både en selv har og hvilken rolle andre har i forhold til det som skjer. Dette danner en virkelighet som er preget av rutine og forutsigbarhet, og ved hjelp av denne forutsigbarheten vet man hvordan man løser dagligdagse problemer og forholder seg til avvik fra det som er opplevet som normalt. Til vanlig merker man ikke denne rutinemessigheten, men opplever den som en hverdagslig virkelighet, men med det samme vi bryter med den vante måten å forholde oss til verden på merkes dette veldig godt. Schabracq (2007:15-17) beskriver denne funksjonen ved at organisasjonskultur skaper en ”everyday reality” for mennesker. Schabracq (2007) hevder også at den rutinen som organisasjonskulturen skaper er ikke nødvendigvis en optimal rutine, men man forholder seg til den fordi den er tilstrekkelig fordi ting fungerer og man har det fint. Et brudd med en godt innarbeidet måte å gjøre ting på vil kunne virke truende for det innebærer et brudd med virkeligheten og man står i en situasjon man har vanskelig å forholde seg til. Dette er gjerne kilden til det som blir kalt ”resistance to change” i forhold til endringer i organisasjoner (Schabracq 2003b:41).

De kommunene som har jobbet bevisst med organisasjonskultur kan vise til forholdsvis gode resultater i forhold til redusert sykefravær. Hvis man vet hvilken funksjon en organisasjonskultur tjener kan man forsøke å forstå bakgrunnen for denne å se nærmere på strukturen til kulturen.

Struktur på organisasjonskultur – kan man endre kulturen ved å se på strukturen?

Denne presentasjonen baserer seg i stor grad på Clegg et.al. (2008) og Schabracq (2007). I følge Scheins modell for organisasjonskultur (kan organisasjonsstruktur deles inn i tre nivåer som skiller seg fra hverandre på ulike abstraksjonsnivåer (figur 1). Innenfor det første nivået finner man ulike artefakter. Dette kan være fysiske objekter åpent kontorlandskap eller avlukkede kontorer, uniformer osv. Disse artefaktene sier noe om hvilket miljø man jobber, lever og befinner seg innenfor. I kommune 4 var denne delen av organisasjonskulturen spredd utover et større område og det gjorde det som nevnt vanskelig å skape en identitet og fellesskapsforståelse for alle disse enhetene. I Mandal på sin side jobbet de så mye med diskusjon og informasjon knyttet til avslaget på søknaden at på et tidspunkt var det enkelte som jobbet i privatsektor i Mandal som trodde også deres bedrift var en del av ordningen fordi de hadde hørt at Mandal kommune skulle være med.



Schein kopiert fra Clegg et al (2008:225)

Figur 1

Innenfor det andre nivået i Scheins modell finner man de uttrykte verdiene, normene og oppfatningene som eksisterer i en organisasjon. Disse ulike verdiene, normene og oppfatningene fremkommer i form av vedtatte verdier og politikk i organisasjonen, og man kan finne dem i personalhåndbøker, personalpolitiske erklæringer og årsmeldinger, eller som i forskjellige kommuner vi har snakket med – serviceerklæringer. Felles for de verdiene innenfor det andre nivået til Schein er at disse er uttrykt på et vis igjennom språk, skriftlig og/eller observert adferd, og disse representerer verdier og holdninger hos organisasjonen som enhet. I kommune 4 kommer dette frem ved deres uttalte salutogeniske syn på helse og mål om å jobbe for å skape en helsefremmende arbeidsplass. Dette uttrykket kommer også klart frem i den arbeidsmetodikken og de tiltakene som blir iverksatt der de i stor grad forsøker å fokusere på primærtiltak. I Mandal kommune har de også forsøkt å gjøre noe med formatet disse uttrykte verdiene kommer i ved at de har gått bort fra å ha en personalhåndbok som forklarer hvilke oppfølgingsrutiner som gjelder når du blir sykemeldt, til å utforme disse som laminerte veggaviser som henger godt synlig på arbeidsplassen. I tillegg har de lagd små lommeformater av disse rutinene i kredittkortstørrelse som alle ansatte kan ha i lommeboken. Ved å endre disse formatene blir rutinene mer tilgjengelig, og man får bedre mulighet til å praktisere de verdiene og som er uttrykt i organisasjonen.

Det tredje og siste nivået til Schein er det dypeste nivået av en kultur og består av grunnleggende antagelser (assumptions) som er med på å forme verdier og artefakter. Disse grunnleggende antagelsene er noe hver enkelt medarbeider har og disse påvirker hva medarbeidere oppfatter som viktig å fokusere på og å gjøre. Våre avgjørelser og beslutninger knyttet til det meste vi gjør er mer eller mindre ubevisst styrt av disse grunnleggende oppfatningene (Schabracq 2007). Når man skal endre en organisasjonskultur er det endringer på dette tredje nivået som gir det største potensialet for å lykkes med endringene samlet sett (Clegg et.al. 2008). I forhold til den kartleggingen som ble gjort i kommune 4 om hvorfor man kommer på jobb selv om man ikke er helt frisk, kan gi en pekepinne på hva slags oppfatninger den enkelte medarbeider har om virkeligheten som eksisterer på jobben og som gjør at de faktisk kommer på jobb. I kommune 3 har de forsøkt å endre perspektivet på helse, og i denne sammenhengen har de sett på hva slags grunnleggende antagelser er det de har av helse, og hvordan denne påvirker

oppfatningen av arbeidet de gjør og helsen deres. De mener et negativt syn på helse er sykelliggjørende, og ved å endre kulturen mer i en salutogenisk retning vil reduksjon av fravær komme som en nesten naturlig følge. En organisasjonskultur fordrer som nevnt ikke en optimal virkelighet, men en som fungerer tilfredsstillende. Kommune 3 mener denne endringen har vært til det bedre. Det samme mener Mandal. Her har de også sett på den virkeligheten og oppfatningen som var etablert, og satt spørsmålsteget ved den praksisen om at man må gå til legen for å bli sykemeldt når det er en selv som vet at man er syk. Dette var en rutine som fungerte greit, men de mente ikke var optimal. Begge kommunene har redusert sykefraværet sitt bra, og grunnen til dette mener de delvis ligger i organisasjonskulturen.



DEL III: KRITISKE REFLEKSJONER

Del III inneholder:

- Noen refleksjoner knyttet til kostand og gevinst ved å øke nærværet.
- Noen refleksjoner om hvordan arbeidet kan måles.

KOSTNAD OG GEVINST VED Å ØKE NÆRVÆRET

For å kunne gjøre en tilstrekkelig vurdering av om tiltak eller inngrep i organisasjonen skal iverksettes for å få opp nærværet, bør den enkelte kommune gjennomføre en form for kostnad - gevinst analyse. For å ha et bevist forhold til allokering av ressurser i kommunen vil vi nå se litt nærmere på noen momenter det kan være verdt å tenke på ved en slik analyse.

Kostnader

I samtalene med kommunene har det vært stort fokus på gevinsten ved å øke nærværet på arbeidsplassen, men det har i liten grad kommet frem hva de tenker rundt kostnadene knyttet til å øke nærværet på arbeidsplassen. Inntrykket vi sitter igjen med etter intervjuene er at de ser for seg en ganske flat kostnadsstruktur: det er ingen nevneverdig forskjell i kostnadene på å øke nærværet fra for eksempel 65% til 70%, mot å øke det fra 90% til 95%. Men stemmer dette?

