



Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune

Evaluering av kontrollert intervensjonsforsøk i stor skala, med utvidet rett til egenmelding i kombinasjon med økt og formalisert samhandling mellom arbeidstaker og arbeidsplassen ved sykefravær.

Nils Fleten og Roar Johnsen

Tromsø 2005



Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø



Institutt for samfunnsmedisin
NTNU Trondheim

Evaluering



Evaluering av kontrollert intervensjonsforsøk i stor skala, med utvidet rett til egenmelding i kombinasjon med økt og formalisert samhandling mellom arbeidstaker og arbeidsplassen ved sykefravær.

Nils Fleten Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

Roar Johnsen Institutt for samfunnsmedisin, NTNU Trondheim

Forord

Ønsket om å gjennomføre et kontrollert forsøk i stor skala med bred evaluering hadde utgangspunkt i flere sammenfallende hendelser. Økningen i sykefraværet utover 90 tallet var foruroligende og lovreguleringer og innføring av ulike tiltak hadde liten effekt. Kortvarige forsøk med forlenget egenmeldingsordninger antydte reduksjon av totalfraværet. Forskning hadde vist at det var et betydelige potensiale for tiltak for å kunne gå tilbake til jobb blant sykmeldte og redusere faren for framtidige sykmeldinger. Samtidig er det et svakt grunnlag for ekstern identifisering, i og med at det synes å være en normativ forståelse av arbeidsdyktighet som ikke er basert på felles kunnskap om arbeidsevne. Historisk har sykerolle - behandler tilnærmingen medført få positive forandringer i sykdomsattferd. Grunnlaget for utprøving av alternative tilnærminger var derfor til stede.

Det lovmessige grunnlaget for forsøket ble tilrettelagt gjennom Ot.prop nr. 6 1999-2000. Forsøkiideen hadde støtte i Trygdeavdelingen i Sosialdepartementet som var behjelpelig med å rekruttere Kristiansand som forsøkarena og Arendal som kontroll kommune. Protokoll ble utarbeidet i samarbeid med styringsorganer som raskt ble opprettet i begge kommunene og forsøket ble finansiert gjennom RTVs forsøksordning.

Forsøket har involvert svært mange entusiastiske støttespillere og medarbeidere i Departement, Rikstrygdeverket, Fylkestrygdekontor, lokale trygdekontor, i politiske ledelse og administrasjon i begge kommuner, i HMS avdelingen i Kristiansand og i styrings-, prosjekt-, og arbeidsgrupper rundt Egenmeldingsprosjekt. Og ikke minst alle ansatte i Kristiansand som har akseptert å være forsøksobjekt, nok en gang. Uten de ansatte og alle entusiastene hadde heller ikke dette forsøket vært gjennomførbart. Skulle noen nevnes spesielt så måtte det være forsøkets mødre, avdelingsdirektør Elfriede Børsum i Trygdeavdelingen, samt rådgiver Liv Marit Abrahamsen og rådgiver Hilde Furevoll i RTV.

Vi føler oss privilegert som har fått anledning til å arbeide med et stort intervensjonsprosjekt. Det har uten unntak vært en stimulerende og gledesfylt utfordring. Samarbeidet, først og fremst med prosjektleder Bjørg Elida Romedal og hennes medarbeidere i prosjektet og resten av Kristiansand kommune, har vært givende.

Fra vårt ståsted fortoner Kristiansand seg som en mønsterkommune med profesjonelle, kunnskapsrike og engasjerte medarbeidere. Vi leter allerede etter nye prosjekter for å kunne fortsette samarbeidet.

Så vi sier så langt: Takk for skiftet!

Innhold

Forord	5
Innhold.....	7
Sammendrag	9
Resultat.....	9
Tilråding.....	12
Bakgrunn	13
Metode.....	17
3.1 Forsøkets innhold	17
3.1.1 Utvidet rett til egenmelding.....	17
3.1.2 Dialog arbeidsplass	17
3.1.3 Samarbeid trygdekontoret	18
3.2 Registrering tiltak og fravær	18
3.3 Beregning av fravær	18
3.4 Andel med fravær.....	19
3.5 Kontrollkommune	20
3.6 Fravær 2004.....	20
Resultat	21
4.0 Karakteristika forsøkkommunen	21
4.1 Oppfølgingssamtaler	22
4.1.2 Sene samtaler.....	25
4.1.3 Dialog i ansvarsenheter	28
4.2 Aktive tiltak ved sykefravær	30
4.2.1 Aktiv sykmelding	30
4.2.2 Bruk av tiltak.....	33
4.2.3 Gradert sykefravær.....	35
4.3 Andel ansatte med sykefravær	37
4.3.1 Bruk av egenmelding i 2003	40
4.3.2 Andel ansatte med fravær grunnet sykt barn.....	41
4.4 Utvikling av sykefravær	44
4.4.1 Andel av sykefravær som er egenmeldt.....	44
4.4.2 Utvikling i sykefravær sammenlignet med Arendal og landstall.....	49

4.4.3 Utvikling i refunderte sykepenger.....	51
4.5 Kan samtaler og tiltak påvirke sykefravær.....	53
4.5.1 Samtaler og tiltak relatert til fraværslengde	53
4.5.2 Utvikling i sykefravær relatert til oppfølgingsaktivitet.....	56
4.5.3 Kan egenmelding endre fraværslengde	60
4.5.4 Egenmelding og legesøkning	65
4.6 Egenmeldingsprosjektet – et mer inkluderende arbeidsliv	66
Referanseliste	67
Appendiks.....	71
Vedlegg.....	77

1. Sammendrag

Ot prp nr 6 1999-2000 åpnet for forsøk med betydelig utvidet egenmeldingsperioder med bakgrunn i undersøkelser mellom annet fra Universitetet i Tromsø som talte for å styrke dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver/leder. Undersøkelsene viste et stort potensiale for tiltak, men det syntes ikke å eksistere noe felles kunnskapsgrunnlag for hva som kjennetegnet sykmeldte som kunne ha nytte av tiltak. Samtidig gav studiene kunnskap om at gjennomføring av oppfølgingssamtaler krevde kompetansehevning, og resultatet var best når det forelå forhåndsidentifiserte oppgaver for aktiv sykmeldte. Mindre forsøk med utvidet egenmelding hadde samtidig antydnet effekt på langtidsfravær.

I Kristiansand lå forholdene til rette for et forsøk basert på dialog mellom arbeidstakere og arbeidsplassen med fleksible rammer for egenmelding. Kommunen fikk tilsagn om å bli forsøks kommune i desember 2000. Intervensjonsforsøket med utvidet rett til egenmelding i kombinasjon med økt og formalisert samhandling mellom arbeidstaker og arbeidsplass, pågikk fra andre kvartal 2002, og kommunen vedtok å videreføre virkemidlene ved prosjektets avslutning i april 2004. Det ble åpnet for egenmeldt sykefravær i inntil 50 kalenderdager per år fordelt på inntil ti perioder. Egenmelding ble likestilt med legemeldt fravær også ut over arbeidsgiverperioden etter unntaksbestemmelser, og i nært samarbeid med trygdeetaten. Rutine for oppfølging av sykmeldte på arbeidsplassen ble lagt om, og oppfølgingssamtaler ved sykefravær, både egen og legemeldt, skulle gjennomføres etter faste intervall.

Evalueringen er basert på kommunens fraværregister, der fravær, samtaler og andre tiltak ble registrert av lønningskontoret etter faste meldingsrutiner.

Resultat

I prosjektperioden var det store variasjoner mellom sektorene i bruk av oppfølgingssamtaler, og det var betydelige sesongvariasjoner. Middelaldrende menn med god lønn fikk relativt flest samtaler, men det var mindre enn halvparten med fravær utover 5 dager som fikk den foreskrevne samtale. Knappt to tredjedeler av de med fravær utover 30 dager fikk en eller flere samtaler. Drygt en tredjedel fikk ingen samtaler. Både ved korte og lange fravær ble det gjerne flere samtaler dersom den sykmeldte først fikk en samtale. Til forskjell fra

korttidsfravær var det liten forskjell mellom kjønn om de fikk sene oppfølgingssamtaler eller ikke.

Bruken av aktiv sykmelding økte, og fra å ligge langt under landsgjennomsnittet passerte Kristiansand dette. Det var store sektorvariasjoner, og aktiv sykmelding var mest brukt blant middelaldrende. Andelen med gradert sykmelding holdt seg stabil gjennom forsøksperioden, og det var ingen kjønnsforskjell og liten variasjon i bruk mellom aldersgruppene. Det var noen stabile sektorforskjeller. Størst var forskjellene mellom ulike lønns- og utdanningsnivåer. Det var minst bruk av gradert sykmelding blant de med lavest lønn og med lavest utdanning. Dette henger sannsynligvis sammen med arbeidsoppgavene.

Det var liten endring i andelen som hadde fravær gjennom forsøket. Forskjellene mellom sektorene var store. Barnehagesektoren hadde størst andel som hadde fravær gjennom året. Samtidig hadde barnehagesektoren, sammen med administrativ sektor størst reduksjon i andel med fravær gjennom forsøksperioden. Det var små alders- og kjønnsforskjeller. De grupper som hadde en økning i andel med sykefravær var de med høyest lønn, lengst utdanning og i full stilling. Det er blant disse en ville forvente en registreringseffekt av korttidsfravær. Det var også disse gruppene som viste størst overgang fra legemeldt til egenmeldt fravær slik at middelaldrende menn med lavt fravær brukte relativt oftest egenmelding i forhold til legemelding. Samtidig som antallet med egenmeldt fravær økte, sank antallet med legemeldt fravær tilsvarende.

Av 4500 personer (70% av ansatte) med sykefravær i 2003 hadde 3500 egenmeldt fravær. Av disse hadde 40 % bare ett fraværtilfelle, og 70 % hadde maksimalt to egenmeldte fravær i 2003. Det var svært få egenmeldinger med varighet utover 16 dager og få personer benyttet egenmelding i mer enn 24 dager totalt. Kjønnsforskjellen i sykefravær var klart mindre for egenmeldt enn legemeldt fravær. Det er ikke holdepunkt for at utvidet adgang til bruk av egenmelding ble "misbrukt".

Kvinner hadde høyere fravær enn menn, men begge fordoblet det egenmeldte fraværet i prosjektperioden, både absolutt og relativt. Samtidig ble det legemeldte fraværet redusert. Unntaket var yngre menn som både økte det egenmeldte og det legemeldte fraværet.

Kristiansand har hatt en gunstig utvikling av totalfraværet sammenliknet med både Arendal og landet for øvrig. Det er først og fremst for menn at det var en reduksjon i fraværet mens stigningen blant kvinner var mindre enn både i Arendal og for landet for øvrig. Mot slutten av prosjektperioden var det en tendens til økt sykefravær som ble forsterket da prosjektet skulle vært avslutta, andre kvartal 2004. Andre halvår 2004 fulgte Kristiansand kommune landstrenden.

Også målt i refunderte sykepenger viste fraværsutviklingen i prosjektperioden seg å være vesentlig gunstigere i Kristiansand enn i Arendal og for landet. Sammenlignet med utviklingen i landet utgjør den observerte utviklingen i Kristiansand en reduksjon i refunderte sykepenger til Kristiansand kommune i størrelsesorden 40-50 mill kr i løpet av forsøksperioden 2002-2004.

Et av de viktigste funnene i evalueringen var en sammenheng mellom fraværutvikling og oppfølgings samtaler. Sammenhengen er ikke lineær, men slik at i de enhetene hvor det var en systematisk oppfølging av over 50% av de med fravær, falt fraværet. Der lite oppfølging fant sted over begge år, økte fraværet mest. Å begynne bra, men ikke følge opp er mer ugunstig for fraværsutviklingen enn å begynne forsiktig, men øke innsatsen.

Det ser ut som det var en utvelgelse, slik at de med størst fare for lange fravær, var de som fikk samtale ved fem dager. Senere oppfølgingssamtaler synes imidlertid å ha sammenheng med kortere fraværslengde, sammenliknet med de fravær som bare fikk en samtale. Dette kan tale for at det er en effekt på fraværslengde av oppfølging i form av flere samtaler. Dette gjelder både for de med ett fravær og for de med flere fraværepisoder

Innføring av utvidet egenmeldingsrett gjorde de korte fraværene kortere, og de egenmeldte fravær var kortere enn tilsvarende legemeldte. For fravær i arbeidsgiverperioden støtter undersøkelsen hypotesen om at overgang fra legemeldt til egenmeldt fravær vil kunne forkorte den enkelte fraværperiode.

Utvidet adgang til bruk av egenmelding reduserer bruken av legemeldt kortidsfravær. Besparelsene i redusert helsetjenestebruk er vanskelig å estimere, men vil være betydelige.

Fallende andel nytilsatte, økende gjennomsnittsalder, større andel eldre blant arbeidsstokken og redusert tilgang til uførepensjonering, indikerer at Kristiansand kommune ble en mer inkluderende arbeidsplass i prosjektperioden.

Tilråding

En utvidet rett til egenmeldt fravær gir i seg selv ingen garanti for redusert sykefravær, men når det egenmeldte fravær gikk opp, gikk totalfraværet ned og omvent i prosjektperioden.

For kortvarige fravær viser forsøket at utviding av egenmeldings ordningene vil kunne forkorte disse samtidig som det vil kunne frigjøre legeårsverk og redusere andre helseutgifter. Erfaringene taler for at det tar tid til modning og tilvenning før retten til egenmelding benyttes ut over arbeidsgiverperioden.

Forsøket bekreftet at dialog på arbeidsplassen har effekt på fravær. Der det var vanlig at samtaler ble gjennomført gikk fraværet ned, men uforutsigbarhet i gjennomføring av dialog synes ikke ha gunstig effekt på fravær. Innføring av oppfølgingsordninger med fraværstaler bør derfor knyttes til evne og vilje til forutsigbarhet i gjennomføring av samtaler.

Forsøket viste at implementering av ny og tettere oppfølging av sykmeldte på arbeidsplassen er krevende, og at to års tett oppfølging ikke er tilstrekkelig til at nye fraværmønstre har satt seg.

2. Bakgrunn

Fra attføringsmeldingen i 1991 (1) har det vært et uttalt ønske om tilrettelegging av arbeid slik at det kan tas hensyn til arbeidstakers arbeidsevne. Trygdeetaten fikk både utvidede muligheter for å bistå med tilrettelagt arbeid fra 1993 og økte oppfølgingsforpliktelser med 12-ukersvedtak. Men utviklingen av sykefraværet på landsbasis viste en stabil økning i perioden 1994 til og med 2003 (2;3). Sykemeldte har i flere undersøkelser gitt uttrykk for at de tror tilrettelegging av arbeid/arbeidsplass vil kunne redusere sykefravær (4;5) en oppfatning som blir delt av leger (6;7). Samtidig har det ikke lyktes å redusere sykefravær ved økt vektlegging på oppfølging på grunnlag av sykmelding II i trygdekontor (8-10). Aktiv sykmelding ble ønsket velkommen som et aktivt virkemiddel (11) og erfaring fra enkeltarbeidsplasser viste at aktiv sykmelding når det var lagt til rette med forhåndsdefinerte oppgaver, kunne redusere sykefravær (12). En målsetting om økt bruk av aktiv sykmelding i seg selv synes imidlertid ikke gi samme effekt av ordningen (13). Oppfølgingsdata kan tale for en effekt på framtidig sykefravær og uførepensjonering (14).

I NOU 2000:27, Sandman rapporten, ble det lagt føringer for det videre arbeid med sykefravær og uførepensjonering (15). Det regjeringsoppnevnte utvalget anbefalte at arbeidstaker - arbeidsgiver forholdet måtte ha en større plass i oppfølging av sykemeldte. Med henvisning til forsøk i Trondheim og Elkem Fiskaa, anbefalte de mellom annet utvidet rett til egenmelding som en måte å styrke dialogen på arbeidsplassen. Disse forsøkene kunne tyde på en gunstig effekt på langtidsfravær av utvidede egenmeldingsordninger, og ga ikke grunnlag for frykt for misbruk av utvidede egenmeldingsordninger.

Samtidig viste en rapport fra Unimed NIS at det går med mange legeårsverk til attesting av sykefravær (16). Andre undersøkelser taler for at spørsmålet om sykmelding eller ikke sykmelding, i stor grad er selvbestemt (17;18).

Den viktigste bakgrunnskunnskapen for utforming av innholdet i Egenmeldingsprosjektet var erfaring fra to forskningsprosjekt, Øket bruk av aktiv sykmelding i Sør-Troms (12) og Oppfølgingsstudien av sykemeldte i Harstad-Tromsø (2;4). Syv kommuner i Sør-Troms inngikk i et forsøk med økt bruk av aktiv sykmelding. Noe av kunnskapen fra dette forsøket var:

- økt bruk av aktiv sykmelding (AS) hang nøye sammen med at arbeidsgiver involverte seg i forsøket
- at det var trygden som sto for den økte rekrutteringen til AS, ikke legene
- gjennomføring av oppfølgingssamtaler krevde ny kunnskap, øvelser og diskusjoner
- at det var mulig å få til en femdobling av bruken av AS (fra 3 til 15 % av fravær utover arbeidsgiverperioden), og størst økning når man identifiserte oppgaver for AS på arbeidsplassen på forhand
- at økt bruk av AS førte til reduksjon av totalfraværet sammenliknet med resten av fylket og landet for øvrig
- at erfaringene med AS blant sykmeldte var utelukkende positiv.

Oppsummert så ga forsøket grunnlag for å styrke dialogen mellom arbeidstaker og arbeidsgiver/leder, og kunnskap om at gjennomføring av oppfølgingssamtaler krevde kompetanseheving blant annet gjennom trening. Videre var resultatene i stor grad avhengig av at det ble identifisert arbeidsoppgaver for AS på arbeidsplassen.

Oppfølgingen av 1000 sykmeldte, utover 14 dager, med muskel-skjelettplager og nervøse lidelser i Tromsø og Harstad viste at

- det var et betydelig potensiale, blant de sykmeldte, for å iverksette tiltak for å redusere både pågående sykmelding og for å forebygge senere sykmeldinger
- opplysninger fra sykmeldingsblanketter og fra tidligere sykmeldingsepisoder ga intet grunnlag for saksbehandlere ved trygden og rådgivende leger for å identifisere de som mente at de ville ha nytte av tiltak
- at det var liten eller intet samsvar mellom saksbehandlere og rådgivende leger i trygden, innad i gruppen eller mellom gruppene om hvilke sykmeldte som kunne ha nytte av tiltak
- selv etter informasjon om hva den sykmeldte mente økte ikke samsvaret mellom rådgivende leger og sykmeldte i nevneverdig grad.

Oppsummert så var det et stort potensiale for tiltak og at det ikke syntes å eksisterende noe felles kunnskapsgrunnlag for hva som kjennetegnet sykmeldte som kunne ha nytte av tiltak, Det vil si at forestillingene om nytte var normative og individuelle. Et forsøk måtte derfor baseres på dialog mellom arbeidstakere og arbeidsgivere og rammene for egenmelding måtte være fleksible, I tillegg måtte forholdene for tiltak legges til rette innad på den enkelte enhet.

I Ot prp nr 6 1999-2000 (19) ble det åpnet for forsøk med betydelig utvidet egenmeldingsperioder med henvisning mellom annet til de ovennevnte undersøkelser. Sitat:

”9.3.1 Forsøk med egenmeldt sykefravær:

Departementet mener det er behov for å prøve ut alternative ordninger som kan bidra til å forebygge eller redusere sykefravær gjennom tiltak på arbeidsplassen.

På bakgrunn av resultater i ovennevnte undersøkelse ved Universitetet i Tromsø ønsker departementet å sette i gang et forsøk med utvidet adgang til egenmeldt sykefravær kombinert med en utvidet egenerklæring. Formålet med dette forsøket er at de sykmeldte selv skal ta et større ansvar for eget sykefravær og bidra til at det igangsettes tiltak på arbeidsplassen i samarbeid med arbeidsgiver. Arbeidsmiljøloven § 13 annet ledd pålegger arbeidsgiver en aktivitetsplikt i slike situasjoner. Bestemmelsen slår bl.a. fast utgangspunktet om at arbeidsgiver så langt det er mulig, skal iverksette de nødvendige tiltak for at arbeidstaker som er blitt hemmet i sitt yrke som følge av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende, skal kunne få eller beholde et høvelig arbeid.

En forsøksordning hvor de sykmeldte selv skal vurdere sin arbeidsevne i forhold til arbeidsoppgavene vil kunne gjøre det lettere å få tidlig i gang aktive tiltak. Det forutsettes i forsøket at arbeidsgiver sammen med arbeidstakerne identifiserer arbeidsoppgaver som er velegnet til bruk ved tiltak som aktiv sykmelding før forsøket starter.