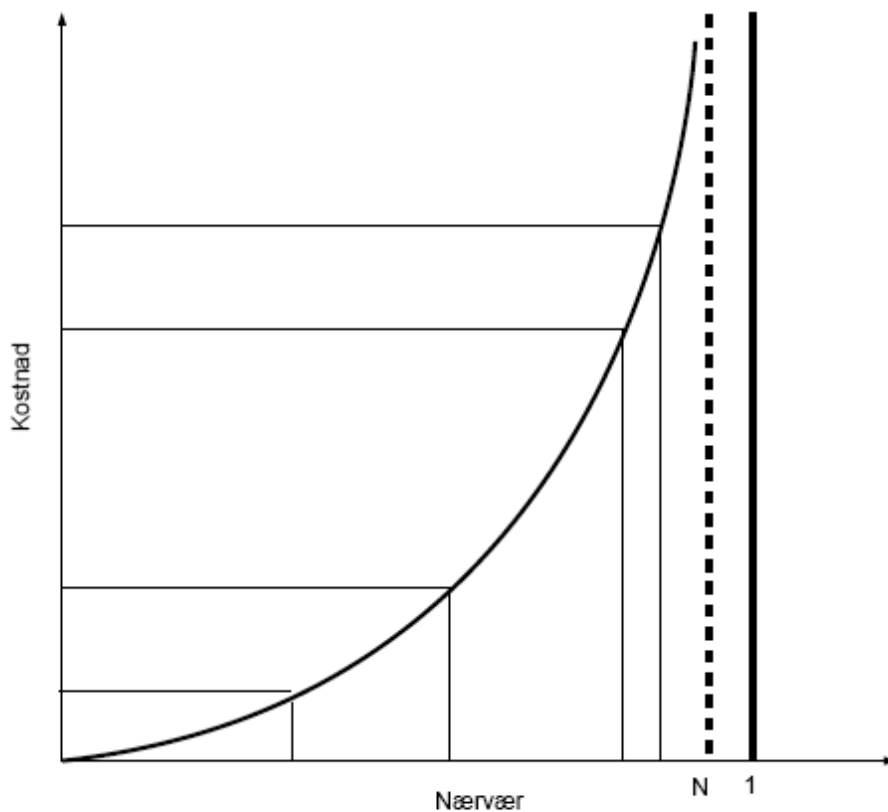
For å følge terminologien mange av kommunene bruker, velger vi å se på nærvær istedenfor sykefravær. Hvordan de ulike kommunene definerer dette varierer, men her vil nærværprosenten defineres som: Avtalt tilstedeværelse på arbeidsplassen, minus kortsiktig eller langsiktig fravær med sykdom som grunn. 100% nærvær hos alle ansatte er markert med 1 i figur 2.

Man antar at det finnes en grense for hvor mye man kan øke nærværet på jobben uten at det skapes et underforbruk av sykefravær, som på lang sikt vil medføre at grupper med svakere helse støtes ut av arbeidslivet. Dette refereres til som ”det naturlige sykefravær”, og avhenger av den generelle sykkeligheten i befolkningen, arbeidsstyrkens sammensetning og næringsstrukturen (Pedersen 1997). Det naturlige sykefravær setter en øvre grense for hvor høyt langsiktig nærvær man kan ha på en arbeidsplass. Denne øvre grensen er markert med en N i figur 2, som et nivå noe lavere en 100% nærvær.

Kostnadene er mest sannsynlig ikke konstante eller lineære. Med konstante kostnader ville det kreve samme mengde ressurser for å øke nærværet, uavhengig av hvilket nivå nærværet ligger på. Et eksempel på dette ville være at tre ansatte jobbet med å øke nærværet med 1%.

Disse tre ville hatt samme grad av suksess uavhengig av om nærværet var 5% eller 95%. Dette synes urimelig. Dersom kostnadene ved å øke nærværet er lineært voksende, vil ressursinnsatsen som kreves for å øke nærværet være proporsjonalt voksende med graden av nærvær. Hvis det kreves tre ansatte for å øke nærværet med 1%, når nærværet er 40%, vil det kreve seks ansatte med den samme oppgaven, hvis nærværet er 80%. Dette høres mer dekkende ut, men er fremdeles ikke helt tilfredsstillende.

Det er mer naturlig å snakke om at kostnadene er økende, men tiltakende (se figur 2). Om ikke dette alltid er tilfelle; grafen kan ha flate partier, er det naturlig å tenke seg at dette i hvert fall er tilfelle jo nærmere N vi kommer. De mest kostnadseffektive tiltakene gjennomføres først, men det koster stadig mer ressurser for kommunen å øke nærværet marginalt, eller med 1%. De som er friske og motiverte krever ikke stort mer enn lønn, gode kolleger og et sted å være, for å møte opp på jobb. De som er friske, men ikke motiverte, fordi de ikke er helt fornøyd med arbeidsplassen eller andre faktorer relatert til arbeidsplassen som for eksempel familiesituasjon, krever kanskje ikke mer enn at noen snakker med dem og at de føler seg forstått. Dette krever ikke store inngrep fra arbeidsgiver, og heller ikke forbundet med store ekstra kostnader utover lønn. Men etter hvert som helseprofilen til den ansatte blir mer komplisert blir den også mer krevende for arbeidsgiver, hvis det er et ønske å øke nærværet til vedkommende. For en ansatt som lider av en kronisk lidelse eller lignende som gjør arbeidstakeren arbeidsufør i perioder, mens andre ganger kan jobbe 100% over lenger tid, hjelper det ikke å øke ressursbruken på vedkommende. Her kan du bruke uendelig mye ressurser, uten at det har noe resultat. Vedkommende kan fremdeles ikke møte på jobb.



Figur 2

Det er ikke umulig å tenke seg en situasjon hvor man kortsiktig presser nærværet over N , men da til en ytterligere kostnad ved at ansatte som ville kommet tilbake på jobb etter kort tids sykefravær, nå blir borte lenger eller forsvinner fra arbeidsplassen. Det vil si at kostnaden forbundet med å prøve å holde nærværet høyere enn det ”det naturlige sykefraværet” tilsier på langsikt, vil føre stadig flere ut i sykdom⁶ til en stadig økende kostnad for kommunen.

I figur 2 går kostnadene mot uendelig når nærværet nærmer seg N . Dette reflekterer at det ikke er mulig å ha et nærvær over denne grensen på langsikt, og at kostnaden ved å holde marginaliserte grupper på jobb er meget ressurskrevende. Kostnader knyttet til sykefravær kan være store for den enkelte kommune, men det vil også kunne påløpe kostnader for samfunnet i bredere forstand hvis man har et underforbruk av sykefravær.

⁶ Gitt at seleksjon skjer fra et tilfeldig utvalg av befolkningen.

Gevinster

Det er ikke bare kostnader knyttet til å øke nærværet. Kommunene vil kunne høste gevinster i form av for eksempel reduserte utgifter knyttet til sykepenger og vikarer, økt effektivitet og kvalitet i tjenestene. Dette er kommunens direkte gevinster knyttet til økt nærvær, men som en viktig samfunnsaktør i lokalsamfunnet bør kommunene ha en bredere horisont enn som så. Noens fravær fra arbeidsplassen kan gå utover de som fremdeles er på jobb: mindre trivsel og mer arbeidspress. En friskere befolkning, med alle de goder som medfølger, bør tas med i vurderingen. For mange er arbeidet identitetsskapende, og en viktig faktor for deres livskvalitet. Videre vil langvarig fravær fra arbeidet kunne gå utover denne personens arbeidsevne: kunnskapen vedkommende sitter inne med foreldes, samarbeidsrelasjoner brytes ned og omgivelsene skifter. Alt dette er gevinster, hvis det kan unngås. Vi kan kalle de indirekte gevinster. Hvis ikke de indirekte gevinstene regnes med, kan potensielt gode tiltak blitt vraket på grunnlag av at den direkte gevinsten ikke er tilstrekkelig stor.

Hva er optimalt?

Når kommunen skal vurdere om de skal iverksette ytterligere nærværstiltak er det nødvendig at de vurderer samfunnskostnadene opp mot samfunnsgevinsten. I optimum må det være slik at samfunnsgevinsten ved å ha den sykeste ansatte på jobb, må være lik kostnaden samfunnet har for å holde personen på jobb. Dette er lett å rettferdiggjøre, ettersom ingen annen tilpasning ville gitt en bedre utnytting av samfunnets ressurser. Hvis kostnaden er større enn gevinsten ved å ha den ansatte på jobb, vil dette representere et tap for samfunnet. Hvis gevinsten er større enn kostnaden ved å ha en ansatt på jobb, vil dette representere en gevinst for samfunnet. Men da er det kanskje en annen ansatt med en enda svakere helse som kommunen lar være ubenyttet. Dette til tross for at kommunen kunne hatt stor nytte av at denne personen var på arbeidsplassen. Dette er da et tap for samfunnet. Derfor er ingen annen tilpasning bedre enn der hvor kostnaden er lik gevinsten ved å ha den ansatte på jobb.

I praksis

Empirisk er dette rammeverket utfordrende ettersom mange aktuelle verdier på gevinstsiden vanskelig lar seg kvantifisere. Dette er allikevel ingen grunn til at man ikke skal ha det i bakhodet

i det en avgjørelse skal tas. En indirekte gevinst må per definisjon være til fordel for én eller flere, og i en situasjon hvor kostnadene er marginalt høyere enn de direkte gevinstene; en situasjon hvor man i utgangspunktet ikke gjennomfører investeringen, kan summen av de indirekte gevinstene tale for at den allikevel gjennomføres. Hvilke gevinster som skal tas hensyn til og hvor tungt de skal veie ved en avgjørelse er et normativt spørsmål.

Innenfor dette rammeverket er det ingenting i veien for at kommunen kan komme opp med mer kostnadseffektive løsninger. Dette vil vises i grafen ved at kurven flyttes nedover og/eller får en flatere helning. Eksempler på løsninger kan være bruk av IT-systemer for oppfølging av ansatte, bedre utnyttelse av interne ressurser og innhenting av ekstern hjelp og kunnskap (NAV, rehabiliteringsbedrifter, forskningsmiljøer osv.). Vi tror allikevel at den grunnleggende kostnadsstrukturen endres lite.

SYKEFRAVÆRSPROSENTEN SOM MÅL

I avtalen om Kvalitetskommuner trekkes det frem at "det er et særskilt mål å redusere sykefraværet i kommunesektoren" (Kvalitetskommuner). Her forstås dette som at det er et mål å redusere antall dager ansatte er borte fra sitt arbeid i kommunen, hvor den ansatte selv eller gjennom lege oppgir sykdom som grunn for fraværet. Som mål på sykefraværet i kommunen fokuseres det på sykefraværsprosenten. Hvordan dette målet konstrueres varier noe avhengig av om du ser på tallene fra kommunen selv, NAV, SSB eller KS, men det er i bunn og grunn det samme målet.

Nedenfor vil vi ta for oss to problemer knyttet til sykefraværsprosenten som måleenhet. Først av alt er det viktig at måleenheten reflekterer det vi ønsker å måle. Og hvis så er tilfelle, med hvilken presisjon kan vi påstå at målene representerer den faktiske virkeligheten?

Hva skal måles?

Som sagt tidligere måler sykefraværsprosenten fravær fra jobben, med sykdom som grunnlag. Et mål først og fremst på produksjons- og ressurstap. Sykefravær koster både kommune og stat store

summer hvert år, men skal vi være litt kyniske er det ikke vanskelig å redusere sykefraværet i den enkelte kommune. Ved bruk av streng seleksjon på bakgrunn av tidligere helsehistorikk, harde økonomiske og sosiale sanksjoner ved sykdom og bruk av trusler og tvang, vil sykefraværet gå ned. Men dette minner mer om slaveri enn en arbeidsplass slik vi vanligvis tenker på det. De fleste ville vegre seg mot å bruke slike midler for å holde arbeidskraften på arbeidsplassen, fordi det bryter med lover eller normer i samfunnet vi lever i. Altså er ikke fremmøte alene et mål. De fleste kobler sykefravær til god helse, trivsel, arbeidsmiljø, en inkluderende arbeidsplass osv. La oss si at helse i tilstrekkelig grad er et dekkende begrep for alle disse. Men hvis det er de ansattes helse vi ønsker å måle, er det da nok å se på det egenmeldte og legemeldte sykefraværet alene? I en kronikk publisert i Tidsskrift for den Norske legeforening skriver Ebba Wergeland og Dag Bruusgaard:

"Lav sykefraværsprosent betyr verken god helse hos de ansatte eller høy arbeidsmiljøstandard. Riktignok fortelles det mange historier om hvordan fraværsprosenten falt da man foretok seg fornuftige ting med arbeidsmiljøet. Men sammentreff i tid betyr ikke årsakssammenheng. Resultatene som når offentligheten preges i tillegg av publikasjonsbias. Gode forebyggende tiltak som faller sammen med økende fravær, risikerer å klassifiseres som mislykket og får ingen omtale".

(Wergeland & Bruusgaard 2005)

Med manglende årsakssammenheng og korrelasjon i tid mellom tiltak iverksatt for å bedre helsen til de ansatte og sykefraværsprosenten, er det ikke sikkert sykefraværsprosenten er et dekkende mål alene. For hvis vi ønsker å måle to ting på en gang, helse og produksjons- og ressurstap, og indikatoren vår bare dekker en av delene, produksjons- og ressurstapet, er dette ikke et dekkende mål alene. For å gi et bedre bilde av den faktiske situasjonen, bør kanskje sykefraværsprosenten suppleres med andre indikatorer.

Hvor gode data kan innhentes?

La oss nå gå bort fra diskusjonen om hva vi ønsker å måle, og anta at sykefraværsprosenten er den indikatoren vi mener er best til vårt bruk. Allikevel er det ikke rett frem å finne sykefraværet i den enkelte kommune.

For det første er det ingen felles enighet om hvordan sykefraværsprosenten som mål skal konstrueres. Dette gjør at ulike aktører opererer med ulike statistikker. Avstanden mellom de ulike tallene er ikke nødvendigvis så stor, men det gjør at statistikkene ikke er direkte sammenlignbare. For kommunene er dette problemet mer eller mindre løst, ettersom det er KS som samler inn, bearbeider og publiserer den offisielle statistikken; den statistikken kommunen selv og andre forholder seg til.

Et mye større grunnleggende problem er kategorisering av data. Hvor stort fravær skyldes faktisk sykdom? Hvis vi deler fravær i 4 grupper (Hammer og Landau 1981):

- Unødvendig frivillig fravær: Ferie og fisketur.
- Nødvendig frivillig fravær: Trenger en dag borte på grunn av stress eller hardt arbeidspress.
- Unødvendig ufrivillig fravær: Den ansatte har fått et papirkutt, og definerer seg selv som arbeidsudyktig.
- Nødvendig ufrivillig fravær: Ligger på sykehus med brukket rygg.

Videre antar vi at det frivillige fraværet tas ut i form av ferie og avspasering, mens det ufrivillige tas ut i form av egen- eller legemeldt sykefravær. Skulle sykefraværsprosenten representert den faktiske situasjon ville den fanget opp gruppe 2 og 4. Gruppe 4 har ikke noe valg om å møte på jobb eller ikke. Gruppe 2 har et valg, men fraværet er nødvendig for å beholde fysisk og psykisk helse på langsikt. Isteden er det gruppe 3 og 4 som sykefraværsprosenten faktisk tallfester. Hvis vi går bort fra antagelsen om hvilke form fraværet tar for de ulike gruppene, blir sakene mye mer komplisert. En person som sykemelder seg kan tilhøre hvilken som helst av gruppene, uten at det finnes noen innlysende måte å avsløre om dette faktisk er tilfelle. Sykefraværsprosenten måler ikke lenger fravær med sykdom som reell grunn, og blir mer et generelt mål på fravær med sykdom som mulig forklaring.