Forsøket er tenkt gjennomført for kommunalt ansatte i en større kommune med en tilsvarende kommune som kontrollgruppe. Dette vil gi mulighet for å evaluere resultatene fra forsøket. Partene i arbeidslivet må godkjenne forsøkets innhold.

Det tas sikte på at arbeidstakerne får rett til egenmeldt sykefravær i opptil 3-4 uker. Dette forutsettes kombinert med en utvidet egenerklæring, der arbeidstaker bl.a skal gjøre arbeidsgiver oppmerksom på forhold ved arbeidet som er til skade for den enkeltes helse. Et slikt forsøk vil styrke kontakten mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og trygdekontoret. Dette vil kunne lette arbeidet med oppfølging av de som har behov for tiltak for ikke å falle ut av arbeidslivet. SINTEF Unimed har fått i oppdrag å utarbeide en konkret prosjektprotokoll om det nærmere innholdet i prosjektet.”

I Kristiansand lå forholdene til rette for gjennomføring av prosjektet. De hadde et tillitsvalgt apparat med støtte fra hovedverneombud med interesse for egenmeldingsforsøk på bakgrunn av vellykka forsøk ved Elkem Fiskaa, og kommunens administrative og politiske ledelse hadde mot til å forsøke. Kommunen fikk så i desember 2000 tilsagn om å bli forsøkskommune, og Arendal som også hadde meldt sin interesse, fikk status som kontrollkommune. Våren 2001 ble brukt til avklaring av organisering og hovedinnhold i prosjektet, og fast prosjektleder var på plass 01.06.01. Pilotprosjekt tok til 01.01.02 og fullskalaprojekt i Kristiansand foregikk fra 01.04.02 til 31.03.04.

Målsettinga for prosjektet kan oppsummeres:

- Redusert sykefravær ved hjelp av utvidet rett til egenmelding, i kombinasjon med økt og formalisert samhandling mellom den sykmeldte og arbeidsplassen.
- Redusert utstøtning fra arbeidslivet gjennom bedre tilpasning av arbeidsoppgaver etter arbeidsevne.
- Et arbeidsmiljø der arbeidstaker føler økt mestring og opplever seg velkommen - også når arbeidsevnen er nedsatt.
- Kunnskap om effektene av ulike tiltak på fravær og arbeidsmiljø.

En forutsetning for prosjektet var et nært samarbeid med trygdeetaten, og at prosjektet skulle evalueres. Utvikling av fravær og bruk av tiltak i Kristiansand ble fortløpende fulgt gjennom kvartalsvise rapporter (20-27). Bård Paulsen, Sintef, har gjennomført spørreskjemaserte undersøkelser og intervju for å kartlegge ansattes erfaringer og vurderinger (28-30). Prosjektleder Bjørg Elida Romedal har samlet loggførte erfaringer i egen rapport (31).

Evalueringen er finansiert gjennom prosjektet. Prosjektet har inngått som del av og er finansiert av trygdeetatens forsøksvirksomhet.

Denne rapporten ble i hovedsak ferdigredigert i juni 2004. Da den samlede sluttevalueringen ble utsatt er oppdateringer for fraværutvikling i 2004 innarbeidet i enkelte avsnitt.

Som ledd i den samlede sluttevaluering av Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune drøfter denne rapporten:

- Bruken av samtaler og andre tiltak på arbeidsplassen
- Bruken av egenmeldt / legemeldt sykefravær
- Fraværutviklingen som andel av mulige arbeidsdager.
- Endringer i refunderte sykepenger, legesøkning og tapte årsverk alderssammensetning og turnover av ansatte.
- Alderssammensetning av arbeidsstokken gjennom forsøksperioden og gjennomtrekk i stillingene.

3. Metode

3.1 Forsøkets innhold

3.1.1 Utvidet rett til egenmelding

Egenmeldt sykefravær ble nullstilt fra 1. januar 2002 og i prosjektperioden ble adgangen til å benytte egenmelding ved sykefravær utvidet til:

- Egenmelding inntil 50 kalenderdager per år
- Fordelt på inntil 10 perioder, uten annen begrensning en 50 kalenderdager for enkeltperiode.
- Krav om intervall mellom egenmeldingsperioder falt bort
- Egenmelding kan graderes
- Egen- og legemeldt fravær ble likestilt også overfor trygden
- Egenmelding kan også benyttes i forlengelse av legemelding.

Det ble utarbeidet egne blanketter til bruk ved egenmelding inntil 16 dager og ved alt sykefravær som passerte 16 dager (Vedlegg I og II).

3.1.2 Dialog arbeidsplass

I forbindelse med prosjektet ble rutinene for oppfølging av sykmeldte lagt om, og kapittel 3 i HMS håndboka omarbeidet (Vedlegg III). Arbeidstakers meldeplikt og plikt til å opplyse om fravær skyldes forhold ved arbeidet, opplysningsplikt om funksjonsevne og plikt til samarbeid om nødvendige tiltak ble understreket.

Ansvar for oppfølging ble lagt på arbeidsgiver som ved sykefravær skal:

- Innen 5 dager kontakte den ansatte, starte dialog med informasjon om mulige tiltak og fylle ut tiltaksskjema (Vedlegg IV).
- Innen 15 dager ha ny kontakt med den ansatte, fylle ut tiltaksskjema og eventuelt sende egenmelding II til den ansatte.
- Innen 30 dager ha ny kontakt med utfylling tiltaksskjema
- Videre holde kontakt hver 14 dag, oppbevare tiltaksskjemaet og fylle ut kodene i "Meldingsskjema for fravær/tiltak" for melding sykefravær til lønningskontoret.

Til hjelp ved oppfølgingssamtaler ble det gjennomført opplæringstiltak og utarbeidet egen veiledning for samtale til HMS håndboka (Vedlegg III).

3.1.3 Samarbeid trygdekontoret

Som ledd i prosjektet fikk Kommunen egen kontakt person i trygdekontoret som deltok aktivt i informasjonsarbeid på arbeidsplassene, og som også hadde ansvar for sykepengeformalia når egenmeldingen gikk ut over arbeidsgiver perioden. Kommunen ble IA bedrift 01.10.2002 og fikk også fast kontaktperson i Arbeidslivssenteret.

3.2 Registrering tiltak og fravær

Hver onsdag i oddetalluker, ble fravær og tiltak registrert på "Meldingsskjema for fravær/tiltak" sendt fra avdelingene til lønningskontoret som registrerte skjemaet inn i kommunens fraværregister. Initialt var det meningen å registrere faktisk tapte arbeidsdager i meldingsskjemaet. Utfyllingen var imidlertid utilstrekkelig og registrering av fraværslengde ble begrenset til fravær fra – til, og fraværprosent. Det ble benyttet egne koder for egenmeldt, legemeldt fravær, fravær ved kronisk sykdom der fritak av arbeidsgiverperiode var innvilga, samt fravær av andre årsaker.

Tiltak ble registrert med egne koder for samtaler etter 5, 15, 30 dagers fravær og en kode for samtaler senere i sykdomsforløpet. Aktiv sykmelding, tilpassing av arbeidsoppgaver, tilrettelegging av arbeidsplass, arbeidsmiljøtiltak, bedriftsintern omplassering/attføring, reisetilskott, kjøp av helsetjenester og andre tiltak (eks tilretteleggingstilskudd) fikk egne tiltakskoder (Vedlegg IV).

3.3 Beregning av fravær

Analyser av fravær i denne rapporten er basert på fravær som prosent av mulige arbeidsdager. Korttidsfraværet er spesielt interessant i dette prosjektet slik at det var ønskelig å få registrert fravær også i helger og helligdager, og da særlig i den dominerende helse og sosialsektoren. Vanlig registrering av yrkedag fravær og mulige arbeidsdager der helg og helligdager er trekt ut, vil ikke fange opp helgefravær. Samtidig vil det kunne overestimere fraværet dersom helligdagene ikke trekkes ut av fraværsdager. Siden reelt tapte arbeidsdager etter

tjenesteplanen måtte forlates på grunn av utilstrekkelig registrering, ble ulike modeller forsøkt til beregning av fravær. Den modellen som best svarte til reelt tapte dager der dette var registrert, var en modell der alt fravær med total varighet på en til to dager ble registrert fullt ut, fravær med total varighet lenger enn to kalenderdager ble korrigert for stillings og fraværsprosent, og fravær utover fire kalenderdager ble korrigert for fem dagers uke. Tilpassningen av denne modellen kan tale for at personer i deltid stillinger i stor grad arbeider hele dager når de arbeider, da modellen ville overestimere korttidsfraværet dersom deltids arbeidende vanligvis arbeidet reduserte dager.

Mulige arbeidsdager ble beregnet ut fra samlet sum av registrert stillingsprosent for de ansatte der personer med registrert mer enn 124% stilling ble korrigert til 100% og multiplisert med antall teoretiske dager det kunne arbeides i perioden (5/7 av kalenderdager). Verken teller eller nevner er ikke korrigert for helligdager. Dette kan gi en liten underregistrering av korttidsfravær hos grupper med fri på helligdager. For langtidsfravær vil dette ikke slå ut gitt lik beregning av nevner og teller. Det er heller ikke korrigert for ferie som reduserer risiko for korttidsfravær, samtidig som retten til sykmelding ligger der i ferien. Dette gir utslag i redusert fraværsprosent i feriemånedene sammenlignet med resten av året. Ferieoversikten i Kristiansand ble i stor grad behandlet på arbeidsplassene. Avvikling av ferie ble ikke registrert i kommunens fraværregister, og var derfor heller ikke tilgjengelig for korrigerende av fraværet i sommermånedene.

Kontrollkommunen Arendal sine rapporter gir både brutto mulig fraværskdager uten korrigerende for ferie, og netto mulige fraværskdager der det er korrigert for ferie og lønnet velferdspermisjon. Netto mulige arbeidsdager i 2003 utgjorde 93,7% av mulige brutto arbeidsdager. I direkte sammenligninger mellom Kristiansand og Arendal er det benyttet bruttofravær som er mest sammenlignbar med Kristiansand. Nettofraværet i Arendal var 7,9% høyere enn bruttofraværet i 2003.

3.4 Andel med fravær

Ved beregning av andel av de ansatte som har registrert fravær er det lagt til grunn antall ansatte som har vært ansatt minst to måneder det aktuelle år. Ansatte som har registrert stillinger i ulike sektorer er registrert på den sektor med lavest nummer. Når det gjelder

kvartalstall er mulige årsverk beregnet av aggregert stillingsbrøken for alle ansatte den 15 i midtmånedet i kvartalet. Personer over 70 år er ikke tatt med i beregningsgrunnlaget.

3.5 Kontrollkommune

Arendal kommune hadde status som kontrollkommune, og utviklingen i Kristiansand er sammenlignet med utvikling i Arendal. Ved prosjektstart pågikk det prosjekt rettet mot sykefravær i enkelte enheter i Arendal. Dette bidro til en nedgang i sykefraværet før prosjekt start. Fraværprosenten i Arendal er beregnet ut fra kommunens egen rapport – RTV statistikk, NLPF31B, kjørt av kommunenes dataleverandør IBM, Agderdata.

De ulike utregningsmåtene kan gi små forskjeller i fraværprosent som tilsier forsiktighet i konklusjoner om fraværet er høyere eller lavere i den ene eller den andre kommunen. Utviklingen i fravær er imidlertid langt mindre påvirkelig av mindre forskjeller i utregning av fravær. For best mulig tilpassning er det i Arendal også benyttet bruttofravær ukorrigert for ferie.

For sammenligning med utvikling i Agder og på landsbasis er det benyttet fraværstall fra statistikkbanken SSB (32).

3.6 Fravær 2004

Kristiansand kommune byttet dataleverandør 01.01.2004. Dette medførte at foreløpige data for første kvartal 2004 var tilgjengelig for analysering først i juni 2004. Data for resten av 2004 ble oversendt i 2005. Dataene for 2004 gir en viss usikkerhet i antall årsverk da en ikke har historiske data for hvert kvartal da en ikke har gitt dato for endringer i en stilling. Dato for ansettelse i kommunen og dato personen sluttet i kommunen er gitt. Fravær som løp over årsskiftet er registrert med 01.01.04 som startdato for fraværet. Hver registrering av forlengelse av fravær blir registrert som nytt fravær. Ved utløpet av prosjektet vedtok kommunen å videreføre innholdet i prosjektet. Registrering av tiltak var tenkt forenklet og det er derfor usikkert om registreringene har vært opprettholdt på samme nivå. Registreringsverktøyet var først på plass mot slutten av 2004, og en er usikker hvor mye av nedgang i registrerte tiltak i 2004 som skyldes endringer i holdninger til registrering, og hvor mye som gjenspeiler reelle endringer.

4. Resultat

4.0 Karakteristika forsøkkommunen

Kristiansand kommune hadde i prosjektperioden gjennomsnittlig ansatt om lag 4300 årsverk, fordelt på 5700 personer og 6250 stillinger. Per 15.05.03 var det 1365 menn og 4326 kvinner (76,0 %), med gjennomsnittsalder på henholdsvis 44,4 og 43,5 år (median 45 og 44 år), og med spredning fra 17 til 70 år. Deltidsarbeid var vanligere hos kvinner der 2/3 (68%) hadde mindre enn 100% stilling, mens det kun var 25% av mennene som hadde deltid stilling. Kvinnene hadde også i gjennomsnitt flere stillinger enn menn, henholdsvis 1,11 mot 1,05. 12,5% av kvinnene og 4,7% av menn var registrert med mer enn en stilling. Menn stod for 27,8 % av registrerte årsverk, men utgjorde i snitt kun 23,8 % av registrerte ansatte personer. Ansatte på tiltak, tilfeldige vikarer og folkevalgte inngikk ikke i prosjektet og er utelatt i oppfølgingsdata.

Arendal kommune inngikk som kontrollkommune, og hadde totalt rundt 2300 årsverk, hvorav kvinnene stod for 73,4 % av disse. Tabell 4.0.1 viser godt samsvar i kvinneandel av de utførte årsverk i de ulike sektorer i de to kommunene. Forskjeller i andel årsverk i administrasjon og skole viser at det kan være noe forskjell i hvor kommunene registrerer ulike årsverk.

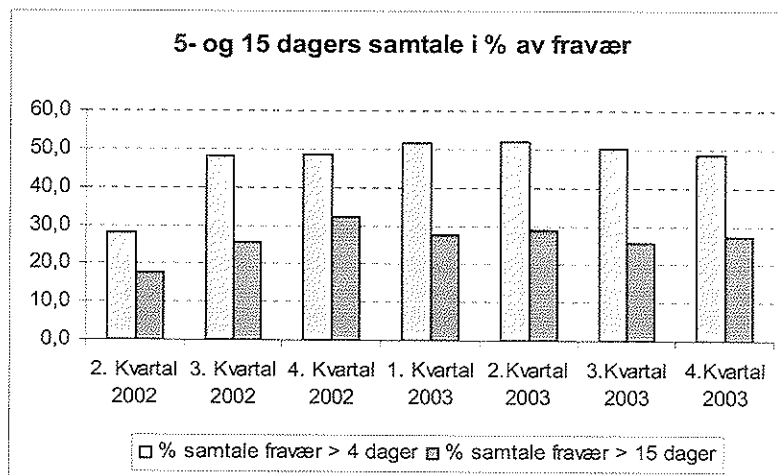
Tabell 4.0.1 *Andel årsverk per 15.05.2003 i Kristiansand som gjennomsnitt for 2003 i Arendal etter sektortilhørighet og med kvinneandel av årsverk i den aktuelle sektor.*

Sektor	Kristiansand			Arendal		
	Årsverk	Andel av årsverk %	Kvinneandel %	Årsverk	Andel av årsverk %	Kvinneandel %
Barnhager	371,5	8,6	95,4	179,8	7,9	94,4
Skoler	1443,0	33,4	67,8	588,0	25,7	68,9
Helse og sosial	1609,2	37,3	87,1	973,9	42,6	87,4
Kultur	163,2	3,8	53,0	48,4	2,1	64,4
Teknisk	566,8	13,1	33,8	328,3	14,4	38,0
Administrasjon	165,4	3,8	62,6	166,8	7,3	57,9
Sum	4319	100,0	72,2	2285	100,0	73,4

Registrerte samtaler første halvår i 2004 viser en klar nedgang fra tidligere. For april til juni 2004 kan dette ha sammenheng med at prosjektet var avsluttet, og at det var forespeilet forenklete registreringsrutiner i videreføringen av virkemidlene i prosjektet.

Figur 4.1.2 viser at nivået av samtaler i prosent av registrerte fravær var svært stabilt rundt 50 % etter 5 dagers fravær og rundt 30 % etter 15 dagers fravær fra og med andre halvår 2002.

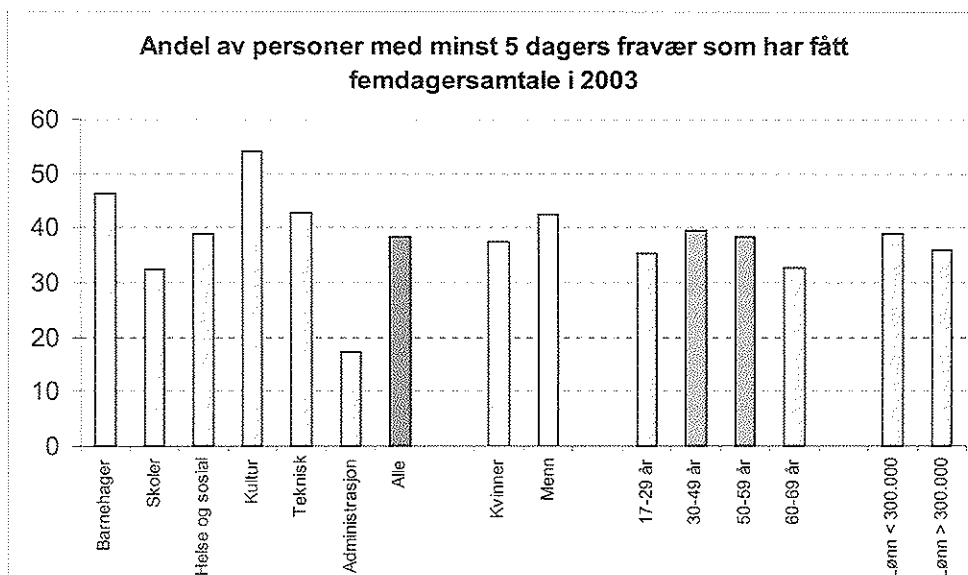
Figur 4.1.2 *Kvartalsvis utvikling i samtaler etter 5 og 15 dagers varighet i prosent av registrerte fravær med varighet utover 4 og 15 dagers varighet i prosjektkommunen.*



Figur 4.1.3 viser at andelen personer med fravær utover 5 dager som får samtaler, er lavere enn antall registrerte samtaler skulle tilsi. Det vil si at de som først får samtale gjerne får flere, samt at noen samtaler blir gjennomført for fravær som varer i mindre enn 5 dager. Samtidig bekrefter Figur 4.1.3 tendensen i Tabell 4.1.1 med flest samtaler i kultursektoren, flere samtaler for menn enn kvinner, og at de yngste og de eldste i mindre grad får samtaler enn middelaldrende. Første kvartal 2004 var 5-dagerssamtaler registrert hos 267 av 1088 kvinner med fravær utover 4 dager (24,5%), og hos 64 av 211 menn (30,3%).

Vi kunne ikke påvise noen sikker forskjell i gjennomføring av samtaler etter 5 dagers sykefravær om personen benyttet egen eller legemelding (Appendiks tabell 1).

Figur 4.1.3 Andel personer med minst et fravær av minst 5 dagers varighet som har fått femdagerssamtale i 2003, fordelt på sektor, kjønn, aldersgrupper og lønnsnivå.



Oppsummering

Det var store variasjoner mellom sektorene i bruk av oppfølgingssamtaler og det var betydelige sesongvariasjoner. Flest middelaldrende menn med god lønn fikk samtaler, men det totalt var det mindre enn halvparten med fravær utover 5 dager som fikk en foreskrevet samtale. De som fikk samtale fikk gjerne flere.

4.1.2 Sene samtaler

Av 1096 personer med ett eller flere fravær utover 30 dager påbegynt i perioden 02.12.02 til 01.12.03 var det 35,3 % som ikke fikk noen samtaler, Tabell 4.1.2. I alt 44,1 % av de med minst et fravær utover 30 dager hadde registrert mer enn en samtale. Når det først var registrert samtale ho en person var det gjennomsnittlig 2,14 samtaler ved et fravær utover 30 dager og gjennomsnittlig 2,74 samtaler når personen hadde mer enn et slikt fravær. Mønsteret for sene samtaler ved fravær utover 30 dager er som ved korte fravær. Det er mindre enn halvparten som får sene samtaler, men når den sykmeldte først får samtale blir det gjerne flere.