Statistiske utfordringer

Her skal vi ikke gå i dybden på hvilke statistiske utfordringer som oppleves ved analyse av fraværdata, herunder fravær grunnet sykdom. Allikevel er det på sin plass å nevne at analyse og prediksjoner basert på denne type data sterkt påvirkes av problemer med kategorisering og datainnhenting, ustabilitet over tid og ikke-normal sannsynlighetsfordeling.

OPPSUMMERING

Som nevnt i kapittelet om dokumentering av resultater og prosesser hadde en av våre informantkommuner en liste over 27 punkter de har satt i gang, men de viste ikke hvilke enkelttiltak eller kombinasjon av tiltak som gav ønsket effekt i det sykefraværet gikk ned. En av grunnene til at kommunen tror de har lyktes med arbeidet knyttet til helseproblematikk på arbeidsplassen er at de har jobbet helhetlig og systematisk både på organisasjonsnivå parallelt med fokus på ledere, og med mer konkrete prosjekter ute på enhetene rettet mot spesifikke grupper og individer. Ut i fra det vi har sett fra de andre kommunene vi har snakket med virker dette som en mulig forklaring på deres suksess. Det er ikke nødvendigvis noen spesielle enkelttiltak som fungerer bedre enn andre, men det virker som om kommunene lykkes med sykefraværsarbeidet igjennom selve prosessen ved det å utvikle og implementere tiltaket, samt at mange av de forskjellige tiltakene er avhengig av andre faktorer i kommunene. Disse andre faktorene oppleves som komplementære og at de til sammen kan bidra til å skape et lavere sykefravær. For eksempel vil man ikke få ledere som er gode på oppfølging av syke hvis de ikke får opplæring i sykemeldingsrutiner og hvordan man på en god måte følger opp sykemeldte, og det hjelper ikke å endre sykemeldingsrutiner hvis ansatte ikke blir informert om både at det skjer og bakgrunnen for det. Det som hjelper er å tenke på hva vil det vi gjør ha å si for hvordan vi forholder oss til den hverdagslige virkeligheten.

De mest sentrale suksessfaktorene som kommunene har trukket frem i denne prosessen under intervjuene, har vært de punktene som har blitt presentert i denne rapporten til nå. De mener de har lyktes med helsearbeid på arbeidsplassen fordi at de har hatt noen som har tatt tak i problematikken og starter arbeidet, de har involvert alle berørte parter i organisasjonen – folkevalgte, administrasjonen og medarbeidere – når de har jobbet, bevisstgjøring av rutiner og ansvar igjennom informering og dialog, de hatt stort fokus på ledere på alle nivåer med tanke på opplæring og oppfølging av disse, de har jobbet med tiltak innenfor de rammene som har vært mulig i kommunene, og for å ha muligheten til å jobbe med prosjektene har de tildels vært avhengig av å dokumentere resultatene av det de har gjort. Det er også viktig at arbeidet bærer preg av å være et en helhetlig og kontinuerlig prosess knyttet til problematikken fremfor et

tidsavgrenset prosjekt som slipper tak i problemet når prosjektet er over. Scheins modell kan i denne sammenhengen brukes for å vise hvordan ting henger sammen, og hvordan man kan jobbe videre med konkrete tiltak samtidig som man prøver å utvikle og tilpasse kulturen. En del større kommuner har ressurser til å holde et fokus på dette arbeidet, men for mindre kommuner kan programorganiseringen til KKP være en utslagsgivende faktor for å lykkes med reduksjon av sykefraværet.

LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. 1987. *Unraveling the Mystery of Health – how people manage stress and stay well*. Jossey-Bass Publishers, USA.
- Båtsvik, T. et.al. 2007. *Kvalitet i møtet med brukeren*. Rapport. Asplan Viak AS.
- Dalby, K. 2009. *Trepartssamarbeid i kommunesektoren. Muligheter og utfordringer*. Fagforbundet.
- Esnault, M. 2006. *Prosjektoppstart. Du har ikke tid til å ha det travelt*. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Gamperiene, M. et.al. 2007. *Programmet FARVE - Kunnskapsstatus Tema 1: Sykefravær*. AFI-Notat 11/2007.
- Goetzel R.Z. & R.J. Ozminkowski. 2008. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. *Annual Review of Public Health, Vol.29*. 303-323.
- Gustavsen, B. 1990. *Strategier for utvikling i arbeidslivet*. Pensumtjenesten, Oslo.
- Hammer, T.H. & J. Landau. 1981. Methodological Issues in the Use of Absence Data. *Journal of Applied Psychology, vol. 66, No.5*. 574-581
- Kvale, S. 2006. *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Gyldendal Akademiske, Oslo.
- Kvalitetskommuner. *Avtale om program for utvikling av kvalitet i kommunesektoren*. Underskrevet 23. oktober 2006.
- NAV. 2008. *Årsrapport 2008 – Reformarbeid, hovedmål og nøkkeltall*.
- Pedersen A.W. 1997. *Utviklingen i sykefraværet på 90-tallet*. Fafo-rapport 218.
- Quick, J.C. & L.E. Tetrick. 2003. Prevention at Work: Public Health in Occupational Settings. *I J.C. Quick & L.E. Tetrick (eds) Handbook of occupational psychology (s.3-14)*. American Psychological Association, Washington D.C.
- Schabracq, M.J. 2003a. Everyday Well-Being and Stress in Work and Organizations. *I J.M. Schabracq et.al. (eds) 2003. The Handbook of work & Health psychology 2nd edition*. John Wiley & Sons Ltd, UK.
- Schabracq, M.J. 2003b. Organisational Culture, Stress and Change. *I J.M. Schabracq et.al. (eds) 2003. The Handbook of work & Health psychology 2nd edition*. John Wiley & Sons Ltd, UK.
- Schabracq, M. 2007. *Changing Organizational Culture. The Change Agents's Guidebook*. John Wiley & Sons, Ltd, UK.
- Skålnes, S. m.fl. 2002. NIBR-rapport 2002:24 *Evaluerings av Modellkommuneforsøket*. Hovedrapport.
- Thagaard, T. 2009. *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Wergeland B. & D. Bruusgaard D. 2005. *Er fraværreduksjon en oppgave for leger? Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 21, 2005; 125*. 2984 – 2987.
- WHO. 1986. *Ottawa Charter for Health Promotion*.

VEDLEGG

- Vedlegg A: Prosjektbeskrivelse
- Vedlegg B: Informasjonsbrev
- Vedlegg C: Brev om informert samtykke
- Vedlegg D: Informasjonshefte
- Vedlegg E: Intervjuguide
- Vedlegg F: Mandat fra Kvalitetskommuneprogrammet

Vedlegg A: Prosjektbeskrivelse

Kvalitetskommuneprogrammet

Prosjektbeskrivelse for KK-gruppen

20. februar 2009

Sammendrag

Denne prosjektbeskrivelsen inneholder en presentasjon av prosjektet Kvalitetskommuner, og organisering av dette. Sekretariatet for Kvalitetskommuneprogrammet har henvendt seg til Prosjektforum, med et ønske om bistand i avslutningsfasen av dette prosjektet. Det er ønskelig at gruppen skal se på hvordan man kan videreføre deler av Kvalitetskommuneprosjektet etter at dette prosjektet er avviklet. I denne prosjektbeskrivelsen foreligger det et mandat fra sekretariatet, og den problemstillingen som prosjektgruppen skal jobbe ut i fra. Det er også en beskrivelse av hvordan prosjektgruppen er organisert, og har tenkt å gjennomføre sitt mandat. Videre inneholder prosjektbeskrivelsen en oversikt over aktuell litteratur for prosjektet, samt en metodisk tilnærming til den empiriske delen av prosjektet.