Tabell 4.1.2 Antall og andel samtaler hos personer med ett eller flere fravær av minst 30 dagers varighet i 2003.

	Kun ett fravær > 30 dager		To eller flere fravær		Alle med et eller flere fravær	
	N	%	N	%	N	%
Ingen samtale	280	36,6	107	32,3	387	35,3
1 samtale	132	17,3	30	9,1	162	14,8
2 samtaler	128	16,7	53	16,0	181	16,5
3 samtaler	91	11,9	38	11,5	129	11,8
4 samtaler	74	9,7	26	7,9	100	9,1
> 4 samtaler	60	7,8	77	23,3	137	12,5
Sum personer	795	100	331	100	1096	100

Av personene med et fravær utover 30 dager var det 405 personer (37,0 %) som hadde en eller flere samtaler etter 30 dager eller senere. De som hadde minst en sen samtale fikk i gjennomsnitt 1,36 ved ett registrert fravær utover 30 dager og 1,71 sene samtaler når det var registrert flere langvarige fravær. Gjennomsnittet for alle med fravær utover 30 dager var 0,46 sene samtaler ved et fravær og 0,71 sene samtaler ved mer enn ett langvarig fravær. Tabell 4.1.3 viser små kjønnsforskjeller, men betydelige variasjon mellom sektorer i gjennomsnittlig antall registrerte samtaler i 2003 per person med minst et fravær utover 30 dager. Personer som først hadde fått en samtale viste klart mindre variasjon mellom sektorene i gjennomsnittantall samtaler.

De som hadde registrert flere fravær utover 30 dager i perioden hadde gjennomsnittlig flere samtaler enn de med et fravær, men økningen i gjennomsnitt antall samtaler var mindre enn en skulle forvente. Kvinner med et fravær hadde gjennomsnittlig 1,71 samtaler (inkludert tidlige) mot 2,71 samtaler for de som hadde to eller flere fravær, tilsvarende for menn var 1,64 og 2,56 samtaler. Maksimalt antall samtaler hos en person med et fravær utover 14 dager var 10, og ved to eller flere fravær hadde tre personer registrert 14 samtaler.

Oppsummering

Knappt to tredjedeler av de med fravær utover 30 dager fikk en eller flere samtaler. Drygt en tredjedel fikk ingen samtaler. Og som for korttidsfravær, fikk den sykmeldte først en sen samtale, ble det gjerne flere. Til forskjell fra korttidsfravær var det liten kjønnsforskjell

mellom de som fikk og ikke fikk samtale, og hvor mange samtaler de fikk. Også her var det store forskjeller mellom sektorene.

Tabell 4.1.3 Gjennomsnittlig total antall samtaler i 2003 hos personer med fravær utover 30 kalenderdager som ble påbegynt mellom 01.12.02 og 02.12.03 og gjennomsnitt antall samtaler etter 30 dager eller senere (sene samtaler).

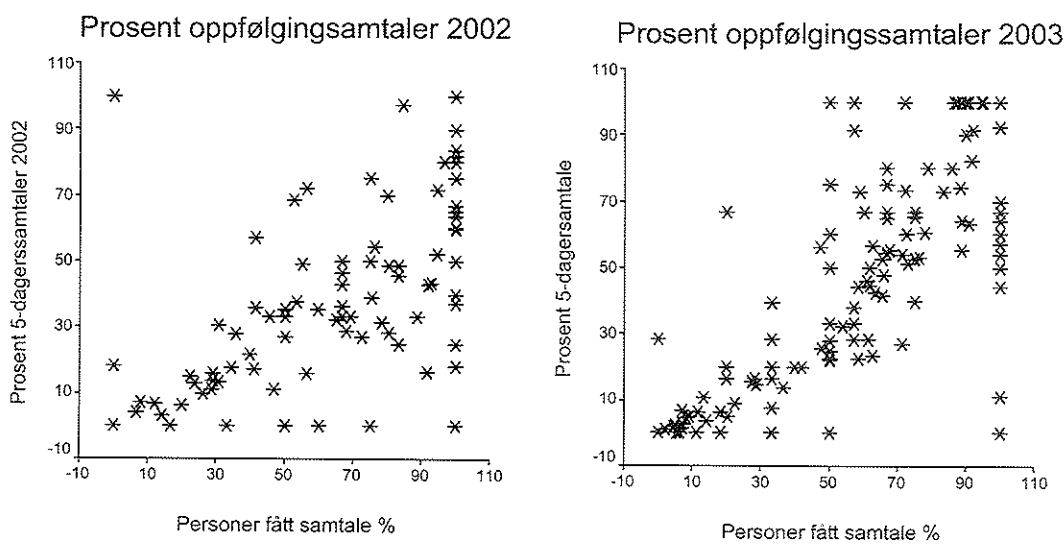
	Personer med minst ett fravær utover 30 dager			Personer med kun et fravær utover 30 dager			Personer med minst et fravær utover 30 dager og minst en samtale		
	N personer	Snitt samtaler	Snitt sene samtaler	N personer	Snitt samtaler	Snitt sene samtaler	N personer	Snitt samtaler	Snitt sene samtaler
Menn	163	1,90	0,50	117	1,64	0,45	110	2,82	0,75
Kvinner	933	2,01	0,56	648	1,71	0,47	599	3,14	0,87
Alle	1096	2,00	0,55	765	1,70	0,46	709	3,09	0,85
<u>Sektor</u>									
Barnehage	101	2,74	0,76	76	2,39	0,58	87	3,18	0,89
Skole	303	1,42	0,34	193	1,18	0,31	158	2,73	0,65
Helse&sos	534	2,10	0,60	380	1,78	0,50	354	3,17	0,91
Kultur	28	3,18	0,82	20	2,80	0,85	22	4,04	1,05
Teknisk	109	2,21	0,61	81	1,73	0,46	78	3,09	0,86
Administrasjon	21	1,33	0,43	15	1,27	0,47	10	2,80	0,85
<u>Aldersgrupper</u>									
< 30år	118	1,86	0,47	77	1,49	0,35	74	2,97	0,77
30-39 år	283	2,09	0,59	202	1,88	0,52	194	3,04	0,86
40-49 år	304	2,16	0,58	195	1,71	0,49	191	3,43	0,93
50-59 år	289	1,91	0,53	214	1,70	0,45	189	2,92	0,81
60-69 år	102	1,67	0,46	77	1,40	0,38	61	2,79	0,77

4.1.3 Dialog i ansvarsenheter

Oppfølging på arbeidsplassen i form av registrerte oppfølgingssamtaler varierte betydelig mellom ulike resultatenheter og mellom sektorer. Det var sterk samvariasjon mellom antall gjennomførte 5-dagersamtaler i prosent av fravær utover 5 dager og andel av personer som hadde fått oppfølgingssamtale en eller flere ganger, dersom de hadde hatt sykefravær med mer enn 5 dagers varighet, Figur 4.1.4.

Pearsons korrelasjonskoeffisient i mellom de 147 ansvarsenheter med registrert fravær utover 5 dager i 2003 og 136 ansvarsenheter med fravær utover 5 dager i 2002 var henholdsvis 0,81 og 0,75, begge høysignifikante $p < 0,001$. I 2002 var det en høyreforskyving med større sjans for at en person skulle få en oppfølgingssamtale, enn andel 5 dagersamtaler i forhold til 5 dagers fravær skulle tilsi, denne tendensen er ikke like klar i 2003 (Figur 4.1.4).

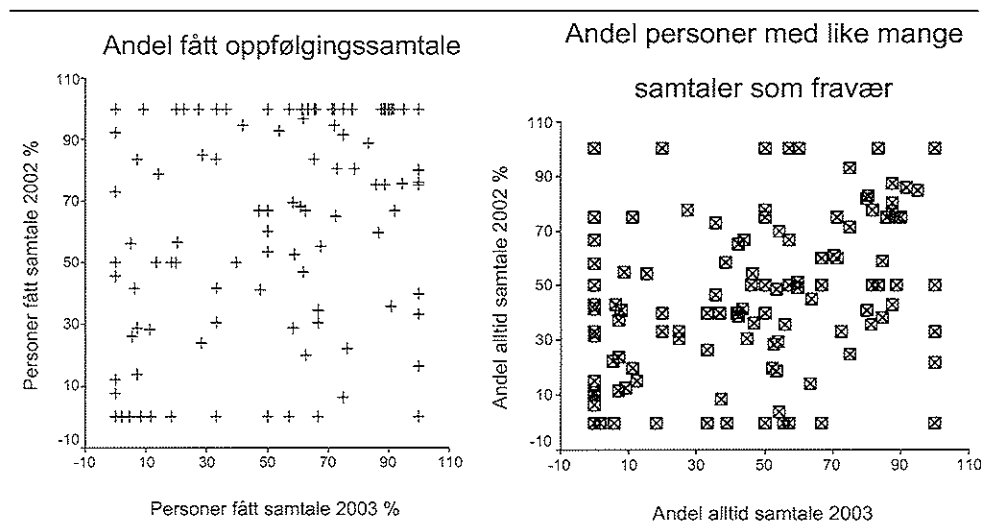
Figur 4.1.4 Forholdet mellom antall 5-dagersamtaler i prosent av fravær av minst 5 dagers varighet og andel av personer med minst et fravær med mer enn 5 dagers varighet som har fått minst en oppfølgingssamtale i 140 ansvarsenheter i 2002 (2-4. kvartal) og i 2003



Figur 4.1.5 viser forholdet mellom ansvarsenheterne etter andel personer med fravær utover 5 dager som fikk minst en oppfølgingssamtale, og andel av personer med fravær utover 5 dager

som fikk minst en oppfølgingssamtale tilsvarende hvert fravær utover 5 dager, i 2002 sammenholdt med 2003. Figuren viser at det er stor spredning i registrert samtaleaktivitet fra det ene året til det andre, og at enkelte enheter som fulgte ”godt” opp i 2002 har forlatt oppfølginga, mens andre har startet med tettere oppfølging i 2003. Pearsons korrelasjonskoeffisient mellom andel samtaler i 2002 og 2003 var 0,29 ($p=0,001$). Tilsvarende korrelasjon mellom andel med minst en samtale svarende til hvert fravær utover 5 dager i 2002 og 2003 var 0.21 ($p= 0,009$). Det var i alt 133 ansvarsenheter med registrert fravær utover 5 dager begge år. Denne skiftingen i oppfølgingsaktivitet gjør det vanskelig å vurdere effekt av oppfølgingssamtaler på fravær.

Figur 4.1.5 Plot av ansvarsenheter etter andel av personer med fravær utover 5 dager som har fått oppfølgingssamtaler i 2002 og i 2003, og andelen som har fått minst like mange oppfølgingssamtaler som de har fravær utover 5 dager.



Oppsummering

Aggregert på ansvarsenheter var det klart samsvar mellom andel fravær det ble gjennomført samtaler i, og andel personer med fravær som fikk samtale. Det var imidlertid stor variasjon innad i resultatenheter og sektorer med hensyn til oppfølging fra det ene året til det andre. Det gir store utfordringer til fortolkning av oppfølgings påvirkning av fravær.

4.2 Aktive tiltak ved sykefravær

4.2.1 Aktiv sykmelding

Det mest brukte tiltak for tilrettelegging av arbeid ved sykefravær var aktiv sykmelding. Denne ordningen var relativt lite brukt i kommunen før prosjekt start, men i 2003 var det registrert avtaler om bruk av aktiv sykmelding som svarer til 11,3 % av alle sykefravær utover 16 dager som ble avslutta i 2003. Av 1536 personer med minst et avslutta fravær utover 16 dager i 2003, hadde 217 (14,1%) registrert minst en avtale om aktiv sykmelding. Gjennomsnittet hos disse 217 var 1,29 avtaler om aktiv sykmelding. Bruk av aktiv sykmelding viste stor variasjon mellom de ulike sektorer og var mest brukt i barnehagene, Tabell 4.2.1. I første kvartal 2004 synes denne tendensen være forsterket med økt antall personer med aktiv sykmelding i barnehagene, men også skolesektoren ser ut til å øke bruk av aktiv sykmelding.

Tabell 4.2.1. *Antall registrerte avtaler om, og i parentes personer med avtale om bruk av aktiv sykmelding i perioden andre kvartal 2002 til første kvartal 2004, og avtaler om aktiv sykmelding i 2003 som prosent av sykefravær med varighet utover 16 dager og som ble avslutta i 2003.*

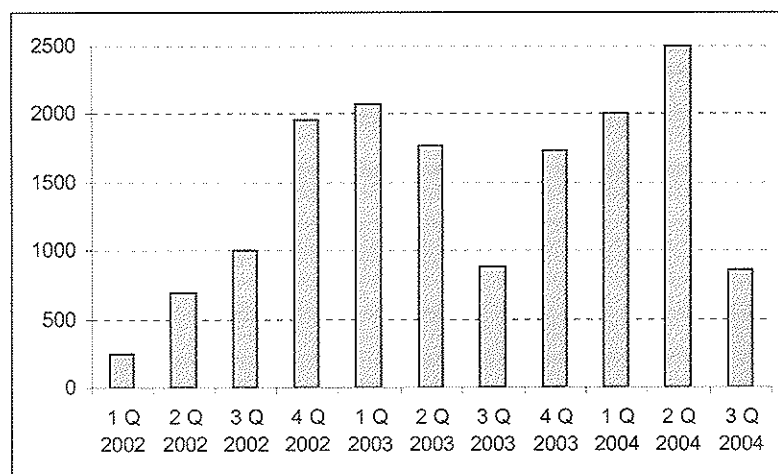
	Avtaler aktiv sykmelding (personer)								% aktiv sm i 2003 av fravær > 16 dager
	2 kvartal 2002	3. kvartal 2002	4. kvartal 2002	1. kvartal 2003	2. kvartal 2003	3. kvartal 2003	4. kvartal 2003	1. kvartal 2004	
Barne- hager	5(3)	11 (6)	14 (10)	16 (16)	10 (9)	8(7)	15(13)	38(24)	22,9 %
Skoler	3	11 (8)	17 (15)	18 (15)	15 (13)	10(6)	12(10)	34(21)	7,4 %
Helse og sosial	12 (10)	40 (29)	45 (30)	35 (31)	36 (30)	33(27)	32(31)	59(39)	11,4%
Kultur	0	9 (5)	0 (0)	3 (3)	3 (3)	0	3(2)	1(1)	13,4%
Teknisk	4	13 (10)	9 (7)	9 (9)	8 (6)	4(4)	7(6)	4(3)	12,1%
Adminis- trasjon	0	2 (2)	5 (3)	2 (2)	1 (1)	0	1(1)	1(1)	7,7%
Totalt	24 (20)	86 (60)	90 (65)	83 (76)	73 (62)	55(44)	70(65)	137*(89)	11,3%

* Endret registrering gjør at en avtale om aktiv sykmelding blir registrert flere ganger dersom personen har flere stillinger. Gjennomsnittlig hadde hver person med aktiv sykmelding i første kvartal 2004 1,54 avtaler.

Målt i antall dagsverk med aktiv sykmelding, finn en samme tendens med en klar økning i bruk første prosjekt år, Figur 4.2.1.. Første halvår 2004 var det en ny økning i dagsverk med aktiv sykmelding, og i barnehagesektoren utgjorde aktiv sykmelding fravær 15,5 % av det totale sykefravær i 2 kvartal 2004. For hele kommunen var tilsvarende andel 9,5 %. Fra tredje kvartal 2004 var det klar nedgang i bruk av aktiv sykmelding som faller sammen med innskjerping i regelverket. I 2003 utgjorde dagsverk aktiv sykmelding 5,9 % av det totale sykefravær for menn i kommunen og 6,8 % for kvinner.

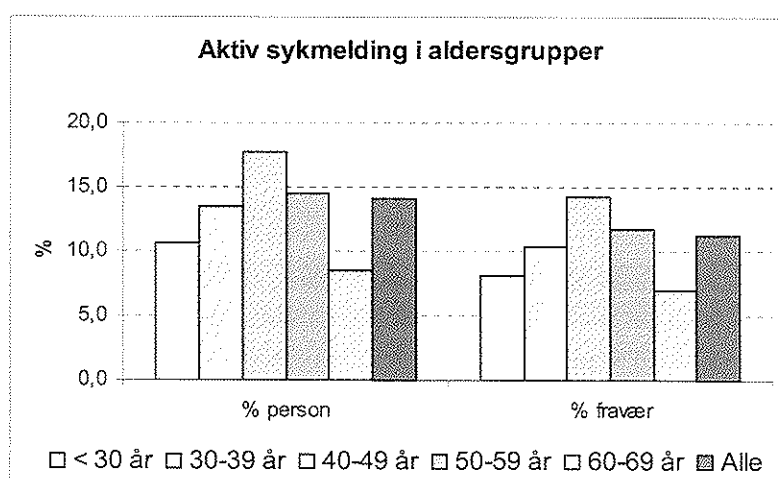
I forhold til personer med minst et avslutta fravær utover 16 dager i 2003, hadde 13,3 % av menn og 14,3 % av kvinner minst en avtale om bruk av aktiv sykmelding. I forhold til antall avslutta fraværstilfeller utover 16 dager var andelen med aktiv sykmelding 11,0% for kvinner og 13,1 % for menn. På landsbasis var aktiv sykmelding brukt i 10,3 % av avslutta sykepengetilfeller (tilsvarende avslutta fravær utover 16 dager) (33).

Figur 4.2.1 Kvartalsvis fravær med aktiv sykmelding fra 2002 til 3. kvartal 2004 som dagsverk korrigert for stillingsandel, fraværprosent og femdagersuke.



Figur 4.2.2 viser at bruk av aktiv sykmelding var dobbelt så vanlig i aldersgruppa 40-49 år som hos de over 60 år i 2003. De yngste hadde også langt lavere andel med aktiv sykmelding.

Figur 4.2.1 Aktiv sykmelding i 2003 i prosent av personer med avslutta fravær utover 16 dager i 2003, og antall avtaler om aktiv sykmelding som % av avslutta fravær utover 16 dager i 2003.



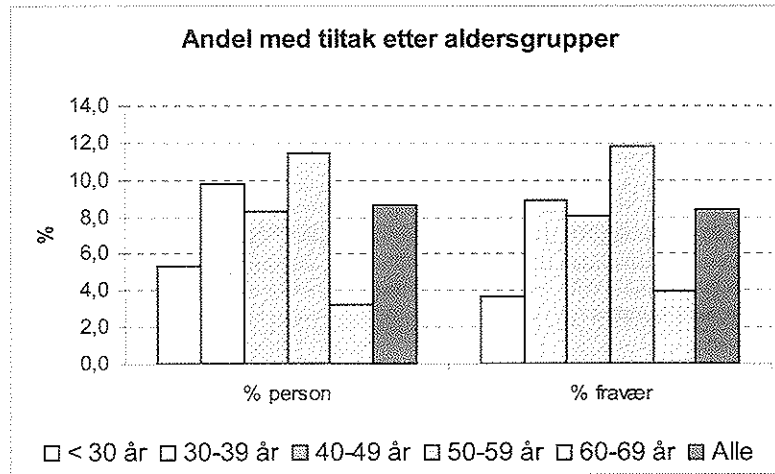
Oppsummering

Bruken av aktiv sykmelding økte og fra å ligge langt under landsgjennomsnittet har Kristiansand passert dette. Det var store sektorvariasjoner, og aktiv sykmelding var mest brukt blant middelaldrende.

4.2.2 Bruk av tiltak

Bruk av andre aktive tiltak viste samme aldersfordeling som aktiv sykmelding, Figur 4.2.3, med færrest tiltak hos de eldste og de yngste. 50 åringene kom best ut på tiltakssida. Antall tiltak hos de med tiltak, viste imidlertid en økende trend med alderen, fra gjennomsnittlig 1,1 tiltak hos personer med tiltak under 30 år, til 1,8 tiltak hos personer som var minst 60 år.

Figur 4.2.3 Andre aktive tiltak som prosent av antall personer med fravær utover 16 dager og antall fravær utover 16 dager i 2003.



Tabell 4.2.2 viser et svært høy andel aktive tiltak i administrasjonssektoren, som skyldes mange registrerte tilrettelegginger av arbeidsplass første kvartal 2003.