Oppdragsgivere til Kvalitetskommuneprogrammet

Kvalitetskommuneprogrammet er et statlig initiert samarbeid mellom 8 parter, og har som mål å øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet, samt redusere sykefraværet, gjennom en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte. De 8 involverte parter er Kommunal- og regionaldepartementet (KRD), Helse- og omsorgsdepartementet (HMD) og Kunnskapsdepartementet (KD), KS, Akademikerne, LO-Kommune, YS-Kommune og Unio. Organiseringen av Kvalitetskommuneprogrammet er delt mellom disse 8 partene.

Bakgrunnen og formål med Kvalitetskommuneprogrammet

Kvalitetskommuneprogrammet er en omfattende satsning i arbeidet med å realisere kommunalministerens visjon for kommunesektoren. Kommunalministerens visjon er at kommunene skal være en levende demokratisk arena hvor folk ønsker å delta, at kommunene skal gi tjenester av høy kvalitet, at kommunene skal være en dynamisk samfunnsutvikler som legger til rette for samarbeid mellom offentlig myndigheter og frivillige krefter, og at kommunene skal være en god arbeidsplass for sine ansatte. Høy etisk standard skal prege den kommunale virksomheten.

Kommunesektoren har gjennom flere år vært gjennom krevende omstillingsprosesser. Utgangspunktet har ofte vært knappe ressurser og sterkt press på tjenestene. Dette har vært et krevende utgangspunkt for lokalpolitikere, ledere og ansatte. Regjeringen har satt i gang arbeidet med å bedre kommuneøkonomien. Dette gjør ikke fornyingsarbeidet mindre viktig, men det gir lokalpolitikere, ledere og ansatte et langt bedre utgangspunkt for å etablere et godt og kontinuerlig fornyingsarbeid. Fornyingsarbeidet skal ha som overordnet mål å bedre tjenestetilbudet til innbyggerne. Utfordringen for det videre fornyingsarbeidet er særlig å involvere de ansatte og de folkevalgte fullt ut i fornyingsarbeidet. Det er i tillegg en utfordring å møte økningen i sykefraværet i kommunesektoren.

Målet med samarbeidet er og har vært; å øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet gjennom en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte slik at innbyggeren merker en forbedring. Det er et særskilt mål å redusere sykefraværet. I dette arbeidet rettes fokus mot pleie- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren, og samarbeidet lokalt må spesielt involvere medarbeiderne som møter innbyggerne.

Innhold i Kvalitetskommuneprogrammet

Kommunalministeren, i samråd med Helse- og omsorgsministeren og Kunnskapsministeren, etablerer et samarbeid mellom staten, KS og arbeidstakerorganisasjonene i kommunesektoren – UNIO, YS, Akademikerne og LO – om utvikling av kvalitet i kommunene, i første rekke innen pleie- og omsorgssektoren og oppvekstsektoren (barnehage og skole). Programmet skal stimulere til rutine og prosesser for kontinuerlig omstilling og fornying i kommunesektoren. Samarbeidsprogrammet vil senere kunne utvides til også andre sektorer og deltemaer.

Kvalitetskommunesamarbeidet bygger videre på de initiativ som allerede er tatt for å utvikle

tjenestekvaliteten i kommunesektoren. Det vises i denne sammenhengen til avtale om kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene, samarbeidsavtalen om kvalitetsutvikling i skolen og avtale mellom regjeringen og KS om barnehageløftet.

Involveringen av de ansatte i utviklingsarbeidet gir bedre arbeidsplasser og redusert sykefravær. Den negative utviklingen i sykefraværet tilsier et målrettet samarbeid på dette særskilte området både i et kortsiktig og langsiktig perspektiv. På kort sikt vil det bli samarbeidet om direkte veiledning til enkeltkommuner i tiltak for å få ned sykefraværet.

Den bærende ideen bak kvalitetskommunesamarbeidet er at det er mer å hente i et konstruktivt samarbeid lokalt mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte i forhold til utviklingen av kvalitet og effektivitet i tjenestetilbudet. Samarbeidet lokalt må spesielt involvere medarbeiderne som møter innbyggerne. Det er særlig viktig at arbeidet lokalt får en god forankring hos de folkevalgte. Det er viktig å bygge på det gode arbeidet som allerede er gjort og gjøres. Kvalitetskommunesamarbeidet skal forsterke og utfylle eksisterende arbeid. Hovedavtalen er utgangspunktet for samarbeidet.

Det sentrale samarbeidsprogrammet skal gi stimuleringshjelp til arbeidet lokalt i et større antall kommuner. Stimuleringshjelpen vil i utgangspunktet bestå i faglig veiledning basert på erfaringene fra de siste års fornyingsarbeid, erfaringsformidling og arenabygging. Det kan også være aktuelt å gi økonomisk støtte i begrenset grad.

Prosjektene lokalt bør ha en varighet på 2-3 år. Arbeidet i den enkelte kommune vil ta utgangspunkt i organisasjonens reelle utfordringer. Den enkelte kommune avgjør selv innsatsområder og arbeidsform innenfor de mål og rammer som er trukket opp for programmet. Reduksjon av sykefraværet er et obligatorisk mål. Det skal legges vekt på samarbeid på tvers av fag og sektorer, og involvering av ressurser også utenfor kommuneorganisasjonen.

Kommunene som skal delta i programmet velges ut etter søknad, hvor kommunen skal tydeliggjøre egne innsatsområder, og hvordan man tenker å arbeide. De deltakende kommunene skal sette mål for eget forbedringsarbeid. Det vil bli satt krav til måloppnåelsen. Dokumentasjon og evaluering av prosjektene lokalt skal inngå i programmet.

Organisering av Kvalitetskommuneprogrammet

Sentral organisering

Politisk kontaktmøte

Politisk ledelse for de deltakende departementene, KS-ledelse, ledelse for de deltakende arbeidstakerorganisasjonene. Ledes av kommunalministeren. Møter ca. to ganger i året for å drøfte policy for samarbeidet og aktuelle problemstillinger.

Styringsgruppe

Styringsgruppen skal ha ansvaret for detaljeringen av det faglige innholdet i programmet, utvelgelsen av deltakerkommunene og oppfølgingen av programmet. Styringsgruppen ledes av KRD og utgjøres av representanter på administrativt nivå for de deltakende departementene, KS og de deltakende arbeidstakerorganisasjonene.

Sekretariat

Sekretariatet holdes av KS. Sekretariatet skal ha det operative sentrale ansvaret for programmet, med tett kobling til styringsgruppen.

Lokal organisering

Deltakerkommunene velger selv innretning og organisering av arbeidet, men må sikre representasjon fra de folkevalgte, ledelsen og de ansattes organisasjoner i styringen av arbeidet. Arbeidet må forankres i alle arbeidstakerorganisasjonene lokalt.

Økonomi

Hovedfinansieringen fra staten v/KRD med inntil 20 mill. per år for 2007-2009. Fagdepartementene, KS og arbeidstakerorganisasjonene bidrar med kompetanse, og evt. personalressurser og delfinansiering.

Omfanget av Kvalitetskommuneprogrammet

Totalt er 138 av 430 (32 %) norske kommuner med i programmet. Kommunene er tatt inn i programmet i 5 puljer, med ulike starttidspunkt. Første pulje er kjent som «Innsatskommuner sykefravær» og består av 12 kommuner. Disse kommunene skulle kun ta for seg tiltak relatert til redusert sykefravær. Kommunene ble plukket ut på ulikt grunnlag. Noen hadde store problemer med sykefravær, mens andre ble plukket ut fordi de allerede hadde en veletablert praksis med vellykket sykefraværarbeid. De resterende 126 kommunene, som ble tatt opp i pulje 1-4, ble i første omgang invitert til å sende søknad om deltakelse. Søknaden ble så vurdert basert på kommunenes konkrete tiltaksplaner, organisering og motivasjon. Et fåtall kommuner er både Innsatskommuner sykefravær og kvalitetskommuner. Videre er kommunene i de ulike puljene delt inn i 28 nettverk.