Totalt var det i 2003 registrert 63 tilpassinger av arbeidsoppgaver hos i alt 41 personer, 31 tilrettelegginger av arbeidsplass for 26 personer, 7 arbeidsmiljøtiltak for 5 personer, 10 bedriftsinterne omplasseringer for 6 personer, et tilfelle av transporttilskudd, 7 kjøp av helsetjenester fordelt på 6 personer, og 88 andre tiltak, herunder tilretteleggingstilskudd, fordelt på 56 personer.

Tilbakemelding fra HMS seksjonen i kommunen kan tyde på at det var en underrapportering av tiltak som ble igangsatt ut fra tilrettelegginger der de hadde vært involvert.

Tabell 4.2.2 *Antall registrerte andre tiltak enn samtale og aktiv sykmelding i perioden andre kvartal 2002 til fjerde kvartal 2003, og "andre tiltak" i fjerde kvartal 2003 som prosent av sykefravær med varighet utover 16 dager og som er avslutta i kvartalet.*

	Andre tiltak (personer)								% andre tiltak 2003 av avslutta sykefravær > 16 dager
	2. kvartal 2002	3. kvartal 2002	4. kvartal 2002	1. kvartal 2003	2. kvartal 2003	3. kvartal 2003	4. kvartal 2003	1. kvartal 2004	
Barnehager	0	3 (3)	7 (5)	3 (3)	3 (3)	0	6(4)	1(1)	5,6
Skoler	0	5 (5)	5 (3)	10 (7)	5 (3)	6 (4)	14(8)	10(6)	5,0
Helse og sosial	17 (16)	41(33)	46 (26)	48 (39)	22 (18)	15 (10)	15(10)	13(10)	9,2
Kultur		0	0 (0)	1 (1)	1 (1)	2 (2)	0	0	7,5
Teknisk	1	1 (1)	2 (2)	4 (2)	5 (4)	4 (4)	0	0	6,5
Administrasjon	1	10 (9)	1 (1)	22 (20)	6 (4)	2 (2)	3(2)	1(1)	65,4
Totalt	19 (18)	61 (51)	61 (38)	87 (72)	42 (33)	29 (22)	38 (24)	25* (18)	8,6

* Registrering i 2004 kan innebære større grad av dobbelregistrering ved flere stillinger grunnet nytt datasystem i kommunen.

4.2.3 Gradert sykefravær

Utvikling i bruk av gradert sykmelding som andel av avslutta sykefravær utover 16 dager og andel personer med gradert sykmelding i årene 2000 til 2003 framgår av tabell 4.2.3.

Tabell 4.2.3 *Andel av avslutta sykefravær i 200, 2001, 2002 og 2003 som var gradert fordelt på kjønn, aldersgrupper, sektor, lønn, utdanningslengde og stillingsstørrelse.*

	2000		2001		2002		2003	
	n	% gradert	n	% gradert	n	% gradert	n	% gradert
Menn	312	24,0	335	19,4	382	25,1	350	24,9
Kvinner	1839	26,6	2052	27,4	2100	25,1	2127	25,0
Alle	2151	26,3	2387	26,3	2482	25,1	2477	25,0
Aldersgruppe								
< 30 år	280	26,4	292	27,4	263	14,8	271	21,4
30-39 år	574	26,8	608	28,1	652	24,7	619	22,3
40-49 år	623	27,0	648	23,5	688	24,0	732	26,5
50-59 år	477	24,7	636	27,5	649	30,4	628	26,9
60-69 år	187	26,7	203	24,6	223	26,9	227	26,4
Sektor								
Barnehager	206	29,6	215	29,3	232	23,7	214	26,2
Skole	587	28,3	684	33,2	640	32,0	700	32,9
Helse&sos	993	26,0	1133	23,8	1223	24,4	1213	21,8
Kultur	60	28,3	78	21,8	58	24,1	67	29,9
Teknisk	229	17,9	231	17,3	270	11,5	231	14,7
Administr	76	28,9	46	23,9	59	35,6	52	28,8
Lønn								
< 200.000	371	18,9	311	15,8	105	6,7	46	8,7
2-249.000	1126	24,9	1252	22,7	1395	20,1	1315	19,2
250-299.000	474	32,5	605	37,0	604	32,6	564	29,1
300-349.000	142	36,6	172	32,0	288	35,1	466	37,1
>=350.000	27	29,6	45	35,6	54	42,6	89	30,2
Utdanning								
Grunnskole	719	19,9	845	19,6	808	18,6	751	19,7
Yrkesskole	135	21,5	158	20,9	150	21,3	143	24,5
Almennfag	473	29,4	458	22,1	557	21,5	587	19,9
Høyskole	448	31,9	491	35,0	488	31,1	498	27,7
Universitet	351	31,3	430	36,3	438	37,7	473	37,6
Deltid								
< 45 %	469	21,5	500	20,0	386	14,5	478	18,4
45-55%	434	23,5	469	22,8	420	12,1	460	16,7
56-94%	554	26,9	628	27,7	726	28,9	667	24,4
Full stilling	683	31,0	790	31,3	950	32,3	872	33,4

Andelen avslutta fravær utover 16 dager som var gradert var relativt stabil fra 2000 til og med 2003. Barnehagene med betydelig økning av aktiv sykmelding viste også nesten samme andel med gradert fravær som tidligere. Personer med halv stilling eller mindre synes imidlertid ha hatt en mindre nedgang i bruk av gradert sykmelding. De unge viste også tendens til fallende andel av fraværet som er gradert.

Vi fant ingen kjønnsforskjell i bruk av gradert fravær, men det var klare forskjeller mellom sektorene. Forskjellene synes til og med forsterket i løpet av prosjektperioden. Teknisk etat hadde lavest andel med gradert sykmelding. Mest vanlig var gradert fravær i skole- og administrasjon sektoren. Dette kan ha en sammenheng med økt andel av fraværa som var gradert ved økende utdanningslengde og økende lønn. Forhold rundt arbeidsoppgaver er kanskje mer nærliggende forklaringer på bruk av gradert fravær, jfr sektorforskjeller, enn forskjellene i lønn og utdanning i seg selv.

Oppsummering

Andelen med gradert sykmelding var stabil gjennom forsøksperioden og det var ingen kjønnsforskjell og liten variasjon i bruk mellom aldersgruppene. Det var noen stabile sektorforskjeller. Størst var forskjellene mellom ulike lønns- og utdanningsnivåer. Det var minst bruk av gradert sykmelding blant de med lavest lønn og med lavest utdanning. Dette henger sannsynligvis sammen med arbeidsoppgavene.

4.3 Andel ansatte med sykefravær

Innføring av utvidet rett til egenmelding hadde gjennomgående liten effekt på andel av de ansatte som hadde registrert sykefravær Tabell 4.3.1. Det var en tendens til nedgang i andel med sykefravær i barnehagesektoren fra rundt 83 % før prosjektstart til 76,5 % (95% CI 72,9-80,1) i 2003. Tilsvarende i administrasjonssektoren fra 68 % før prosjektstart til 55 % i 2003 (95%CI 48,4-61,6). Skolesektoren hadde en mindre økning fra 64% før prosjektstart til 68,3% (95% CI 66,2-70,4) i 2003. Det var ingen klare alders eller kjønnsforskjeller når det gjelder andel med fravær før og etter utvidet egenmelding.

Tabell 4.3.1 *Antall personer med fravær i årene 2000 tom 2003 i prosent av antall personer ansatt i minst to måneder og ansatt før 1/11 og dersom sluttet i gjeldende år sluttet etter siste februar. Fordelt etter kjønn, aldersgrupper, stillingsprosent, lønn og sektor.*

Kjønn	2000			2001			2002			2003		
	N ansatte	N p fravær	%	N ansatte	N p fravær	%	N ansatte	N p fravær	%	N ansatte	N p fravær	%
Kvinner	4634	3311	71,5	4736	3452	72,9	4716	3492	74,0	4885	3550	72,7
Menn	1527	900	58,9	1533	885	57,7	1483	914	61,6	1531	902	58,9
Total	6161	4211	68,3	6269	4337	69,2	6199	4406	71,1	6416	4452	69,4
Alder												
17-29 år	1075	687	63,9	1052	711	67,6	959	685	71,4	940	643	68,4
30-39 år	1537	1082	70,4	1590	1139	71,6	1579	1183	74,9	1644	1151	70,0
40-49 år	1777	1201	67,6	1746	1221	69,9	1689	1190	70,5	1753	1222	69,7
50-59 år	1362	928	68,1	1441	978	67,9	1511	1029	68,1	1587	1107	69,8
60-69 år	410	299	72,9	440	285	64,8	461	315	68,3	492	329	66,9
Sektor												
Barnehage	567	473	83,4	543	446	82,1	535	416	77,8	536	410	76,5
Skole	1937	1246	64,3	1896	1208	63,7	1856	1259	67,8	1869	1276	68,3
HS	2549	1777	69,7	2722	1963	72,1	2739	2015	73,6	2850	2027	71,1
Kultur	265	139	52,5	264	147	55,7	241	142	58,9	269	150	55,8
Teknisk	635	431	67,9	656	447	68,1	644	457	71,0	674	469	69,6
Adm	208	145	69,7	188	126	67,0	184	117	63,6	218	120	55,0

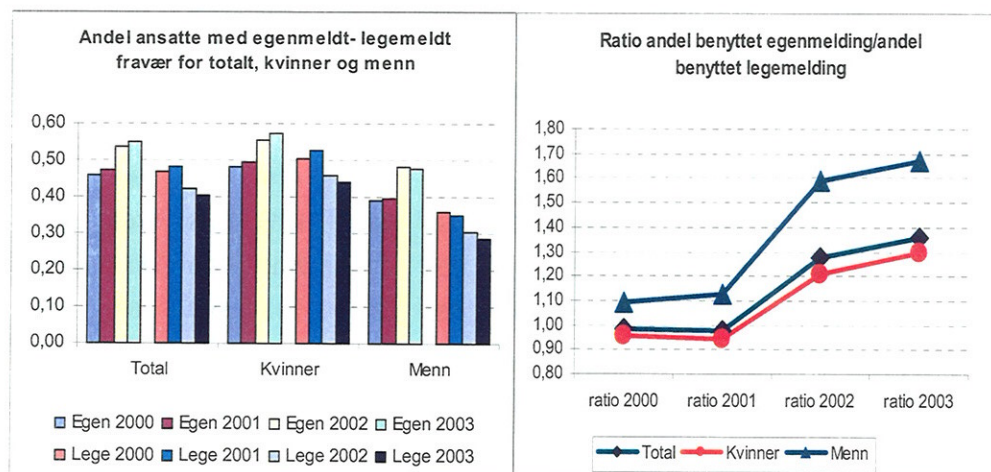
Økning i andel med sykefravær synes være knyttet til grupper med lang utdanning, høy lønn og full stilling (Appendiks Tabell A.2). Dette er samtidig de grupper der en ville forvente

størst sannsynlighet for økning som kan tilskrives en mer konsistent registrering av kortidsfravær i prosjektperioden. Gruppene med økt andel med sykefravær er de samme som viste størst økning i andel som har brukt egenmelding (Appendiks tabell A.3).

Figur 4.3.1 viser klar økning i andel ansatte som har benyttet egenmelding og en tilsvarende reduksjon i andel som har benyttet legemelding. Forholdet mellom andel av ansatte som benyttet egenmelding kontra legemelding varierte imidlertid noe. Tendensen til at menn, de med høy lønn, og de langtidsutdanna, relativt sett benytter egenmelding mer enn legemelding ble forsterket i prosjektperioden. Aldersmessig synes de eldste i mindre grad ha gått over til egenmelding enn de middelaldrende.

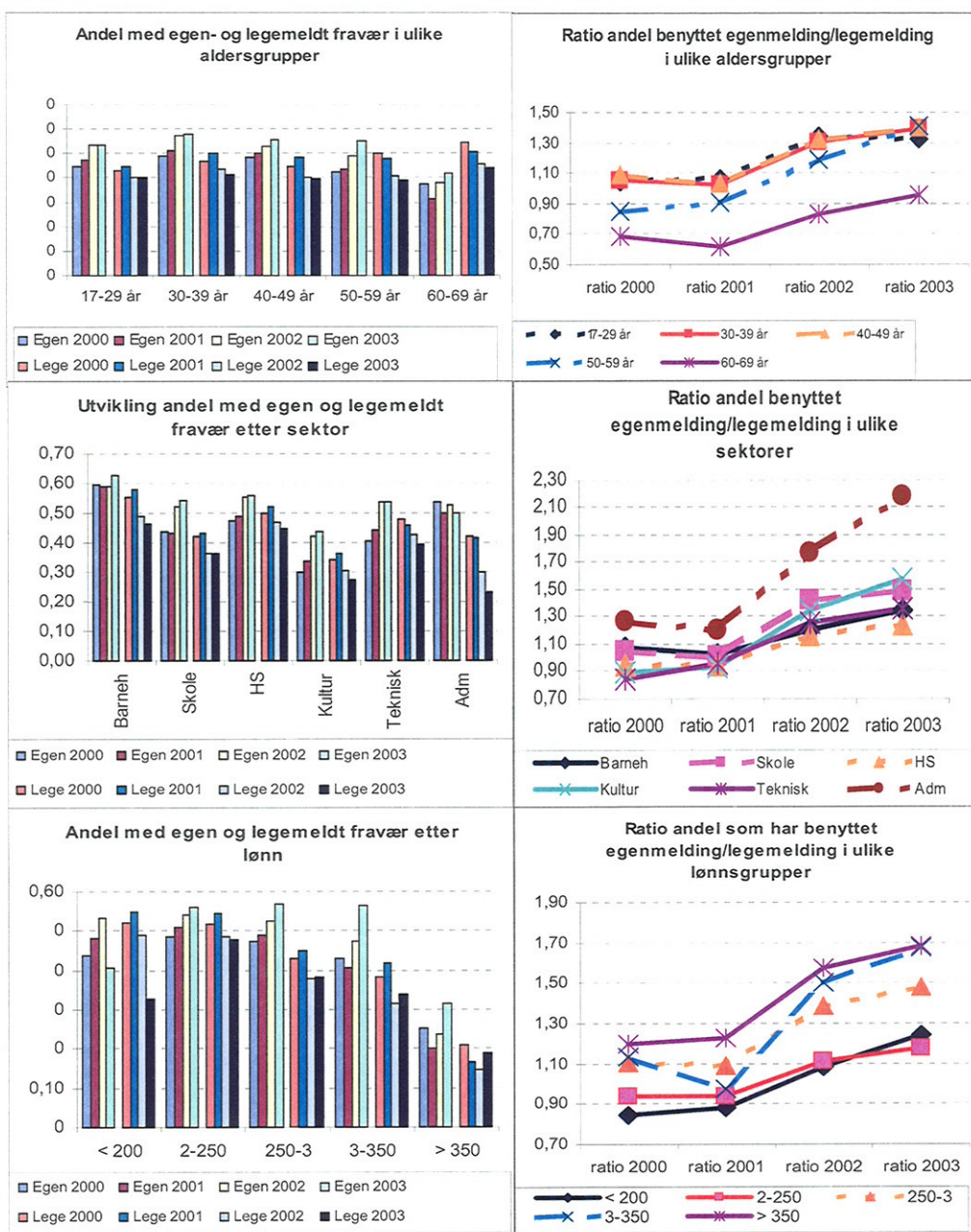
De gruppene med lavest andel som har sykefravær, viste også gjennomgående størst overgang til egenmelding ut fra andel med registrert fravær. Disse tendensene er i samsvar med spørreskjema undersøkelse i starten av prosjektet (28).

Figur 4.3.1 *Andel av ansatte som har benyttet egenmelding og andel som har benyttet legemelding siste fire år og endring som ratio mellom andel med egen og andel med legemelding fordelt på kjønn, sektor, aldersgrupper og lønn. (Tallgrunnlag Appendiks Tabell A.3)*



Figur 4.3.1 Fortsettelse

Andel av ansatte som har benyttet egenmelding og andel som har benyttet legemelding siste fire år og endring som ratio mellom andel med egen og andel med legemelding fordelt etter aldersgrupper. (Tallgrunnlag Appendiks Tabell A.3)



Oppsummering

Det var liten endring i andelen som hadde fravær gjennom forsøket. Forskjellene mellom sektorene var igjen store med barnehagesektoren med størst andel som hadde fravær gjennom året. Samtidig hadde barnehagesektoren, sammen med administrativ sektor størst reduksjon gjennom forsøksperioden. Det er små alders- og kjønnsforskjeller. De grupper som hadde en økning i andel med sykefravær var de med høyest lønn, lengst utdanning og i full stilling. Det er blant disse en ville forvente en registreringseffekt av korttidsfravær. Det var også disse gruppene som viste størst overgang fra legemeldt til egenmeldt fravær. Middelaaldrende menn med lavt fravær brukte relativt oftest egenmelding. Samtidig som antallet med egenmeldt fravær økte, sank antallet med legemeldt fravær tilsvarende.

4.3.1 Bruk av egenmelding i 2003

3499 personer hadde registrert egenmeldt fravær i 2003. Av disse hadde 1399 ett fravær, 963 to fravær, 526 tre fravær, 264 fire fravær, 154 fem fravær og 193 personer mer enn fem fravær, herav 23 med 10 eller flere registrerte egenmeldte fravær. Det var en stilling som hadde registrert mer enn 10 egenmeldinger, tolv, to hadde maksimum uttak på 10 egenmeldinger, og fire hadde 9 tilfeller. Totalt 111 stillinger hadde mer enn 5 egenmeldinger og 501 mer enn 3 tilfeller.

Det var 2769 kvinner og 730 menn som hadde egenmeldt fravær, og det var 28 kvinner og 8 menn som hadde benyttet egenmelding med varighet utover 16 dager, maksimum 49 kalenderdager. Tilsvarende hadde 116 kvinner og 39 menn egenmeldt fravær utover 8 dager, mens det var 593 kvinner og 168 menn som hadde egenmelding med varighet 4 - 8dager, gjennomsnittlig varte disse 5,1 kalenderdager. I 2003 var det i alt 7004 egenmeldinger med varighet inntil 3 dager, fordelt på 3241 personer, og med gjennomsnittslengde 1,62 dager. Til sammenligning var gjennomsnittslengde 1,80 dager for egenmeldt fravær i 2000-2001, rett til egenmelding inntil 3 dager. Tilsvarende var gjennomsnittslengde 5,86 dager for sykefravær med varighet 4 - 8 dager 2000-2001.

Det var registrert 8083 egenmeldte fravær i 2003 fordelt på 4016 stillinger. Gjennomsnittlig 2 fravær for hver stilling som hadde egenmeldt fravær. 86,0% av de egenmeldte fraværene varte inntil 3 kalenderdager, og disse utgjorde 70,6 % av det egenmeldte fraværet i 2003. 965

egenmeldte fravær med varighet 4-8 dager utgjorde 20,3 % av all egenmeldt fravær, og 5,5 % av totalt egenmeldt fravær varte 9-16 dager fordelt på 130 stillinger (1,6% av tilfellene), mens fraværet utover 16 dager utgjorde 3,6% av egenmeldt fravær.

Oppsummering

Av 4500 personer (70% av ansatte) med sykefravær hadde 3500 egenmeldt fravær. Av disse hadde 40% bare ett fraværtillfelle, og 70 % hadde maksimalt to egenmeldte fravær i 2003. Det var svært få egenmeldinger med varighet utover 16 dager, og få personer benyttet egenmelding i mer enn 24 dager totalt. Kjønnsforskjellen i sykefravær var klart mindre for egenmeldt enn legemeldt fravær. Det er ikke holdepunkt for at utvidet adgang til bruk av egenmelding ble "misbrukt".

4.3.2 Andel ansatte med fravær grunnet sykt barn

Andel av de ansatte som har registret fravær grunnet sykt barn er vist i tabell 4.3.3. For kvinner er det i 2003 en nedgang på rundt to prosentpoeng fra perioden før prosjektstart. Denne nedgangen finner en først og fremst i barnehager og helse og sosialsektoren, og ved inntekter mellom 200-250.000 per år. Personer med inntekt 300-350.000 per år viser derimot en oppgang i fravær som kan tilskrives barns sykdom. Dette kan være en indikasjon på bedre registreringsrutiner for denne gruppen.

En mulig forklaring på redusert andel av ansatte med fravær på grunn av syke barn kan være en generell aldersøkning og færre med mindreårige barn, eller at det ved vide grenser for bruk av egenmelding kan være mer nærliggende å spare på rett til fravær ved sykt barn enn på egenmeldingsdager? Utvikling i ratio andel med egenmeldt/legemeldt sykefravær støtter ikke den siste forklaringen da de grupper som viser nedgang i andel med registrert sykt barn fravær er de samme som viser den minste stigningen i forholdet mellom andel med egenmeldt/legemeldt sykefravær.

Registrert fravær med omsorgspenger ved barn eller barnepassers sykdom har siste tre år vært helt stabilt og utgjort 0,25% av mulige arbeidsdager. Det var en liten oppgang i registrerte dager med omsorgspenger fra 2000 til 2001, fra 2400 dagsverk i 2000 til 2867 dagsverk i

2001. I 2002 og 2003 var det registrert henholdsvis 2752 og 2762 dagsverk med omsorgspenger. Denne stabiliteten taler mot "opportunistisk" bruk av fraværsordninger. Samtidig kan en ikke utelukke at den nedgang en såg i andel ansatte som brukte omsorgspenger i barnehage og helse- og sosialsektoren i prosjektperioden, tabell 4.3.3, kan indikere at noe omsorgsfravær er registrert som egenmeldt sykefravær.

Tabell 4.3.2 *Dagsverk fravær med omsorgspenger grunnet barn eller barnepassers sykdom siste fire år og % fravær med omsorgspenger av mulige arbeidsdager i 2003.*

	Dagsverk 2000	Dagsverk 2001	Dagsverk 2002	Dagsverk 2003	% 2003
Menn	487	531	588	525	0,17
Kvinner	1913	2336	2164	2237	0,28
Sum	2400	2867	2752	2762	0,25
Sektor					
Barnehage	402	473	370	393	0,41
Skole	832	1028	1082	1070	0,29
Helse og sosial	792	953	836	830	0,20
Kultur	47	39	58	77	0,18
Teknisk	208	248	289	255	0,17
Administrasjon	119	125	117	137	0,32

Tabell 4.3.3 *Andel av ansatte med fravær grunnet sykt barn i årene 2000 til og med 2003. For 2003 er antall ansatte med omsorgspenger og 95% konfidensintervall for andelen gitt.*

	Antall ansatte 2003	Andel sykt barn 2000 %	Andel sykt barn 2001 %	Andel sykt barn 2002 %	Andel sykt barn 2003 % med 95% CI
Kjønn					
Kvinner	4885	16,6	17,0	16,6	14,7 (13,7-15,7)
Menn	1531	13,3	14,7	14,0	14,0 (12,3-15,8)
Total	6416	15,8	16,4	16,0	14,6 (13,7-15,4)
Alder					
17-29 år	940	11,2	10,6	11,1	10,5 (8,6-12,5)
30-39 år	1644	35,7	37,5	36,0	33,5 (31,2-35,8)
40-49 år	1753	15,9	17,1	17,5	14,4 (12,8-16,1)
50-59 år	1587	1,5	1,7	1,4	2,0 (1,4-2,8)
Lønn					
< 200.000	237	13,7	13,9	10,5	6,2 (3,5-10,0)
2-250.000	2845	15,7	15,8	14,6	11,9 (10,7-13,1)
250.000-3	1746	19,8	22,1	19,5	20,1 (18,2-22,0)
3-350.000	1004	12,1	13,0	16,2	16,3 (14,3-18,3)
> 350.000	360	7,6	7,5	6,7	7,6 (5,5-10,2)
Sektor					
Barnhage	536	27,0	28,4	23,9	22,4 (18,9-25,9)
Skole	1869	16,9	18,1	19,7	18,0 (16,2-19,7)
HS	2850	13,5	14,1	12,5	11,1 (9,9-12,2)
Kultur	269	7,5	4,5	8,3	8,2 (5,2-12,1)
Teknisk	674	13,1	14,5	14,8	14,2 (11,6-16,9)
Adm	218	21,2	22,3	22,8	20,6 (15,3-26,0)

Oppsummering

Utvidet adgang til egenmelding ved egen sykdom gav små utslag i fravær grunnet nødvendig omsorg ved barn eller barnepassers sykdom.

4.4 Utvikling i sykefravær

4.4.1 Andel av sykefravær som er egenmeldt.

Ved innføring av utvidet rett til egenmelding første april 2002 ble det en markert økning i bruk av egenmelding i Kristiansand. I årene 2000 og 2001 var det egenmeldte fraværet stabilt, ikke bare fra år til år men også mellom ulike grupper var forskjellene i egenmeldt fravær relativt små. Menn benyttet egenmelding i mindre grad enn kvinner tabell 4.4.1, yngre mer enn eldre, og egenmelding var mest vanlig i barnehagene. Den største forskjell mellom grupper var mellom høytlønte som hadde et egenmeldt fravær i underkant av 0,3 % sammenlignet med 0,8-1% for de lavest lønte, Appendix Tabell A.3. Det relativt høye egenmeldte fraværet for personer i mindre enn halvtidsjobb kan delvis skyldes utregningsmodellen som ikke korrigerer for stillingsprosent ved fravær på inntil to dager, men gruppen skiller seg ut ved at en ikke ser oppgang i egenmeldt fravær i perioden. Som prosent egenmeldt i forhold til legemeldt skiller gruppen seg imidlertid ikke fra de andre på grunn av en kraftig nedgang i legemeldt fravær.

Både kvinner og menn doblet det egenmeldte fraværet fra 2000 til 2003, det legemeldte viste relativt størst nedgang hos menn.

Alders gruppen 17-29 år viste den kraftigste økningen i egenmeldt fravær, og skilte seg fra de andre aldersgruppene ved samtidig ha økning i legemeldt fravær. Den minste økningen i egenmeldt fravær fant en i aldersgruppen 60-69 år der egenmeldt fravær i 2003 nådde gjennomsnittsnivået for alle grupper i 2000. Samtidig viste denne aldersgruppen en klar nedgang i legemeldt fravær og i prosentandelen av fravær som var egenmeldt viste også denne aldersgruppen en dobling.

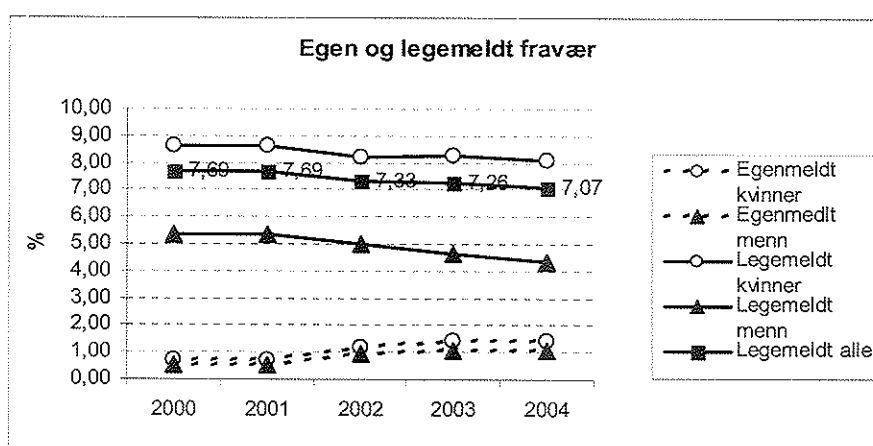
I de ulike sektorer er det barnehagene og helse og sosialsektoren som har hatt det høyeste egenmeldte fravær. I prosjektperioden har den relative økningen i egenmeldt fravær vært større i administrasjonssektoren slik at denne har høyest andel av fravær som er egenmeldt i 2003, selv om det egenmeldte fraværet er lavere enn i barnehager og helse og sosialsektoren. Barnehagene har høyest andel kvinnelig ansatte og med lavest gjennomsnittsalder. I forhold til lønn er den relative utvikling i egenmeldt fravær som prosent av legemeldt svært lik i ulike lønnskategorier og den klare fallende gradient både i egenmeldt og legemeldt fravær holdt seg i perioden 2000 til 2003.

Den største nedgangen i legemeldt fravær så en hos personer som hadde mindre enn halvtidsstilling, og denne gruppen viste ikke oppgang i det egenmelte fraværet. Utrekningsmetoden kan overestimere det egenmeldte fraværet i denne gruppen.

Tabell 4.4.1 *Utvikling av egenmeldt og legemeldt sykefravær i perioden 2000 til 2003 og prosentandelen av sykefraværet som er egenmeldt fordelt på kjønn, aldersgruppe og sektor, (fordeling på lønn, stillingsandel og utdanning vises i Appendiks tabell A4). Fraværsandeler basert på ansatte årsverk 15.05 det aktuelle år. (Totalt 4298,5 årsverk 2000, 4316,9 årsverk 2001, 4309 årsverk 2002 og 4319 årsverk 2003.)*

Kjønn	Egenmeldt sykefravær				Legemeldt fravær				% av fravær egen meldt			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Kvinner	0,71	0,74	1,17	1,41	8,63	8,63	8,16	8,11	7,6	7,9	12,5	14,5
Menn	0,52	0,53	0,96	1,05	5,37	5,33	5,01	4,66	8,8	9,1	16,1	18,4
Total	0,65	0,68	1,11	1,31	7,69	7,69	7,33	7,26	7,8	8,1	13,2	15,3
Alder												
17-29 år	0,67	0,89	1,50	1,79	5,46	6,08	5,83	6,76	10,9	12,8	20,5	20,9
30-39 år	0,72	0,78	1,26	1,43	7,24	7,21	7,02	6,88	9,1	9,7	15,3	17,2
40-49 år	0,65	0,69	1,12	1,26	6,64	7,22	7,11	6,05	9,0	8,7	13,6	17,2
50-59 år	0,60	0,56	0,92	1,17	8,32	8,14	7,39	7,04	6,7	6,4	11,1	14,3
60-69 år	0,58	0,41	0,68	0,78	16,08	12,74	11,45	10,59	3,5	3,1	5,6	6,9
Sektor												
Barnehage	0,92	0,83	1,29	1,67	10,23	9,18	7,86	8,02	8,3	8,3	14,1	17,2
Skole	0,56	0,54	0,90	1,05	5,71	5,99	5,98	6,08	8,9	8,2	13,1	14,7
HS	0,77	0,85	1,34	1,53	9,26	9,47	8,91	8,82	7,7	8,2	13,1	14,8
Kultur	0,41	0,53	0,88	1,11	6,31	6,28	5,38	4,69	6,1	7,8	14,1	19,2
Teknisk	0,54	0,57	0,99	1,18	7,96	7,49	7,65	6,94	6,3	7,0	11,4	14,5
Adm	0,62	0,64	1,11	1,21	7,01	5,30	3,95	4,56	8,1	10,8	21,9	21,6

Figur 4.4.1 Utvikling i egen og legemeldt fravær siste 5 år fordelt på kjønn.

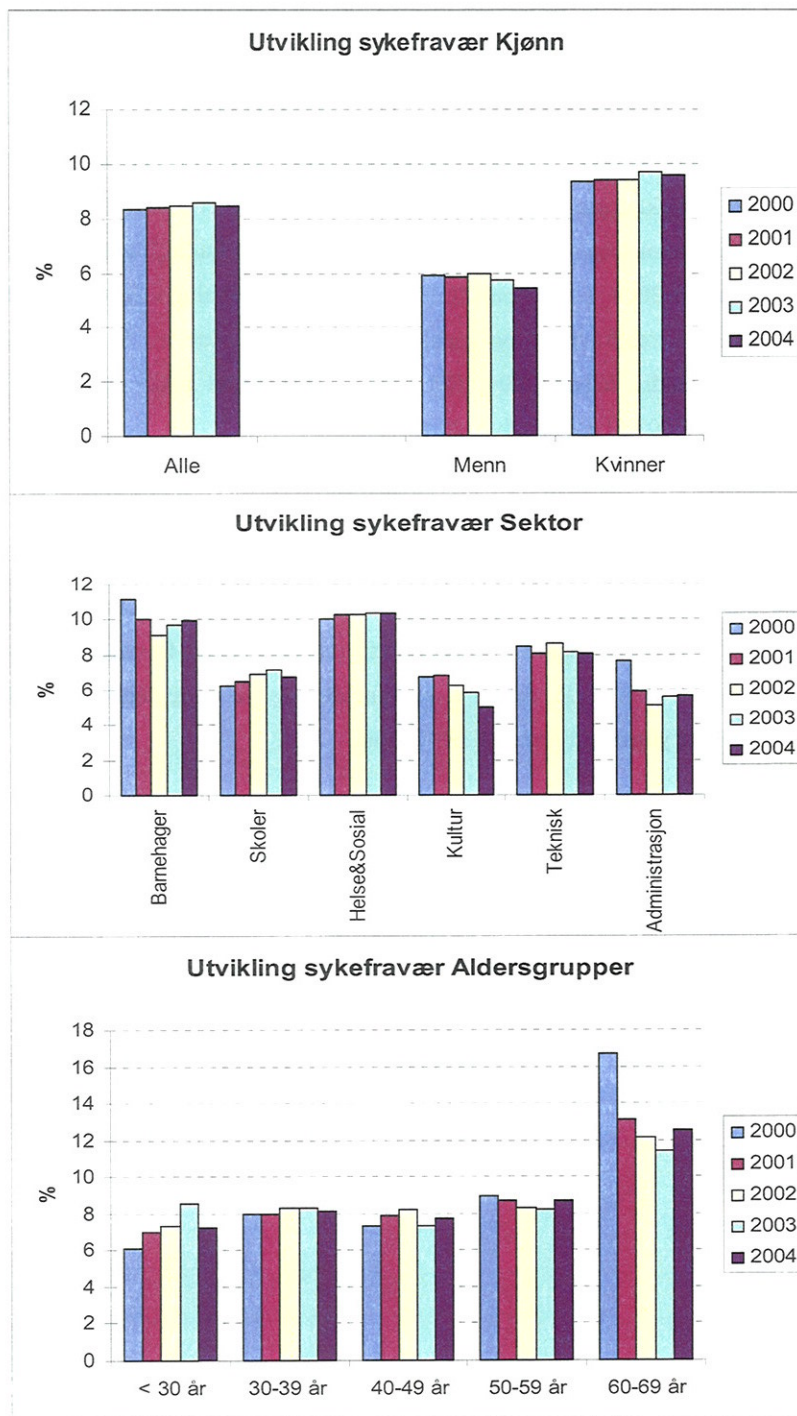


Totalfraværet holdt seg ganske stabil i prosjektperioden, og det kan være grunn til å spørre om den manglende oppgang i 2001 kan skyldes den såkalte Hawthorne effekten da diskusjonen om prosjekt med utvidet egenmelding kom opp for fullt (34).

Kvinner hadde en mindre økning i fravær i prosjektperioden, mens menn tenderte til nedgang. De yngste økte fraværet og de eldste reduserte det klart Figur 4.4.2. Samme tendens med nedgang i fravær fant vi for deltidsstillinger, Appendiks Tabell A4. Utviklingen i fravær varierte mellom sektorene, men barnehager og kultur hadde klare trend mot redusert fravær.

Kvartalsvise tall for fravær viste oppgang i fravær i fjerde kvartal 2003 og første kvartal 2004. Samtidig var det klar oppgang i fravær rett etter prosjektslutt, andre kvartal 2004, for sykefraværet viste klar nedgang i tredje og fjerde kvartal 2004. Oppgangen i sykefravær mot slutten av prosjektperioden var mest uttalt det i barnehagesektoren, som hadde betydelig bruk av aktiv sykmelding den perioden. Kultursektoren brøt mønsteret med oppgang i fraværet rundt prosjektavslutning.

Figur 4.4.2 Utvikling i sykefravær som prosent av mulige arbeidsdager siste fire år, fordelt på kjønn, aldersgrupper, og sektor.



Resultatene for første kvartal 2004 indikerte at trenden til at større andel av fraværet var egenmeldt var reversert da det var en klart lavere andel av fraværet som var egenmeldt første kvartal 2004 enn tilsvarende kvartal 2003 henholdsvis 19,7% i 2003 og 16,0% i 2004. Samme tendens fant en for andre kvartal 2004. (Virkemidlene ble videreført etter prosjektavslutning.) Da utgjorde det egenmeldte fraværet kun 10,9 % av det totale sykefraværet mot 14,5 % samme kvartal året før. Den klareste nedgangen i andel av sykefraværet som var egenmeldt første halvår 2004 såg en i barnehagesektoren. Andelen var her halvert fra 26,7% første halvår 2003 til 12,9% første halvår 2004. I andre halvår 2004 var det igjen økning i det egenmeldte fraværet og klar nedgang i totalfraværet, og andelen dette utgjorde økte fra 14,3 % andre halvår 2003 til 18,8 % andre halvår 2004. Det totale sykefraværet gikk ned med 1,4 prosentpoeng andre halvår 2003 til andre halvår 2004.

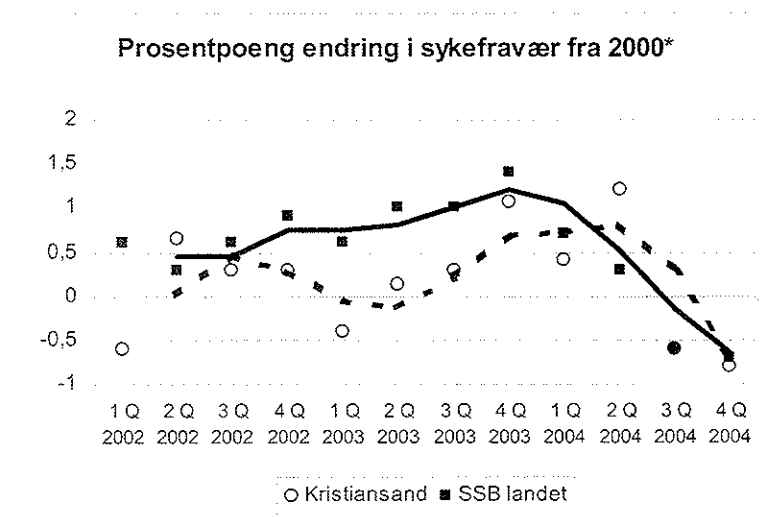
Oppsummering

Kvinner hadde høyere fravær enn menn, men begge fordoblet det egenmeldte fraværet i prosjektperioden, både absolutt og relativt. Samtidig ble det legemeldte fraværet redusert. Unntaket var yngre menn som både økte det egenmeldte og det legemeldte fraværet. Fraværsutviklingen blant de yngste gir grunn til bekymring.

4.4.2 Utvikling i sykefravær sammenlignet med Arendal og landstall

Sykefravær i prosjekt perioden og ut 2004 som endring i forhold til fraværet i år 2000 er vist i Figur 4.4.4. Fraværs utvikling i prosjektkommunen lå under landstalla hele prosjekt perioden, men nærmet seg landstalla helt mot slutten. For andre kvartal 2004 var økningen i fravær i Kristiansand høyere enn gjennomsnittet for landet. I andre halvår 2004 viste Kristiansand samme utvikling som resten av landet med kraftig nedgang i sykefravær.

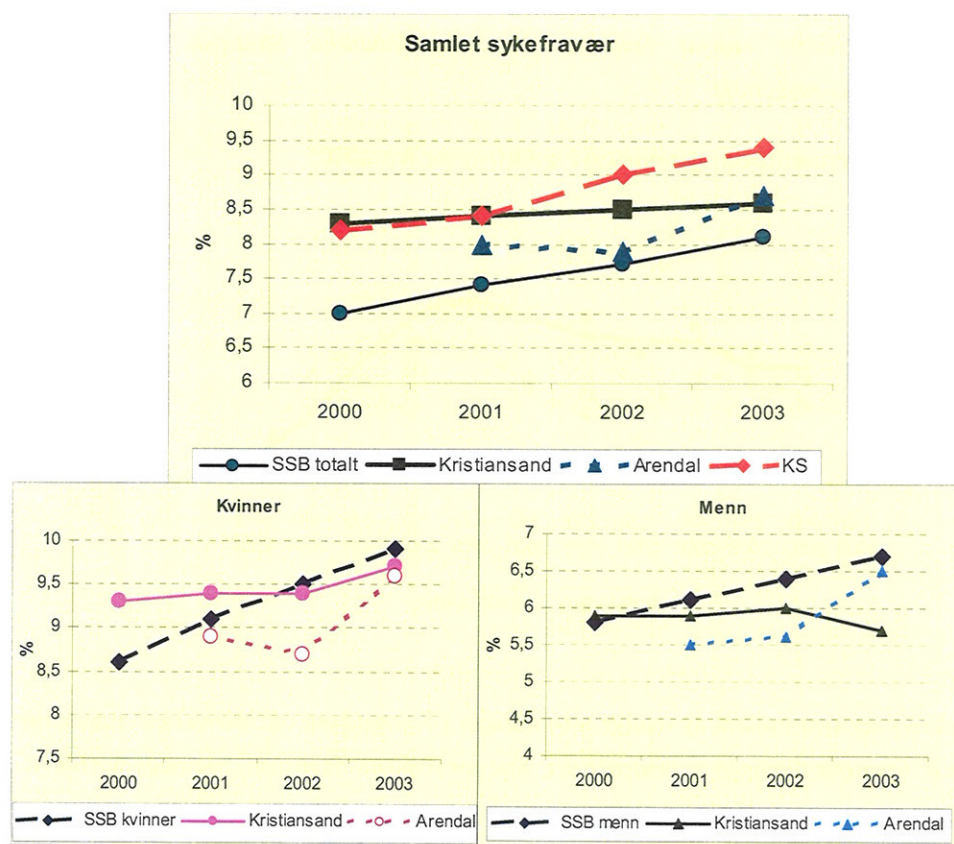
Figur 4.4.4 Endring i sykefravær som prosentpoeng forskjell fra fraværet i 2000 for prosjektperioden og ut 2004. De trukne linjene gir glidende gjennomsnitt av to påfølgende kvartal. (*Første kvartal landstall fra Statistikkbanken Statistisk Sentralbyrå er sammenlignet med 2001)



Sykefravær som prosent av mulige arbeidsdager i Kristiansand og Arendal er sammenlignet med fraværsutviklingen i landstall fra Statistikkbanken Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Kommunenes sentralforbund (KS) i Figur 4.4.5. Landstall fra KS gjelder for perioden 4 kvartal tom 3 kvartal. Arendal viste en gunstig utvikling i fravær fra 2001 til 2002. Det er nærliggende å se dette i sammenheng med det fraværprosjektet de da hadde gående mot enkelte arbeidstaker grupper. Gevinsten de fikk i 2002 synes i stor grad være spist opp i 2003 sammenlignet med den generelle utvikling av fravær. SSB tall innbefatter alle sektorer, og fraværnivået er ikke direkte sammenlignbart med fraværet i Arendal, Kristiansand og KS.