Pulje	Antall nettverk (antall kommuner i nettverkene)	Starttidspunkt
Innsatskommuner sykefravær	2 (6, 6)	januar 2007
Pulje 1	5 (6, 5, 7, 6, 5)	mars 2007
Pulje 2	10 (4, 4, 5, 4, 5, 5, 5, 4, 5, 5)	desember 2007
Pulje 3	7 (7, 6, 5, 5, 4, 5, 6)	august 2008
Pulje 4	4 (6, 5, 5, 5)	desember 2008

Prosjektorganisering for Prosjektforum

Mandat til Prosjektforum

Reduksjon av sykefraværet er en varig målsetning for Kvalitetskommuneprogrammet, sammen med forbedringer av tjenestene i kommunal sektor, og vil bli videreført selv om Kvalitetskommuneprogrammet avsluttes 31.12.09. Kommunenes tiltak og prosjekter i forhold til kvalitetsforbedring vil heller ikke være avsluttet ved programslutt. Sekretariatet har i denne sammenhengen henvendt seg til Prosjektforum med et ønske om bistand til å utrede hvordan man kan tilrettelegge for at de iverksatte gode tiltakene og prosessene som løper i kommunene kan videreføres også etter 31.12.09.

Problemstilling for Prosjektforum

Hvilke suksesskriterier må være til stede for at kommunene skal lykkes i sitt arbeid med reduksjon i sykefraværet?

Noen mulige forutsetninger gruppen ønsker å undersøke: økonomiske ressurser, organisasjon, forankring av Kvalitetskommuneprogrammet, enkeltpersoner (ildsjeler), størrelse og geografisk plassering på kommunene, Kvalitetskommuneprogrammet som drivkraft. Dette skal belyses på basis av 6 - 8 kommuner valgt av sekretariatet.

Teamsammensetning, interessenter og verktøy

Gruppen fra Prosjektforum er en tverrfaglig prosjektgruppe som består av fire personer; Ida Sellereite Fjell (samf.geo.), Tor Erik Venåsen (samf.øk.), Ekaterina Shmonina (samf.øk.) og Klaus Breivik

(psykologi).

Anne Inga Hilsen, forsker ved Arbeidsforskningsinstituttet (AFI), er tilknyttet gruppen som ekstern veileder for prosjektet. I tillegg vil Audun Melaas og Tian Sørhaug fungere som henholdsvis administrativ og faglig støtte fra Prosjektforum sin side. Kontaktpersoner i sekretariatet vil være Bjørn Pettersen og Marit Tovsen.

Gruppen har tilgang til et møterom hos KS stort sett hver fredag og annen hver onsdag. Dette er dager vi har satt av til prosjektjobbing i fellesskap. Jobbing i fellesskap utover dette blir avtalt etter behov. Ida har fått ansvaret som primærkontakten for ekstern kommunikasjon mot Bjørn Pettersen i sekretariatet for KK, og Anne Inga Hilsen hos AFI. Gruppen har valgt å aktivt benytte prosjektstyringsverktøyet Projectplace.no i gjennomføringen av prosjektet. Alt av dokumentasjon og litteratur vil bli lagt tilgjengelig her, slik at både gruppen og eksterne parter får tilgang til arbeidet fortløpende ved behov.

Det kan være flere interessenter i forhold til den rapporten gruppen skal skrive. Spesielt vil sekretariatet hos KS, deltakere i Kvalitetskommuneprogrammet, vår veileder Anne Inga Hilsen og de ansatte i Prosjektforum være interessert i en god rapport. I tillegg kan gruppen oppleve at NIBR og IRIS både er interessert i våre konklusjoner, samt opptatte av at vi ikke bruker de samme informantene som dem og dermed trækker dem litt på tærne.

Risikoer

Gruppen har gjennomført en kort risikoanalyse for prosjektet, og kommet fram til noen problemer vi kan støte på underveis, samt hvordan vi skal løse disse. For det første kan de økonomiske begrensningene sette en stopper for at vi får besøke aktuelle kommuner. Dette kan vi løse ved å legge opp metoden slik at vi klarer å gjennomføre undersøkelser uten å snakke med informantene ansikt til ansikt, for eksempel ved bruk av telefonintervjuer. Det kan også bli aktuelt å sørge for å snakke med informanter når de tilfeldigvis er i Oslo, som noen kommer til å være innimellom, eller å delta på samlinger der flere informanter kommer til å delta.

Gruppen ser at det kan bli problemer hvis det blir mye sykefravær i gruppen. Vi er få i gruppen, og er avhengig av at alle bidrar mye. Vi kan takle sykefravær gjennom å si i fra hvis man blir syk, og at medlemmene i gruppen er villige til å jobbe hjemmefra hvis dette blir aktuelt. Man må også være innstilt på å ta i et ekstra tak hvis noen er syke, og å ta igjen det tapte hvis man selv er mye syk.

Eventuelle konflikter som oppstår, løser vi primært med konsensus eller demokratisk avgjørelse. Vi ønsker å være ærlige og åpne med hverandre. Hvis man står i en situasjon der man ikke klarer å bli enige, for eksempel der gruppen er delt på midten, trekker vi lodd. Vi diskuterte muligheten for å utnevne en leder med dobbeltstemme, men finner at det kan bli problematisk og eventuelt føre til flere konflikter hvis en alltid er den som får bestemme. Sanksjoner innad i gruppen har vi blitt enige om skal være å kjøpe mat eller steke vafler til gruppen. Sanksjonene blir iverksatt dersom noen i gruppen ikke gjør oppgavene sine uten å si i fra at man sliter, eller at tre i gruppen mener den fjerde har gjort noe uakseptabelt. Sanksjonene er satt til å måtte gjøre noe hyggelig for resten av gruppen, for å forsøke å holde en god tone i gruppen selv om man støter på problemer.

Siden prosjektet har en ganske kort varighet, ser vi at tid kan bli et problem. Dette må selvfølgelig tas høyde for i planleggingen, og at vi eventuelt må sette nye mål hvis vi ser at vi ikke klarer de opprinnelige målene våre. Gruppen skal ha en statusoppdatering på 15 minutter hver uke, slik at vi klarer å holde oversikt over om vi er i rute.

En av de største problemene kan likevel være at vi roter oss bort eller står fast. Her må gruppen klare å bruke de ressursene vi har tilgjengelig, da spesielt vår veileder, men også oppdragsgiver.

Ansvarsfordeling, og styrker og forbedringer i teamet

Ansvarsfordeling

Oppgaver	Liv	Ida	Katja	Klaus	T.E.	KS	Anne Inga
Oppstart Prosjektbeskrivelse							
Prosjektbeskrivelse		D	D	D	H	R	R
Lese seg opp		H	H	H	H		
Litteratur		D	D	H	D	R	R
Hoveddel							
Kvantitativ, statistikk	R		H		D		R
Kvalitativ	R	D		H			R
Research			D		H	I	I
Sosialt		H					
Ekstern kommunikasjon		H	R	R	R		
Kritisk røst / Los		H		D			
Administrasjon og forsyning		H	D				
H: Hovedansvar D: Delansvar R: Rådføres I: Informeres							

Styrker og ønske om læringsutbytte og forbedringer

Styrker og forbedringer	Ida	Klaus	Katja	T.E.
Styrker	Organisasjonserfaring Språkpoliti Kritisk røst Pålitelig Utadvent Kvalitativ Prosjekterfaring Har god takt og tone	g Kritisk røst Doer Stor arbeidskapasitet Teori Kvalitativ/ kvantitativ Variert arbeidserfaring	Kvantitativ/statistikk Individualist Administrasjon	Visjonær Ordna fokus Svak for fiffige ting og vendinger Kvantitativ / statistikk Prosjekterfaring
Forbedringer	Kvantitativ Faglig Pedagogisk Useriøs	Har ikke prosjekterfaring Miste entusiasme ved lange og seige diskusjoner	Lære å jobbe i team Språklig utfordring Liten arbeidskapasitet i starten	Faglig / praksis Pedagogisk Kan miste entusiasme midtveis

Gruppedynamikk og kjøreregler

Gruppen har en litt uformell tone, og flat struktur. Vi har blitt enig om å bytte på å være ordstyrer og referent på møter. Vi er alle enig i at vi skal prøve å ha en åpenhet i gruppen, og sier i fra hvis man ikke får gjort det man skal si, og at vi prøver å si i fra om ting før det blir et problem. Vi har alle forventninger til hverandre, men samtidig har vi en felles forståelse for at det er mulig å feile. Vi har vedtatt påskeferie i uke 15, samt et par dager i forkant og et par dager i etterkant.

Metodetilnærming

Vi vil starte med en forstudie/kartlegging av de ulike tiltakene som har blitt iverksatt i de 8 kommunene, samt en gjennomgang av relevant teori og litteratur for problemstillingen. Dette forstudiet vil ha en både kvalitativ og kvantitativ tilnærming. Forstudiet vil ha en varighet av ca. 2 uker. Store deler av dette forstudiet vil være en sentral del av den endelige rapporten.

Ut fra problemstillingen vil den mest egnede primære metoden være kvalitativ metode med fokus på intervju. Vi har fått tildelt 8 kommuner for å undersøke problemstillingen, og ser for oss at det kan være hensiktsmessig å gjøre intervjuer på flere nivåer i alle kommunene. Vi ser for oss at vi intervjuer informanter på både ledelsesnivå og medarbeidernivå. For ledelsesnivå ønsker vi å intervju prosjektlederne i de 8 kommunene, og for medarbeidernivå å gjøre gruppeintervju med 2 – 4 tillitsvalgte i hver kommune. I samtale med sekretariatet for Kvalitetskommuneprogrammet har det fremkommet at i enkelte kommuner har det vært en tendens til at når prosesser ikke fungerer optimalt har ulike nivåer i organisasjonen hatt forskjellig oppfatning av hva som har hemmet prosessen. Det vil derfor være naturlig

at det kan være forskjellige oppfatninger på ulike nivåer i kommunen om hva som har bidratt til en god prosess. Vi vil utvikle en intervjuguide basert på forstudiet. Innsamling av data og analyse av data vil foregå parallelt. Vi vil, basert på fortløpende analyser, tilpasse intervjuguiden, slik at vi får en best mulig kartlegging i forhold til problemstillingen. I gjennomføringen av datainnsamling vil vi utvikle rutiner og dokumenter knyttet til konfidensialitet og informert samtykke. Vi er primært ute etter informasjon knyttet til rammebetingelser for vellykkete tiltak og ikke data på individnivå, og vi ser det da ikke nødvendig å melde dette inn til Norsk Samfunnsvitenskaplig datatjeneste.

Tidslinje for prosjektet med milepæler

Når	Hva	Krav
29.05.09 kl.13:00	- Innlevering av prosjektrapport	20 000 ord +/- 15%
	- Levering av rapport til trykk	
	- Bestilling av trykk til rapport	
	- Korrekturlesing av rapport	
01.03.09 – 29.05.09	- Skrivning av rapport	
30.04.09 kl.13:00	- Innlevering av statusrapport	1500 ord +/- 15%
06.03.09 – 30.04.09	- Innsamling og analyse av data	
20.02.09-06.03.09	- Forstudie	
20.02.09	- Innlevering av prosjektbeskrivelse	3500 ord +/- 15%

Litteraturliste

Generell litteratur for prosjektet:

Clegg, S., Kornberger, M., & Pitsis, T. (2008). *Managing and organizations. An introduction to theory and practice* London. Sage.

Esnault, M. (2005). *Prosjektoppstart. Du har ikke tid til å ha det travelt*. Oslo. Gyldendal.

Sjøvold, E. (2006) *Teamet. Utvikling, effektivitet og endring i grupper*. Oslo. Universitetsforlaget.

Assmann, R. (2008) *Teamorganisering*. Oslo. Fagbokforlaget.

Selvvalgt litteraturliste på minimum 200 sider:

Aas, R.W. & Skauen, B.H. (2007) Innsatskommuner sykefravær – problem, mål, tiltak og suksesskriterier. Rapport IRIS nr.2007/094
- 42 sider.

- Aas, R.W. & Skauen, B.H. (2007) Sykefraværarbeid – en tiltakshåndbok. Fundamenteringstiltak, persontiltak og prosjekttiltak. Rapport IRIS nr.2007/143
– 79 sider
- Ryan, K.D. (2003). *Creating Shared Commitment for Results: How to Talk about Accountability*. I M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (red.), *The Handbook of Work & Health Psychology* 2ed. (s. 517-531). Chichester, John Wiley & Sons Ltd.
– 14 sider
- Kompier, M. (2003). *Job Design and Well-Being*. I M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (red.), *The Handbook of Work & Health Psychology* 2ed. (s.429-454). Chichester, John Wiley & Sons Ltd.
– 26 sider
- Schabracq, M.J. (2003). *Organizational Culture, Stress and Change*. I M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (red.), *The Handbook of Work & Health Psychology* 2ed. (s.429-454). Chichester, John Wiley & Sons Ltd.
– 26 sider
- Parks, K.M. & Steelman, L.A. (2008). Organizational Wellness Programs: A Meta-Analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, vol.13 (s.58-68)
– 11 sider.
- Berg, A.M., Heen H. og Hovde S. (2002). Kvalitetsbyråkratiet – mellom autonomi og kontroll. *Arbeidsforskningsinstituttet* (Kap 2, s.13-38)
– 26 sider.
- Ose, Solveig Osberg et.al. (2006). Sykefravær: Kunnskapsstatus og problemstillinger. Rapport SINTEF A325.
- 42 sider.
- Kvale, Steinar (1997). Det kvalitative forskningsintervju. Gyldendal Akademiske.
-236 sider.
- Rice, John (2006). Mathematical Statistics and data analysis. Brooks Cole.
- 688 sider.

Vedlegg B: Invitasjonsbrev

Til

11. mars 2009

Prosjektgruppen Kvalitetskommuneprogrammet
v/ Ida Sellereite Fjell

INVITASJONSBREV TIL DELTAGERE I KVALITETSKOMMUNEPROGRAMMET

Bakgrunn og hensikt

Vi er fire masterstudenter som på oppdrag fra sekretariatet i Kvalitetskommuneprogrammet skal se på suksesskriterier som må være til stede for at kommunene skal lykkes i sitt arbeid med reduksjon i sykefraværet.

Hva innebærer studiene?

I den forbindelse ønsker vi å snakke med nøkkelpersoner i deres kommune. Dere er valgt ut ved hjelp av sekretariatet til Kvalitetskommuneprosjektet, fordi dere har interessante tiltak som vi ønsker å se nærmere på.

Frivillig deltagelse

Vi vil legge vekt på at det er frivillig for dere å delta, men håper at dere kan se den ferdige rapporten som et nyttig verktøy for deltagerne i Kvalitetskommuneprogrammet, og derfor ønsker å hjelpe oss.

Intervjuene kan foregå enten pr telefon, ved at vi kommer til dere på besøk eller at vi treffes i Oslo ved en passende anledning.

All informasjon vil bli behandlet konfidensielt, med mindre dere selv ønsker å fremme deres historier og eksempler. Alt materialet vil bli destruert etter at rapporten er levert. Det vil bare være prosjektgruppen og veileder som har tilgang på datamaterialet. Veileder er Anne Inga Hilsen, Arbeidsforskningsinstituttet.

Ta gjerne kontakt ved spørsmål. Vi ser frem til å høre fra dere.