Kristiansand hadde en relativt flat fraværutvikling fra 2000 til 2001 og diskusjonen om deltagelse i prosjektet kan trolig gitt en såkalt Hawthorne effekt (34). Sammenlignet med kontrollkommunen og landet for øvrig ser det ut som det er bedre effekt på fravær blant menn enn kvinner i prosjektperioden 2002-2003.

Figur 4.4.5 Utvikling i sykefravær som prosent av mulige arbeidsdager basert på kommunale data i Kristiansand og Arendal, samt landstall fra Statistikkbanken SSB og Kommunenes sentralforbunds fraværstatistikk for perioden 2000 til 2003.



Oppsummering

Kristiansand har hatt en gunstig utvikling av totalfraværet sammenliknet med både Arendal og landet for øvrig. Det er først og fremst for menn at det har vært en reduksjon i fraværet mens stigningen blant kvinner er mindre enn både i Arendal og for landet for øvrig.

4.4.3 Utvikling i refunderte sykepenger

Tabell 4.4.2 viser utvikling i sykepenger refundert til Kristiansand og Arendal kommune 1999 til 2003, samt utvikling i refunderte sykepenger per innbygger i landet, Aust-Agder og Vest-Agder i perioden 2000 til 2003 (33;35-37). Både Arendal og Kristiansand viste nedgang i refusjon sykepenger i regnskapet for 2002. Dette er i samsvar med registrert sykefravær. Den store oppgang fra 2002 til 2003 i Arendal er også i samsvar med registrert fraværutvikling, mens nullvekst i sykepenger fra 2001 til 2003 bekrefter en nedgang i fravær utover arbeidsgiverperioden i Kristiansand, da tallene ikke er korrigert for lønnsutviklingen i perioden. Litt grovt regnet er den årlige oppgangen i sykepengererefusjon 10%. Hadde utviklingen i Kristiansand kommune vært som i landet, ville en forventet at refunderte sykepenger hadde vært 15-17 mill kr høyere i 2002 og 20-22 mill kr høyere i 2003 enn det regnskapstallene viser.

Tabell 4.4.2 Refunderte sykepenger i regnskap for Arendal og Kristiansand sammenlignet med utvikling av sykepengererefusjon i de to fylker og på landsbasis.

	1999	2000	2001	2002	2003	% endring 2001 til 2002	% økning 2000 til 2003	% økning fra utjevnet 2000 ¹ til 2003	% økning 2001 til 2003
Refunderte sykepenger mill NOK									
Kristiansand	84,0	98,0	109,0	102,4	109,1	-6,1%	11,3%	12,5%	0%
Arendal	41,9	55,0	56,1	51,6	71,4	-8,0%	29,8%	40,0%	27,3%
Landet ²	18795	21774	23697	26117	29122	10,2%	34,1%	35,9%	22,8%
NOK per innbygger ²									
Landet		7.086	7.632	8.245	9.079	8,0%	28,1%		19,0%
Aust-Agder		7.388	7.362	8.017	8.802	8,9%	18,9%		18,9%
Vest-Agder		7.714	8.020	8.573	9.491	6,9%	23,1%		18,3%
NOK per årsverk									
Kristiansand		22.804	25.258	23.760	25.266	-5,9%	10,8%		0%
Arendal ³		24406	24.881	22.722	31.707	-8,7%	29,9%		27,4%

¹ Sykepenger i (1999+2000+2001) dividert på tre.

² Nøkkeltall trygdeetaten 2000-2003.

³ Årsverk = mulig brutto dagsverk/ 260. Årsverk for 2000 er benyttet 2001.

For 2004 viste regnskapet i Kristiansand en oppgang på 2,2 % i refunderte sykepenger til 111,4 mill NOK sammenlignet med 2001. Tilsvarende var økningen 13,4 % i refunderte sykepenger på landsbasis fra 2001 til 2004. (36;38).

Oppsummering

Også målt i refunderte sykepenger viste fraværsutviklingen i prosjektperioden seg å være vesentlige gunstigere i Kristiansand enn i Arendal og for landet. Sammenlignet med utviklingen i landet utgjør den observerte utviklingen i Kristiansand en reduksjon i refunderte sykepenger i størrelsesorden 40-50 mill kr i løpet av forsøksperioden 2002-2004.

4.5 Kan samtaler og tiltak påvirke sykefravær?

4.5.1 Samtaler og tiltak relatert til fraværslengde

Organisering av dataene der samtaler og andre tiltak ikke er registrert som del av et fraværforløp men i prinsippet som eget fravær, gjør effekten på det enkelte fravær vanskelig å måle. Ved å aggregere fravær og samtaler til enkeltperson og så analysere lengde av gjennomsnittsfravær hos personen alt etter om han har mottatt oppfølgingssamtale eller ikke, er dette forsøkt løst.

Tabell 4.5.1 viser at for fravær utover 4 dager i 2003 er gjennomsnittlige fravær lengre, om enn ikke signifikant, hos personer som har fått oppfølgingssamtale etter 5 dager enn hos de som ikke har fått slik samtale. Unntakene gjelder når forhold på arbeidsplassen har betydning for fravær, personen har hatt gradert sykmelding eller arbeider i teknisk etat. Dette kan like godt skyldes utvelgelse av hvem som får samtale, som at samtale i seg selv påvirker fraværslengde. I aldersgruppa 30-39 år, der det er like vanlig å få samtale som ikke, er lengden i praksis lik om personen har fått samtale eller ikke. Bildet er det samme om en bruker dagsverk som mål på fraværslengde i stedet for kalenderdager.

For fravær med varighet utover 16 dager samvarierer samtale etter 15 dager med forlenga sykefravær. Gjennomsnittslengde i kalenderdager var 74,5 dager hos de 460 personer med registrert fravær utover 16 dager som fikk 15 dagers samtale i 2003 og 64,9 dager hos 1003 personer som ikke fikk slik samtale. Tilsvarende var gjennomsnittlig fravær 67,6 dager hos de 745 som hadde fått 5-dagerssamtale og 68,2 dager hos 718 personer som ikke hadde fått slik samtale.

De som har mottatt 5-dagerssamtale har større sjanse for å få aktiv sykmelding. 10,8 % av personer med 5 dagerssamtaler i 2003 har hatt aktiv sykmelding mens 7,6 % av de uten, $p=0,004$. For andre tiltak er forskjellen ikke signifikant, henholdsvis 3,9 og 4,8 %. Av de som har fått femdagerssamtale ved fravær minst 5 dager er det 45,1 % som har fått senere samtaler, mot kun 16,1 % når det ikke er registrert 5 dagers samtale hos en person $p= <0,001$.

For å studere om det er en interaksjon mellom andre faktorer, samtale og fraværslengde, ble multiplere lineær regresjon benyttet. Faktorer som sektor (unntatt adm), utdanningslengde,

lønn og kjønn bidro ikke signifikant til å forklare den observerte variasjon og ble utelatt fra modellene. Forklart variasjon økte ved stratifiserte analyser for de med kun et registrert fravær og de med flere. Ved flere fravær vil den teoretiske maksimal lengde også bli kortere fordi gjenværende mulige fraværsdager er mindre, så i Tabell 4.5.2 er data presentert for personer med 1 fravær utover 4 dager og personer med 2-3 fravær utover 4 dager.

Tabell 4.5.1 *Personers gjennomsnittslengde av fravær utover 4 dager som var påbegynt mellom 26.12.02 og 26.12.03 for alle, og fordelt etter kjønn, sektor, 10 års aldersgruppe, gradert sykemelding og om forhold på arbeidsplassen har betydning for fraværet*

	Personer som fikk 5-dagersamtaler 2003		Personer uten 5-dagersamtale 2003		Differanse Kalender dager	p
	n	Snittlengde Kalenderdager	n	Snittlengde Kalenderdager		
Alle	1164	39,0	1363	35,3	3,7	0,065
Menn	214	36,7	254	32,7	4,0	0,40
Kvinner	950	39,5	1109	35,9	3,6	0,10
Forhold på arbeidsplassen betydning	135	38,5	111	43,1	-4,6	0,45
Gradert fravær	244	50,1	272	53,4	-3,4	0,40
Barnehage	152	37,9	93	28,2	9,6	0,11
Skole	254	37,4	417	35,1	2,4	0,54
Helse og sosial	541	40,5	646	36,4	4,1	0,16
Kultur	40	54,1	34	31,0	23,1	0,15
Teknisk	161	33,3	137	40,7	-7,4	0,24
Administrasjon	16	43,1	36	20,3	22,8	0,02
20-29 år	130	32,3	172	25,0	7,3	0,10
30-39 år	332	34,3	340	34,1	0,2	0,95
40-49 år	319	35,8	371	33,6	2,2	0,51
50-59 år	300	43,1	354	38,5	4,6	0,29
60-69 år	81	66,8	112	53,6	13,3	0,21

I motsetning til de univariate analysene viser regresjonsmodellene at samtale etter både 5 og 15 dager, signifikant samvarierer med redusert gjennomsnittlig fraværlengde, både for fravær utover 4 dager (Tabell 4.5.2), og for fravær utover 16 dager i 2003. Forklaringsverdien for modellen R^2 blir klart mindre dersom en tar senere samtaler ut av modellen, nesten halvert, og samtidig blir samtaler etter 15 dager assosiert med lengre fravær. Tar en ut også 15-dagers-samtaler indikerer også 5-dagersamtalen, som de univariate analysene viste, forlenga sykefravær. Med andre ord, de som får samtale etter 5 dager er de som i utgangspunktet har høy risiko for lengre fravær. Ved gjentatte samtaler så vil fraværlengden reduseres i forhold til de som ikke blir fulgt opp. Det gjelder både de med en og de med flere fraværepisoder. Modellen kan ikke skille om aktiv sykmelding og andre tiltak sin samvariasjon med lenger fravær skyldes at det er personer med lange fravær som får tilbud om slike tiltak, eller om tiltakene i seg selv påvirker lengden av fravær.

Tabell 4.5.2 Lineære regresjonsmodeller med gjennomsnittlig fraværlengde hos personer med et eller to til tre fravær utover 4 dager som avhengig variabel. Gjelder sykefravær påbegynt mellom 26.12.2002 og 26.12.2003 og personer med inntil 3 fravær.

	Ett fravær utover 4 dager			2-3 fravær utover 4 dager		
	Regresjons koeffisient B	t	p	Regresjons koeffisient B	t	p
	N=1275, df 10, R^2 0,31, Annova F=57,0 p<0,001			N=973, df 8, R^2 0,33, Annova F=59,3 p<0,001		
Samtale 5 dager	-6,0	-2,04	0,04	-7,7	-3,22	0,001
Samtale 15 dager	-25,3	-4,55	<0,001	-17,9	-4,89	<0,001
Senere samtaler	41,0	16,5	<0,001	19,6	14,3	<0,001
10-års aldersgrp	6,0	5,09	<0,001	3,6	3,81	<0,001
Gradert sm	22,9	3,74	<0,001	22,2	8,55	<0,001
Aktiv sm	41,8	6,41	<0,001	-4,5	-3,71	<0,001
Tiltak	35,2	4,07	<0,001			
Stillingsbrøk 1/1=4	-2,5	-1,86	0,06	-2,8	-2,54	0,01
Administrasjon	-4,5	-2,97	0,003			
Arbeidsplassforhold	8,97	1,67	0,09			
Tre fravær				-9,3	-3,72	<0,001

Variabler utgått: lønn, utdanningslengde, kjønn, teknisk sektor, kultursektor, barnehage sektor, skolesektor (Helse og sosial sektorreferanse)

Oppsummering

Det ser ut til å ha vært en utvelgelse slik at de med størst fare for lange fravær, var de som fikk samtale ved fem dager. Senere oppfølgingsamtaler synes å ha sammenheng med kortere fraværslengde sammenliknet med de fravær som bare fikk en samtale. Dette kan tale for at det er en effekt på fraværslengde av oppfølging i form av flere samtaler. Dette gjelder både for de med ett fravær og for de med flere fraværepisoder

4.5.2 Utvikling i sykefravær relatert til oppfølgingsaktivitet

Tabell 4.5.3 viser utvikling i sykefravær etter ulik oppfølgingsaktivitet i 2002 og 2003.

Nedgang i fravær synes være knyttet til andelen som får oppfølgingssamtaler, mer enn antall registrerte samtaler. Økning i fravær er størst der oppfølgingsaktiviteten har variert mest mellom 2002 og 2003, og ved tilfeldig gjennomføring av 5-dagerssamtale svarende til 25-49 % av antall fravær av minst 5 dagers varighet. I enheter der det ikke gjennomføres 5-dagersamtaler er også fraværsutviklingen gunstig. Disse gruppene har lavere fravær, høyere gjennomsnittsalder og høyere lønn enn gjennomsnittet. Kanskje kan dette indikere større påvirkningsmulighet av egen arbeidsdag og derigjennom nytte av økte muligheter for egenmelding?

Resultatene i tabell 4.5.3 må tolkes med stor forsiktighet da kontinuerlig omorganisering i kommunen medførte store endringer i antall ansatte i enkelte av ansvarsenheter som ikke var synkronisert med fraværet. Ansatte og Fravær ble registrert på to ulike plasser.

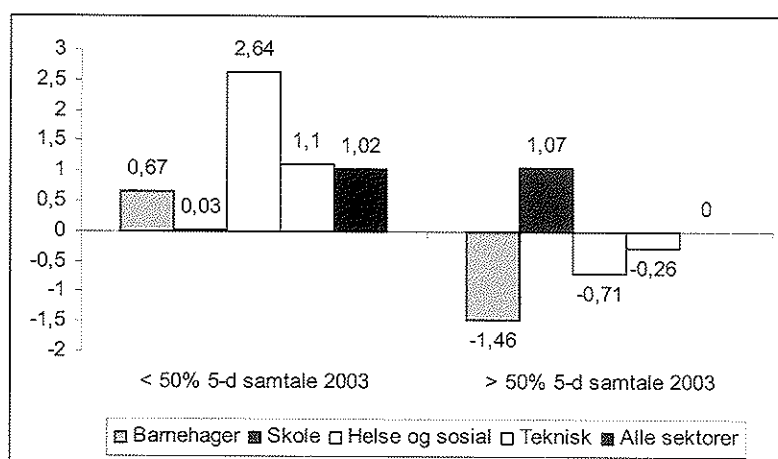
Figur 4.5.1 viser sektorvis utvikling av gjennomsnitt fravær i perioden 2002 – 2003 minus gjennomsnittsfra 2000 – 2001 fordelt på sektorer etter gjennomføring av 5-dagersamtaler i mer eller mindre enn 50% i 2003. Med unntak av skolesektoren viser de store sektorene nedgang i fravær når 5-dagersamtaler gjennomføres i mer enn 50% av fravær med minst 5 dagers varighet. I administrasjon og kultur blir det for få ansatte i undergrupper til å kunne vektlegge resultater.

Figur 4.5.2 viser at de sektorer med mest gunstig utvikling av fravær fra 2000 til 2003 er de samme der de ansatte er mest fornøyd med egenmeldingsordningen (30), og med unntak av administrasjonssektoren samvarierer fornøydhet og andel av de med fravær som får samtale.

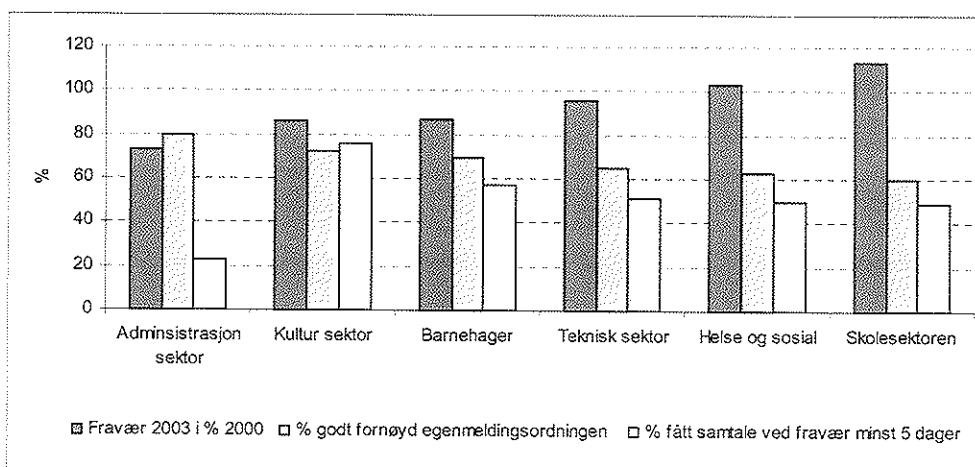
Tabell 4.5.3 Sykefravær i prosent mulige arbeidsdager i 2002 og 2003 sammenlignet med gjennomsnittsfravær for 2000 - 2001 og for 2002-2003 som fravær før og etter prosjektstart etter ulik grad av oppfølging i ansvarsenheter. Totalt omfattes inntil 131 enheter og inntil 4077 årsverk (95% av mulige årsverk).

	N enheter	N årsverk 2003	Snitt fravær 2000-2001	Fravær 2002	Fravær 2003	Snitt fravær 2002-2003	Endring i fravær etter - før prosjektstart
Minst 75% fått samtale både 2002 og 2003	27	960	8,69	7,67	7,85	7,76	-0,9
Minst 75% ikke fått samtale både 2002 og 2003	14	496	6,65	7,22	7,47	7,34	0,7
Minst 75% like mange samtaler som fravær 2002 og 2003	10	355	6,97	6,78	7,76	7,27	0,3
Minst 50% 5d-samtale av 5-dagers fravær 2002 og 2003	27	1084	7,73	6,68	6,77	6,72	-1,0
> 50% 5-d samtale 2002 < 51% 2003	17	438	7,98	10,18	9,67	9,93	1,9
< 51% 5-d samtale 2002 > 50% 2003	31	906	9,71	11,02	11,72	11,37	1,7
< 51% 5-d samtale 2002 og 2003	56	1650	7,29	8,01	7,93	7,97	0,7
< 50% 5-d samtale 2003	67	1974	7,35	8,33	8,40	8,37	1,0
=> 50% 5-d samtale 2003	65	2105	8,77	8,64	8,89	8,76	0,0
< 50% 5-d samtale 2002	73	2368	8,19	9,23	9,17	9,20	1,0
=> 50% 5-d samtale 2002	53	1682	7,92	7,63	7,94	7,79	-0,1
Ingen m fravær > 5 d uten samtale 2003	24	328	6,84	4,80	5,49	5,15	-1,7
25-49 % 5-d samtale 2003	18	525	8,62	9,59	10,89	10,24	1,6
Alle inkluderte enheter 2003 (95% av årsverk)	131	4077	8,07	8,49	8,65	8,57	0,5

Figur 4.5.1 Prosentpoeng endring i gjennomsnitts fravær fra før prosjektstart ettersom 5-dagers oppfølgingssamtaler ble gjennomført i mer eller mindre enn 50% av sykefravær med minst 5 dagers varighet i 2003. (Gjennomsnittsfravær 2002 - 2003 minus gjennomsnittsfravær 2000 og 2001)



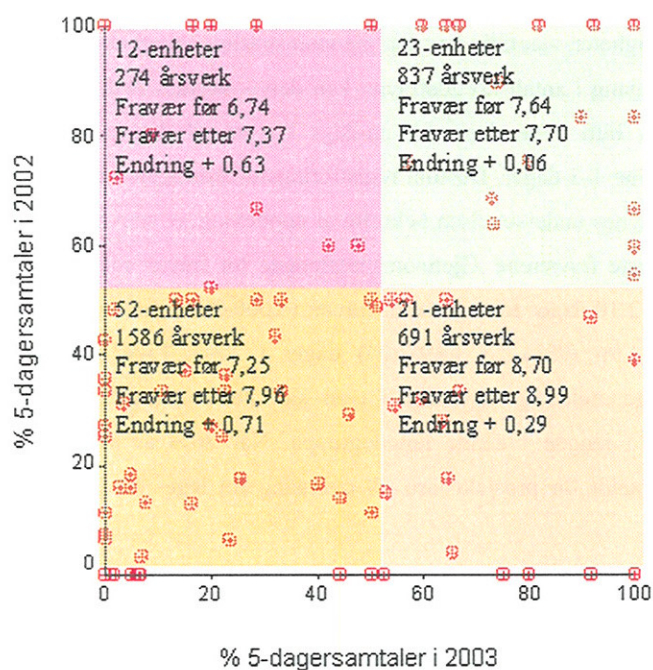
Figur 4.5.2 Sammenligning av endring i fravær fra 2000 til 2003 med andel som fikk fraværs samtale i 2003 og andel av de ansatte som var fornøyd med egenmeldingsordningen (30).