Med vennlig hilsen

Tor Erik Venåsen, Ekaterina Shmonina, Klaus Breivik og Ida Sellereite Fjell

Vedlegg C: Brev om informert samtykke

Informert samtykke

Vi ønsker å intervju deg i forbindelse med vårt prosjekt om Kvalitetskommuneprogrammet og sykefravær i kommunene. Prosjektet utføres på bakgrunn av et ønske fra sekretariatet i Kvalitetskommuneprogrammet, og vi som gjennomfører det er en gruppe på fire studenter fra Prosjektforum ved Universitetet i Oslo.

Før du eventuelt takker ja til å være vår informant, vil vi gjøre det klart at det er viktig for oss at du frivillig samtykker til å bli intervjuet. Du vil underveis i prosessen til et hvert tidspunkt ha muligheten til å trekke deg fra prosjektet.

Informasjonen du gir oss vil brukes i en rapport som i utgangspunktet skal leses av sekretariatet til Kvalitetskommuneprogrammet, våre sensorer på universitetet og den vil bli lagt i et arkiv slik at senere studenter på Prosjektforum vil få tilgang til den.

Under intervjuene vil det bli brukt båndopptaker, og intervjuene vil bli transkribert. Alt datamaterialet vil bli destruert etter at rapporten er levert.

Hvis det skulle skjer store endringer i vårt fokus underveis i prosjektet eller lignende situasjoner skulle oppstå, vil vi holde deg informert.

Jeg har mottatt skriftlig og muntlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Oslo, den ... 2009

Klaus Breivik

Tor Erik Venåsen

Ida Sellereite Fjell

Ekaterina Shmonina

Informantens navn

Vedlegg D: Informasjonshefte



Om Prosjektforum

Prosjektforums historie startet allerede på slutten av 60- tallet! Den gangen het kurset industriseminar. Det ble opprettet etter at arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene ytre ønske om at universitetet burde utdanne flere med lyst til og større forståelse for det å jobbe i norsk arbeidsliv.

Gjennom 70-, 80- og 90- tallet har emnet skiftet navn, og både geografisk og faglig tilholdssted flere ganger. Anerkjente psykologer, statsvitere, økonomer og sosiologer har involvert seg i Prosjektforum. I dag administreres emnet av Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, som tilbyr det hvert vårsemester. Faglig leder er Tian Sørhaug, antropolog og professor ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, med ledelse som sitt spesialfelt. Daglig leder er Audun Melaas, cand. mag. i psykologi og sosiologi, og Kaospilot fra Århus i Danmark.

Mandat til Prosjektforum fra Kvalitetskommuneprogrammet

Målet med Kvalitetskommuneprogrammet er å øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet gjennom en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte slik at innbyggerne merker en forbedring. Det er et særskilt mål å redusere sykefraværet i kommunene. Gjennom halvårlige invitasjoner fra statsråden i Kommunal- og Regionaldepartementet har kommuner blitt invitert som deltakere inn i programmet fra våren 2007 til siste pulje som startet i januar 2008. Kommunene søker seg inn i programmet innenfor rammet kvalitetsforbedring / sykefravær, og får tilgang til sentrale samlinger, nettverk og støttefunksjoner for å nå egne mål i tillegg til at programmet sentrale målsettinger skal oppnås.

Reduksjon av sykefraværet er et varig målsetting sammen med forbedringer av tjenestene i kommunal sektor, og vil bli videreført selv om Kvalitetskommuneprogrammet avsluttes 31/12/09. Kommunenes tiltak og prosjekter innenfor rammen av dette programmet vil heller ikke være avsluttet ved programslutt.

Tema for problemstilling til Prosjektforum vil være: Hvordan sikre/tilrettelegge for videreføring av gode tiltak og prosesser i deltakerkommunene etter at det sentralt initierte Kvalitetskommuneprogrammet avsluttes i 2009?

Personer tilknyttet prosjektet

Navn	E-post	Telefon
Prosjektgruppe		
Ekaterina Shmonina	ekaters@student.sv.uio.no	+47 48059083
Ida Fjell Sellereite	idasff@student.sv.uio.no	+47 95701968
Tor Erik Venåsen	torven@student.sv.uio.no	+47 41637803
Klaus Breivik	klausb@student.sv.uio.no	+47 95789882

Ekstern veileder: Anne Inga Hilsen, seniorforsker ved AFI

Kvalitetskommuneprogrammet

Bjørn Pettersen	bjom.pettersen@ks.no	+47 41470525
Marit Tovsen	marit.tovsen@ks.no	+47 90094754

Prosjektforum

Audun Melaas	audun.melaas@sosgeo.uio.no	22 85 52 46
Hans Christian Sørhaug	h.c.sorhaug@sosgeo.uio.no	22 84 16 32

Vedlegg E: Intervjuguide

Intervjuguide

Ulike tema som vi må undersøke i intervjuene med informantene.

Motivasjon: Forhistorien til prosjektet

Hvorfor satte de i gang prosjektet til å begynne med?

Hvordan startet prosjektet opp?

Hvem var pådriveren til prosjektet?

Hvordan ble det skapt oppslutning om oppstart?

3-partssamarbeidet:

Hvordan har 3-partssamarbeidet fungert?

Har det vært andre parter med i samarbeidet? Hvordan har dette evt. fungert?

Tiltak: Hjemmesnekret eller kjøpt?

Hva består tiltakene deres av?

Hvordan har de kommet frem til utformingen av tiltakene?

Har de bygd tiltaket/tiltakene selv? Har de hatt ekstern bistand når tiltakene ble utviklet?

Tiltakene på daglig basis:

Hvordan fungerer tiltakene på daglig basis?

Evaluerings av tiltakene:

Blir dette gjort? Hvem utarbeider evalueringskriterier? Hvordan blir evalueringen gjennomført?

Rammeverk for intervjugjennomføringen

For å kartlegge hvorfor man har lyktes, og hva som har fungert og ikke fungert for å lykkes kan man benytte åpne spørsmål innenfor rammeverket SWOT som nedenfor her.≤

Forskningsspørsmål		Intervjuspørsmål	Kommentarer
Hva får kommuner til å lykkes med sykefravær?	Styrker	Hva i sykefraværsarbeidet har virket godt i forhold til målene dere har satt dere?	
	Svakheter	Har det vært noen svakheter knyttet til tiltakene som kunne vært forbedret for at dere skulle lykkes enda bedre med tiltakene?	
Fremtidige mål i forhold til nå-situasjon?	Muligheter	Hvilke muligheter tror du dere har for å videreføre tiltakene etter at prosjektet er ferdig?	
	Trusler	Ser du noen hindringer for fremtiden med tanke på 1. Videreføring av tiltakene, og 2. Etablering av nye tiltak?	

Vedlegg F: Mandat fra Kvalitetskommuneprogrammet



NOTAT

Mandat til Prosjektforum vår 2009

Tema: Kvalitetskommuneprogrammet – hvordan lykkes med kvalitetsforbedring i kommunene

Staten, Kommunenes Sentralforbund (KS) og arbeidstakerorganisasjonene (hovedsammenslutningene) har inngått en avtale om et program om kvalitetsutvikling og redusert sykefravær i kommunesektoren. Avtalen løper fra 2007 – 2009.

Bakgrunn for oppgaven

Målet med Kvalitetskommuneprogrammet er å øke kvaliteten og effektiviteten på det kommunale tjenestetilbudet gjennom en konstruktiv samhandling mellom de folkevalgte, lederne og de ansatte slik at innbyggerne merker en forbedring. Det er et særskilt mål å redusere sykefraværet i kommunene. Gjennom halvårlige invitasjoner fra statsråden i Kommunal- og Regionaldepartementet har kommuner blitt invitert som deltakere inn i programmet fra våren 2007 til siste pulje som startet i januar 2008. Kommunene søker seg inn i programmet innenfor rammet kvalitetsforbedring/ sykefravær, og får tilgang til sentrale samlinger, nettverk og støttefunksjoner for å nå egne mål i tillegg til at programmet sentrale målsettinger skal oppnå. Ved inngangen til 2009 er det om lag 140 kommuner involvert i programmet.