I figur 4.5.3 er de enheter med størst endring i antall årsverk fra 2002 til 2003 ekskludert. Der oppfølgingssamtaler er gjennomført både i 2002 og 2003 er sykefraværet stabilt, mens enheter med liten grad av oppfølging viser en utvikling av sykefravær som den generelle utviklingen i

landet. De som ikke kom i gang i 2002, men gjennomførte samtaler i 2003 viser også en gunstigere utvikling enn de som ikke gjennomførte samtaler i særlig grad.

Figur 4.5.3 *Fraværutvikling (gjennomsnitt 2002 og 2003 minus gjennomsnitt 2000 og 2001) relatert til oppfølgingsaktivitet i 2002 og 2003 målt som antall registrerte 5-dagers samtaler i prosent av antall registrerte 5-dagers fravær i den enkelte enhet (n=108). Enheter med registrert endring av årsverk større enn pluss minus 50% er ekskludert (ratio < 0,75 eller > 1,5).*



Oppsummering

Et av de viktigste funnene i evalueringen er dette at det er sammenheng mellom fraværutvikling og oppfølgings samtaler. Sammenhengen er ikke lineær, men slik at i de enhetene hvor det er en systematisk oppfølging av over 50% av de med fravær faller fraværet. Mens der liten oppfølging skjer over begge år, øker fraværet mest. Å begynne bra, men ikke følge opp er mer ugunstig for fraværutviklingen enn å begynne forsiktig, men øke innsatsen.

4.5.3 Kan egenmelding endre fraværslengde

I diskusjonen om utviding av egenmeldingsrettigheter er det blitt argumentert for at en begrenset kvote egenmeldingsdager kan gi utslag i unødige lange egenmeldinger ut fra en tankegang som: med en kvote på tre dager vil du miste to dersom du bare blir borte den ene dagen du er klart arbeidsufør. Samtidig er det også anført at begrenset adgang kan gi unødig legesøkning og at leger har tendens til å sykmelde ut en uke, eller til de er trygge på at pasienten er arbeidsfør, for å slippe en ekstra henvendelse om forlenging sykmelding.

Tabell 4.5.4 viser at antall fravær av en til tre dagers varighet har økt etter innføring av utvidede egenmeldingsrettigheter, samtidig har den gjennomsnittlige varigheten gått ned med 0,15 dager. Den store oppgang i antall kortidsfravær kan delvis skyldes bedre registreringsrutiner. Dersom denne er blitt bedre bare for en-dags fravær vil dette kunne bidra til forkortings-effekten av fravær 1-3 dager. Dersom registreringsforbedringen må forventes mer lik for 1-3 dagers fravær synes undersøkelsen bekrefte at oppheving av snevre kvoter kan gi redusert lengde av de korteste fraværene. Gjennomsnittslengde for fravær mellom 1-3 dager var 1,76 for egenmeldt og 2,10 dager for legemeldt fravær i 2000-2001 mot henholdsvis 1,63 (95% CI 1,61-1,64) og 1,96 (95% CI 1,89-2,04) dager i 2003. Like stor nedgang i fraværslengde både for egenmeldt og legemeldt fravær kan støtte at registreringseffekt er medvirkende til nedgang i lengde i denne lengdegruppa. Når 86% av fraværa i denne varighetsgruppa var egenmeldt før prosjektstart, vil overgang fra lege- til egenmeldt fravær forventes å gi små utslag.

Tabell 4.5.5 taler for at utvida bruk av egenmelding etablerte seg raskt på et nytt nivå slik at det er små forskjeller mellom de siste tre kvartal i 2002 og hele 2003 i andel av fravær som er egenmeldt for fravær også utover 3 dager. For fravær med varighet 4-7 dager økte andelen som var egenmeldt fra beskjedne 2% før prosjekt start til 50% i 2003. Gjennomsnittslengden av fravær i dette lengdeintervallet viste en klar nedgang fra 5,56 dager før prosjektstart til 5,29 dager i 2003. Nedgangen var klarest for menn. Gjennomsnittslengde for egenmeldt fravær 4-7 dager var 4,26 (95% CI 4,11-4,44) i 2000-2001 mot 4,88 (95% CI 4,81-4,94) dager i 2003. Tilsvarende for legemeldt fravær var 5,59 dager i 2000-2001 mot 5,70 (95% CI 5,62-5,77) dager i 2003. Økningen i gjennomsnittslengde for legemeldte kan tale for en seleksjonseffekt, men utviklingen i dette lengdeintervallet taler for at overgang fra lege til egenmeldt fravær vil kunne forkorte fravær med varighet 4-7 dager. Fravær 8-14 dager viste uendret lengde men viser redusert antall. Forskyving fra dette intervall til 4-7 dager vil kunne maskere noe av

effekten på lengde i den gruppa. Fravær av lengde 2 – 14 viser da også en nedgang i gjennomsnittslengde fra 5,04 dager for kvinner og 4,76 dager for menn før prosjektstart til henholdsvis 4,59 (95% CI 4,50-4,68) og 4,39 (95% CI 4,21-4,56) i 2003. Sykefravær med varighet 8-14 dager varte gjennomsnittlig 9,6 (95% CI 9,3-9,8) dager som egenmeldt og 11,3 (95% CI 11,1-11,4) dager som legemeldt i 2003.

Tabell 4.5.4 *Gjennomsnittlig varighet i kalenderdager av avsluttede fravær med inntil 3 dagers, 4-7 dagers varighet, 8-14 dagers varighet og fravær lenger enn 14 dager siste fire år fordelt på kjønn.*

	2000		2001		2002		2003	
	n	Gjennom snitt 95% CI	n	Gjennom snitt 95% CI	n	Gjennom snitt 95% CI	n	Gjennom snitt 95% CI
1-3 dager								
Kvinner	4172	1,78 1,76-1,81	4464	1,79 1,77-1,81	5226	1,66 1,64-1,68	6184	1,63 1,61-1,65
Menn	1007	1,93 1,88-1,98	1062	1,87 1,82-1,92	1290	1,74 1,70-1,78	1383	1,72 1,69-1,77
Alle	5179	1,81 1,79-1,83	5526	1,81 1,78-1,83	6516	1,67 1,66-1,70	7567	1,65 1,63-1,67
4-7 dager								
Kvinner	1123	5,57 5,50-5,63	1242	5,56 5,49-5,62	1247	5,35 5,28-5,41	1447	5,31 5,25-5,37
Menn	236	5,56 5,41-5,72	248	5,56 5,42-5,70	283	5,26 5,12-5,39	341	5,19 5,07-5,31
Alle	1359	5,57 5,50-5,63	1490	5,56 5,50-5,61	1530	5,33 5,27-5,39	1788	5,29 5,23-5,34
8-14 dager								
Kvinner	940	11,03 10,9-11,2	960	10,97 10,8-11,1	839	11,04 10,9-11,2	875	10,88 10,7-11,0
Menn	205	11,14 10,9-11,4	182	11,12 10,8-11,4	154	10,90 10,6-11,3	171	11,26 10,9-11,6
Alle	1145	11,05 10,9-11,2	1142	10,99 10,9-11,1	993	11,02 10,9-11,2	1046	10,94 10,8-11,1
> 14 dager								
Kvinner	1986	79,59 75,7-83,5	2219	79,25 75,6-82,9	2244	66,40 63,7-69,1	2285	75,82 72,5-79,2
Menn	341	81,60 72,0-91,2	370	86,25 75,8-96,7	417	71,18 64,6-77,7	373	72,27 64,5-80,1
Alle	2327	79,89 76,3-83,5	2589	80,25 76,8-83,7	2661	67,16 64,7-69,7	2658	75,32 72,2-78,4

Tabell 4.5.5 *Andel av sykefravær av ulik varighet som var egenmeldt før prosjektstart (2000-2001) og henholdsvis siste tre kvartal 2002 og hele 2003.*

	1-3 dager			3-7 dager			8-14 dager			> 14 dager		
	2000-2001	2002*	2003	2000-2001	2002*	2003	2000-2001	2002*	2003	2000-2001	2002*	2003
Kvinner	85,1	91,2	91,2	1,9	45,1	47,6	-	12,5	16,0	-	1,3	2,0
Menn	89,8	95,1	94,7	2,7	53,6	58,4	-	28,6	28,7	-	2,3	2,4
Totalt	86,0	91,9	91,8	2,0	46,7	49,7	-	15,0	18,1	-	1,5	2,1
Aldersgruppe												
20-29 år	78,5	90,3	88,1	2,0	35,3	33,0	-	14,3	7,5	-	0,5	2,1
30-39 år	85,0	92,2	92,2	2,0	43,5	48,8	-	16,1	17,8	-	1,0	2,6
40-49 år	87,6	92,6	91,6	2,5	50,8	51,1	-	16,7	19,8	-	2,2	2,1
50-59 år	90,2	92,1	94,3	1,6	58,5	60,9	-	10,9	23,3	-	1,9	2,2
60-69 år	91,2	95,0	95,0	1,5	45,8	57,0	-	18,6	15,4	-	-	0,4
Sektor												
Barnhage	83,0	90,7	89,7	2,9	44,7	46,7	-	21,6	17,4	-	2,4	2,5
Skole	85,4	92,6	92,3	2,4	45,2	51,8	-	17,5	17,3	-	1,0	1,4
HS	86,0	91,8	91,7	1,5	44,5	45,5	-	11,6	15,2	-	1,7	1,8
Kultur	89,5	92,0	87,6	2,7	48,6	55,4	-	20,0	20,0	-	-	4,3
Teknisk	90,7	92,9	95,6	2,6	55,1	57,7	-	14,3	25,7	-	1,1	3,6
Administrasjon	86,2	89,9	92,0	2,4	66,7	64,4	-	50,0	45,5	-	2,4	7,0

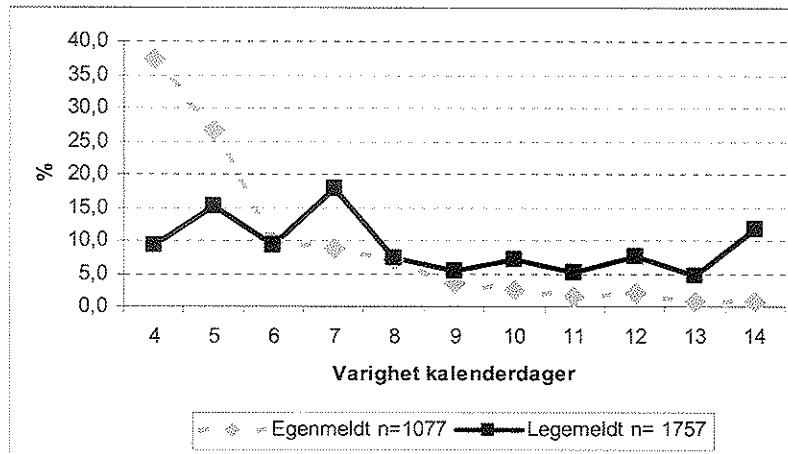
* 01.04.02-31.12.02

Figur 4.5.4 viser at de egenmeldte fravær ikke viser den tendens til avslutning på hele uker eller to dager før hel uke som gjenfinnes hos legemeldte fravær. Kurva for varighet av egenmeldt fravær mellom 4 og 14 dager viste en biologisk kurve som en ville forvente ved arbeidsuførhet grunnet mer kortvarige sykdommer, mens for legemeldt fravær synes også mer normative forhold være med å bestemme varighet.

Samtidig som andelen fravær av varighet 1-3 dager som er egenmeldt øker med økende alder er det en trend mot redusert lengde av fraværet fra 1,67 i aldersgruppen 20-29 år til 1,60 dager i aldersgruppen 60-69 år, p for lineær trend 0,05. Korrigert for lønn og kjønn faller denne trenden bort, og i Lineær regresjonsmodell med lengde i kalenderdager for fravær inntil 16

dager gir det å være mann og økende alder lenger fravær, mens bruk av egenmelding og økende lønn gir kortere fravær jfr Tabell 4.5.6. og Tabell 4.5.7.

Figur 4.5.4 Varighet av egen og legemeldt sykefravær med varighet 4-14 dager i 2003 som andel av fraværene som ble avsluttet på hver av dagene i perioden fra fjerde til fjortende dag.



Tabell 4.5.6 Lineær regresjon av fraværslengde av fravær inntil 16 dagers varighet i 2003, der kjønn, lønnsgruppe, aldersgruppe og egenmeldt eller legemeldt (egenmeldt = 1) er inkludert i modellen. Justert $R^2 = 0,40$, Anova $F = 1741,2$.

	Beta	t	p	95% CI beta
Kjønn (mann= 1, kvinne = 2)	-0,29	-4,19	< 0,001	-0,42 - -0,15
Lønnsgruppe	-0,003	-4,84	< 0,001	-0,004 - -0,002
10 års aldersgruppe	0,22	9,02	< 0,001	0,17-0,27
Egen-(=1)/ legemeldt(=2)	0,57	82,9	< 0,001	0,56-0,58

Tabell 4.5.7 Effekt på fraværslengde av fravær inntil 16 dager i ulike sektorer av å være kvinne, økt aldersgruppe, økt lønn og bruk egenmelding. Lineær regresjon fraværslengde.

	Justert R^2	Kvinne	Lønnsgruppe	Aldersgruppe	Egenmelding
Barnehage	0,35	—	—	↑↑	↓
Skole	0,41	—	↓	↑↑	↓↓
Helse og sosial	0,42	↓	—	↑	↓
Kultur	0,33	↓	↓	↑↑	↓
Teknisk	0,41	—	↓	↑	↓
Administrasjon	0,22	—	—	—	↓
Totalt	0,40	↓	↓	↑	↓

For sykefravær inntil 16 dager synes overgang til egenmelding kunne redusere fravær. Fraværutviklingen mot slutten av prosjektperioden tilsier imidlertid at en betydelig utvidet egenmeldingsordning i seg selv ikke garanterer redusert sykefravær. I prosjektperioden var det en tendens til økt egenmeldt fravær når total fraværet gikk ned og nedgang i det egenmeldte fraværet den perioden totalfraværet økte mest rundt prosjektavslutning Figur 4.4.4. Sammenholdt med fraværutvikling og fornøydhet med utvidet egenmelding i Figur 4.5.2 kan dette forstås slik at når utvidet egenmelding kombineres med dialog der fokus er tilrettelegging og muligheter og ikke kontroll, kan en og forvente reduksjon av langvarig fravær.

Oppsummering

Innføring av utvidet egenmeldingsrett gjorde de korte fraværene kortere, og de egenmeldte fravær var kortere enn legemeldte. For fravær i arbeidsgiverperioden støtter undersøkelsen hypotesen om at overgang fra legemeldt til egenmeldt fravær vil kunne forkorte den enkelte fraværperiode.

4.5.4 Egenmelding og legesøking

Det var en klar oppgang i antall registrerte kortidsfravær i Kristiansand i prosjektperioden. Samtidig var det en klar nedgang i antall kortvarige legemeldte fravær, Tabell 4.5.8. Andelen fravær 1-7 dager som var legemeldt er halvert fra 2001 til 2003, og nær halvert for fravær 1-15 dager. Hadde andelen legemeldte i 2003 vært som i 2001 ville en forventet 2975 legemeldte fravær 1-7 dager, og 4426 legemeldte fravær 1-15 dager i 2003, noe som tilsier en dobling av de differanser som framkommer i Tabell 4.5.8. Selv om vi tar hensyn til at en del av de som har benyttet egenmelding framfor legemelding har oppsøkt lege, og korrigerer for gjennomsnittlig 1,05 stillinger per mann og 1,11 stillinger per kvinne, vil et sannsynlig forsiktig overslag tilsi 1000 sparte konsultasjoner hos lege hvert år. Kan utviding av egenmeldingsperioden spare en konsultasjon hos lege for hver 6 arbeidstaker, ville dette på landsbasis gitt over 300.000 sparte konsultasjoner (ca 60-70 legeårsverk) med mulig utvidet helsetjeneste forbruk i form av (unødvendige?) resepter, blodprøver, rekvisisjoner til røntgen, fysioterapi eller spesialister.

Tabell 4.5.8 *Antall legemelte fravær i antall og prosent av alle sykefravær med varighet 1-7 og 1-15 dager i 2001 og 2003 i Kristiansand.*

	Legemeldte fravær 1-7 dager					Legemeldte fravær 1-15 dager				
	2001		2003		Differanse	2001		2003		Differanse
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Menn	349	26,6	210	12,2	134	552	36,5	352	18,4	200
Kvinner	1883	33,0	1302	17,1	581	2933	43,4	2121	24,7	812
Alle	2232	31,8	1517	16,2	715	3485	42,1	2473	23,5	1012

Oppsummering

Utvidet adgang til bruk av egenmelding reduserer bruken av legemeldt kortidsfravær.

Besparelsene i redusert helsetjenestebruk er vanskelig å estimere, men vil være betydelige.

4.6 Egenmeldingsprosjektet - et mer inkluderende arbeidsliv

En av målsetningene i Intensjonsavtalen om mer inkluderende arbeidsliv er at de ansatte skal forbli lenger i jobbene. Tabell 4.6.1 viser antall personer som var ansatt den 1. oktober i 2001 til og med 2003 og andelen av disse som var nye siste år i kommunenes register. Antall personer som var ansatt holdt seg ganske stabil men andelen som er nyansatt gikk ned.

Gjennomsnittsalder for de ansatte med mer enn 20% stilling økte fra 2000 til 2003 med et år fra 42,7 til 43,8. Antall ansatte 60 år eller eldre økte fra 347 personer i 2000 til 412 personer i 2003, og antall personer 50 år eller eldre økte fra 1270 i 2000 til 1440 i 2003.

Samtidig med prosjekt egenmelding var det også vært et seniorprosjekt i kommunen, og denne rapporten kan ikke svare på om disse prosjektene har bidratt til mer inkluderende arbeidsliv, men tallene taler for at de ansatte står lenger i jobbene. Tilbakemelding fra kommunens Pensjonskasse om halvering av tilgang på nye uførepensjonister i 2003 i forhold til årene før, og synsing fra trygdekontorfunksjonærer om redusert antall søknader om uførestønad fra ansatte i Kristiansand kommune, gir støtte til en tendens til at kommunen er blitt en mer inkluderende arbeidsplass.

Tabell 4.6.1 *Antall personer ansatt med mer enn 20% stilling den 1.oktober i 2001, 2002 og 2003 og andel av disse som er ny fra året før.*

	Ansatte per 01.10	Ansatt siste år	Turnover
2001	5374	770	14,3%
2002	5357	836	15,6%
2003	5380	693	12,9%

Oppsummering

Fallende andel nytilsatte, økende gjennomsnittsalder, større andel eldre blant arbeidsstokken og redusert tilgang til uførepensjonering, indikerer at Kristiansand kommune ble en mer inkluderende arbeidsplass.

5 Referanseliste

- (1) St.meld.39 (1991-1992). Attføring og arbeid for yrkeshemmede. Sykepenger og uførepensjon. (Attføringsmeldingen). Arbeids- og administrasjonsdepartementet, editor. 1991. Oslo.
- (2) Fleten N, Johnsen R, Ostrem BS. Reliability of sickness certificates in detecting potential sick leave reduction by modifying working conditions: a clinical epidemiology study. BMC Public Health 2004; 4(1):8.
- (3) Utredningsavdelingen. Trygdestatistisk årbok 2003. Rikstrygdeverket, editor. 73-92. 3-6-2003. Oslo.
- (4) Fleten N, Johnsen R, Skipenes BØ. Sykmeldte tror tiltak på arbeidsplassen kan redusere sykefravær. Tidsskr Nor Laegeforen 1999.
- (5) Tellnes G, Brage S, Haland EM, Brodholt A. [What symptoms and complaints result in sick-listing? ICPC-coding of patients' own opinion in general practice]. Tidsskr Nor Laegeforen 1992; 112(15):1985-1988.
- (6) Pransky G, Katz JN, Benjamin K, Himmelstein J. Improving the physician role in evaluating work ability and managing disability: a survey of primary care practitioners. Disabil Rehabil 2002; 24(16):867-874.
- (7) Tellnes G, Bruusgaard D, Sandvik L. Occupational factors in sickness certification. Scand J Prim Health Care 1990; 8(1):37-44.
- (8) Berg JE, Tellnes G, Noreik K, Melsom H. Sykmelding II-ordningen. Fra prosjektet Evaluering av oppfølging av langtidssykmeldte. [The sick leave notification II system. From the project Evaluation of follow-up of long-term sick leave patients]. Tidsskr Nor Laegeforen 1990; 110(11):1393-1397.
- (9) Bjørndal A. Oppfølging av langtidssykmeldte. En undersøkelse av en kohort fra Moss kommune. [Follow-up of persons on long-term sick-leave. A cohort study in the city of Moss]. Tidsskr Nor Laegeforen 1994; 114(24):2857-2862.
- (10) Ringdal PR, Haug K, Maeland JG. Forer systematisk vurdering av Sykmelding II-erklæringer til lavere trygdeforbruk? [Does systematic evaluation of sickness certification II lead to less use of health insurance?]. Tidsskr Nor Laegeforen 2002; 122(2):157-160.
- (11) Vigen T. [Active sick-listing--an alternative to be used more often]. Tidsskr Nor Laegeforen 1997; 117(10):1439.
- (12) Mortensen V, Sandtorv B, Skoglund G. Arbeidsgiverkontakt - oppfølging av sykmeldte i Sør-Tromsregionen. 1998. Tromsø, Fylkestyregdekontoret i Troms.

- (13) Scheel IB, Hagen KB, Herrin J, Carling C, Oxman AD. Blind faith? The effects of promoting active sick leave for back pain patients: a cluster-randomized controlled trial. *Spine* 2002; 27(23):2734-2740.
- (14) Rikstrygdeverket Utredningsavdelingen. Effekt av aktiv sykmelding, 2002-2003. 3/2004. 2004. Rikstrygdeverket.
- (15) Sosial og helsedepartementet. Sykefravær og uførepensjonering NOU 2000:27. 27. 15-9-2000. Oslo.
- (16) Andersson HW, Lippestad JW, Leonardsen A, Paulsen B. Doktoren og papirarbeidet: skjemabruk og attestskrivning i allmennpraksis. 1999. Trondheim, SINTEF Unimed NIS. SINTEF-rapport STF78 A99510.
- (17) Englund L, Svardsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. *Scand J Prim Health Care* 2000; 18(2):81-86.
- (18) Larsen BA, Forde OH, Tellnes G. Legens kontrollfunksjon ved sykmelding. [Physician's role in certification for sick leave]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1994; 114(12):1442-1444.
- (19) Sosial- og Helsedepartementet. Ot prp nr 6 (1999-2000) Om lov om endringer i folketryktdloven og i enkelte andre lover. 2004.
- (20) Fleten N, Johnsen R, Romedal BE. Prosjektrapport nr. 2. Halvårsrapport 2002: Fravær Prosjekt egenmelding i Kristiansand kommune 2002. 2002. Kristiansand.
- (21) Fleten N, Johnsen R, Romedal BE. Prosjektrapport nr. 3. Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Kvartalsrapport tredje kvartal 2002. Kvartalsrapport fjerde kvartal 2002. 2003. Kristiansand.
- (22) Fleten N. Prosjektrapport nr. 4. Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Et år med utvidet egenmelding i Kristiansand. 2003. Kristiansand.
- (23) Fleten N, Johnsen R. Prosjektrapport nr. 5. Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Kvartalsrapport andre kvartal 2003. 2003. Kristiansand.
- (24) Fleten N, Johnsen R, Romedal BE. Prosjektrapport nr. 6. Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Kvartalsrapport tredje kvartal 2003. 2004. Kristiansand.
- (25) Fleten N, Johnsen R. Prosjektrapport nr. 7. Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Kvartalsrapport fjerde kvartal 2003. 2004. Kristiansand.
- (26) Fleten N. Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Halvårsrapport andre halvår 2004. 2005.
- (27) Fleten N. Prosjekt egenmelding Kristiansand kommune. Halvårsrapport første halvår 2004. 2005.

- (28) Paulsen B. Før Egenmeldingsordningen. Forholdet mellom jobbkrav, helse og fraværs mønstre blandt ansatte i Kristiansand og Arendal kommuner august 2002. Unimed Helsetjenesteforskning, editor. STF78 A035014. 3. Trondheim, SINTEF.
- (29) Paulsen B. Fraværshåndtering, egenmeldingsordning og arbeidsmiljøet. Rapport STF78 A045004. 2004. Trondheim, Sintef Helse.
- (30) Paulsen B. Evaluering av egenmeldingsforsøket i Kristiansand - ansattes erfaringer og vurderinger. Rapport STF78 A055011. 2005. Trondheim, Sintef Helse.
- (31) Romedal BE. Prosjektleders evalueringsrapport. Kristiansand. 2005. Kristiansand.
- (32) Statistisk sentralbyrå. Statistikkbanken. Arbeidsmiljø og sykefravær (<http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/>). 2005.
- (33) Rikstrygdeverket. Nøkkeltall 2003. 2004. Oslo.
- (34) Wickstrom G, Bendix T. The "Hawthorne effect"--what did the original Hawthorne studies actually show? Scand J Work Environ Health 2000; 26(4):363-367.
- (35) Rikstrygdeverket. Nøkkeltall 2000. 2001. Oslo.
- (36) Rikstrygdeverket. Nøkkeltall 2001. 2002. Oslo.
- (37) Rikstrygdeverket. Nøkkeltall 2002. 2003. Oslo.
- (38) Rikstrygdeverket. Nøkkeltall 2004. 2005. Oslo.

6 Appendiks

Tabell A.1 *Andel av stillinger som har hatt ett eller flere fravær med varighet utover 5 dager i 2003 som har fått en eller flere oppfølgingssamtaler, og gjennomsnittlig antall samtaler dersom det først har vært en oppfølgingssamtale.*

Tabell A.2 *Antall personer med fravær i årene 2000 tom 2003 i prosent av antall personer med minst to måneders ansettelse det aktuelle år. Fravær vist etter utdanning, lønn og stillingsprosent.*

Tabell A.3 *Andel av de ansatte som har hatt sykefravær med egenmelding, legemelding og andel som har hatt enten lege og eller egenmeldt sykefravær fordelt på kjønn, aldersgrupper, stillingsprosent, lønn og sektor.*

Tabell A.4 *Utvikling av egenmeldt og legemeldt sykefravær i perioden 2000 til 2003 og andelen av sykefraværet som er egenmeldt fordelt på utdanning, lønn og stillingsandel. Fraværprosent basert på ansatte årsverk 15.05 det aktuelle år. (Totalt 4298,5 årsverk 2000, 4316,9 årsverk 2001, 4309 årsverk 2002 og 4319 årsverk 2003.)*

Tabell A.1 *Andel av stillinger som har hatt ett eller flere fravær med varighet utover 5 dager i 2003 som har fått en eller flere oppfølgingsamtaler, og gjennomsnittlig antall samtaler dersom det først har vært en oppfølgingsamtale.*

	Egenmeldt		Legemeldt		Sykefravær			Snitt samtaler
	n fravær >5d	%* sam-tale	n fravær >5d	%* sam-tale	n fravær >5d	% sam-tale	% 5-dag samtale	
Kvinner	309	55,0	2192	53,1	2359	52,1	42,3	2,3
Menn	93	53,8	395	55,9	449	53,7	45,2	2,2
Totalt	402	54,7	2587	53,5	2808	52,3	42,8	2,3
Sektor								
Barnchage	40	77,5	238	70,2	259	69,9	59,1	2,2
Skole	89	50,6	680	41,0	734	41,3	34,5	2,1
Helse og Sosial	176	50,6	1287	54,3	654	52,7	41,6	2,3
Kultur	12	33,3	69	68,1	75	64,0	57,3	3,0
Teknisk	66	39,4	265	65,3	302	62,3	53,0	2,2
Administrasjon	19	57,9	48	39,6	55	36,4	30,9	2,0
Lønn								
Lønn < 300.000	316	54,1	2094	54,7	2259	53,4	43,4	2,3
Lønn > 300.000	84	56,0	493	48,3	549	47,9	40,4	2,2
Aldersgruppe								
17-29År	41	61,0	328	51,6	347	49,8	41,5	2,1
30-49 år	230	54,8	1389	55,4	1515	54,1	44,5	2,3
50-59 år	113	49,6	655	54,4	719	51,5	41,4	2,2
60-69 år	18	72,2	215	46,0	227	47,1	37,9	2,1
N fravær > 5 d								
1 fravær 2003	362	54,1	1629	48,6	1724	45,9	37,5	1,8
2-4 fravær	40**	60	904	61,4	1020	61,9	50,4	2,6
>= 5 fravær	0		54	68,5	64	73,4	65,6	4,9

* Prosenten kan gi litt for høyt anslag da en ikke kan skille mellom samtale i egenmeldt og legemeldt sykefravær.

** Kun en har 3 fravær, resten 2

Tabell A.2 Antall personer med fravær i årene 2000 tom 2003 i prosent av antall personer med minst to måneders ansettelse det aktuelle år. Fravær vist etter utdanning, lønn og stillingsprosent.

Utdanning	2000			2001			2002			2003		
	N ansatte	N p fravær	%	N ansatte	N p fravær	%	N ansatte	N p fravær	%	N ansatte	N p fravær	%
Lang uni	228	86	37,7	212	88	41,5	203	88	43,3	215	98	45,6
Kort uni	1427	872	61,1	1364	872	63,9	1310	892	68,1	1322	896	67,8
Lærer	574	366	63,8	526	354	67,3	496	364	73,4	539	353	65,5
HS høy	752	492	65,4	724	518	71,5	726	544	74,9	798	563	70,6
HS fag	845	627	74,2	825	695	84,2	817	662	81,0	889	714	80,3
Fagutdann	520	362	69,6	489	321	65,6	474	319	67,3	506	335	66,2
Allmenn	299	169	56,5	278	174	62,6	287	209	72,8	306	188	61,4
9 årig	1614	1017	63,0	1536	1106	72,0	1438	1033	71,8	1481	1006	67,9
7 årig	367	284	77,4	335	248	74,0	304	210	69,1	281	207	73,7
Lønn												
< 200	852	594	69,7	800	602	75,3	237	182	76,8	242	134	55,4
2-250	2751	1990	72,3	2772	2068	74,6	2845	2158	75,9	2821	2065	73,2
250-3	1616	1084	67,1	1671	1145	68,5	1746	1223	70,0	1666	1166	70,0
3-350	651	415	63,7	654	413	63,1	1004	657	65,4	1288	895	69,5
> 350	290	113	39,0	320	105	32,8	360	133	36,9	514	215	41,8
Stilling												
< 45%	741	351	47,4	864	428	49,5	811	384	47,3	932	398	42,7
45-54%	811	578	71,3	788	576	73,1	818	569	69,6	888	636	71,6
55-94%	1624	1138	70,1	1728	1244	72,0	1652	1189	72,0	1760	1279	72,7
> 94%	2985	2086	69,9	2889	2017	69,8	2918	2061	70,6	2836	2066	72,8

Tabell A.3 *Andel av de ansatte som har hatt sykefravær med egenmelding, legemelding og andel som har hatt enten lege og eller egenmeldt sykefravær fordelt på kjønn, aldersgrupper, stillingsprosent, lønn og sektor.*

	Andel ansatte benyttet egemelding				Andel ansatte benyttet legemelding				Andel ansatte med sykefravær			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Total	0,46	0,47	0,54	0,55	0,47	0,48	0,42	0,41	0,68	0,69	0,71	0,69
Kvinner	0,48	0,50	0,56	0,57	0,51	0,53	0,46	0,44	0,72	0,73	0,74	0,73
Menn	0,39	0,39	0,48	0,48	0,36	0,35	0,30	0,29	0,59	0,58	0,62	0,59
Alder												
17-29	0,45	0,47	0,54	0,53	0,43	0,44	0,40	0,40	0,64	0,68	0,71	0,68
30-39	0,49	0,51	0,57	0,58	0,47	0,50	0,43	0,42	0,70	0,72	0,75	0,70
40-49	0,49	0,50	0,53	0,56	0,44	0,48	0,40	0,40	0,68	0,70	0,71	0,70
50-59	0,43	0,43	0,49	0,55	0,50	0,48	0,41	0,39	0,68	0,68	0,68	0,70
60-69	0,38	0,32	0,38	0,42	0,55	0,51	0,46	0,44	0,73	0,65	0,68	0,67
Stilling												
< 45%	0,27	0,30	0,31	0,29	0,35	0,35	0,29	0,26	0,47	0,50	0,47	0,43
45-54%	0,45	0,47	0,49	0,53	0,52	0,52	0,44	0,46	0,71	0,73	0,70	0,72
55-94%	0,47	0,48	0,52	0,58	0,49	0,54	0,44	0,45	0,70	0,72	0,72	0,73
> 94%	0,50	0,51	0,52	0,61	0,46	0,46	0,39	0,39	0,70	0,70	0,71	0,73
Lønn												
< 200	0,44	0,48	0,53	0,40	0,52	0,55	0,49	0,33	0,70	0,75	0,77	0,55
2-250	0,49	0,51	0,54	0,56	0,52	0,54	0,49	0,48	0,72	0,75	0,76	0,73
250-3	0,48	0,49	0,53	0,57	0,43	0,45	0,38	0,38	0,67	0,69	0,70	0,70
3-350	0,43	0,41	0,48	0,57	0,38	0,42	0,32	0,34	0,64	0,63	0,65	0,70
> 350	0,25	0,20	0,24	0,32	0,21	0,17	0,15	0,19	0,39	0,33	0,37	0,42
Sektor												
Barnehage	0,59	0,59	0,59	0,63	0,55	0,58	0,49	0,46	0,83	0,82	0,78	0,77
Skole	0,44	0,43	0,52	0,54	0,42	0,43	0,37	0,36	0,64	0,64	0,68	0,68
HS	0,47	0,49	0,55	0,56	0,50	0,52	0,47	0,45	0,70	0,72	0,74	0,71
Kultur	0,30	0,34	0,42	0,43	0,34	0,36	0,31	0,28	0,53	0,56	0,59	0,56
Teknisk	0,40	0,44	0,54	0,54	0,48	0,46	0,43	0,39	0,68	0,68	0,71	0,70
Adm	0,54	0,50	0,53	0,50	0,42	0,41	0,30	0,23	0,70	0,67	0,64	0,55

Tabell A.4 Utvikling av egenmeldt og legemeldt sykefravær i perioden 2000 til 2003 og andelen av sykefraværet som er egenmeldt fordelt på utdanning, lønn og stillingsandel. Fraværprosent basert på ansatte årsverk 15.05 det aktuelle år. (Totalt 4298,5 årsverk 2000, 4316,9 årsverk 2001, 4309 årsverk 2002 og 4319 årsverk 2003.)

	Egenmeldt fravær				Legemeldt fravær				% av fraværet er egenmeldt			
	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003	2000	2001	2002	2003
Utdanning												
Lang uni	0,39	0,45	0,70	0,83	4,51	5,96	5,76	2,74	8,0	7,0	10,9	23,2
Kort uni	0,53	0,54	0,92	0,99	4,89	5,23	5,52	5,86	9,8	9,4	14,3	14,5
Lærer	0,65	0,61	0,97	1,23	8,07	8,12	7,18	6,48	7,4	7,0	11,9	15,9
HS høy	0,70	0,72	1,27	1,34	7,56	7,57	7,61	7,08	8,4	8,7	14,3	16,0
HS fag	0,85	0,95	1,56	1,75	10,70	10,57	10,21	10,50	7,4	8,3	13,3	14,3
Fagutdann	0,62	0,62	1,06	1,16	6,29	6,05	5,35	5,67	8,9	9,3	16,5	17,0
Allmenn	0,79	0,78	1,26	1,43	6,01	5,74	6,73	8,37	11,6	12,0	15,7	14,6
9 årig	0,75	0,75	1,19	1,57	9,13	9,16	8,64	8,43	7,6	7,6	12,1	15,7
7 årig	0,55	0,51	0,78	1,10	12,57	10,68	9,34	8,20	4,2	4,5	7,7	11,8
Lønn												
< 200	0,81	1,06	1,79	2,14	11,33	10,49	8,20	8,63	6,7	9,2	17,9	19,9
2-250	0,73	0,77	1,27	1,26	9,13	9,19	9,18	6,56	7,4	7,7	12,2	14,7
250-3	0,62	0,61	1,09	1,26	6,22	6,43	6,24	6,55	9,1	8,7	14,9	16,1
3-350	0,49	0,48	0,85	1,06	4,56	5,29	5,85	5,98	9,7	8,3	12,7	15,1
> 350	0,28	0,27	0,63	0,65	3,04	4,32	3,83	3,49	8,5	5,8	14,1	15,6
Stilling												
< 45%	1,23	1,35	1,16	1,19	12,36	11,36	6,05	5,46	9,0	10,6	16,1	17,9
45-54%	0,89	1,02	1,09	1,19	12,71	12,27	8,31	8,13	6,6	7,7	11,6	12,8
55-94%	0,66	0,69	1,02	1,30	7,76	8,21	6,82	7,53	7,8	7,7	13,0	14,8
> 94%	0,56	0,57	1,15	1,34	6,28	6,39	7,38	7,11	8,2	8,2	13,5	15,8

7. Vedlegg

Vedlegg I: Egenmelding-1

Vedlegg II Egenmelding-2

Vedlegg III Rutine oppfølging sykemeldte

Vedlegg IV Tiltaksskjema

Vedlegg V Aktiv sykmelding

Table 1. The mean values of the variables measured in the study (mean \pm SD)

Variable	Mean \pm SD
Age (years)	23.2 \pm 1.2
Weight (kg)	68.5 \pm 10.5
Height (cm)	175.5 \pm 6.5
Body mass index (kg m ⁻²)	22.2 \pm 3.2
Prevalence of hypertension (%)	15.0
Prevalence of diabetes (%)	5.0
Prevalence of hypercholesterolemia (%)	10.0
Prevalence of hypertriglyceridemia (%)	12.0
Prevalence of hyperuricemia (%)	8.0
Prevalence of hyperhomocysteinemia (%)	10.0

4.1. Prevalence of cardiovascular risk factors

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

4.2. Prevalence of cardiovascular risk factors

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

The prevalence of hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, hypertriglyceridemia, hyperuricemia and hyperhomocysteinemia in the study population is shown in Table 1.

Kristiansand kommune

Egenmelding - 1

Gjelder for sykefravær i arbeidsgiverperioden (inntil 16 dager).

Unntatt offentligheten i h.h.t. Offentlighetsloven § 6.2a

Fylles ut av den ansatte første arbeidsdag etter avsluttet fravær, evt innen utgangen av arbeidsgiverperioden.

Fødselsnummer: (11 siffer)	Arbeidssted:
Navn:	Stillingsnummer:
Full privatadresse:	Yrke:
tlf. privat:	tlf. jobb:

2a. Jeg har vært helt borte fra arbeid pga egen sykdom/skade	Fra og med dato	T.o.m. dato (dagens dato v. fortsatt fravær)
2b. Jeg har vært delvis borte fra arbeid pga egen sykdom/skade	Fra og med dato	T.o.m. dato (dagens dato v. fortsatt fravær) Fraværspersent:

	Ja	Nei
3a. Skyldes fraværet helt eller delvis fysiske/psykososiale forhold på arbeidsstedet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3b. Har enkelte arbeidsoppgaver betydning for fraværet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3c Skyldes fraværet yrkesskade/yrkessykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Hvilke tiltak vil kunne ha redusert dette sykefraværet?										
Aktiv sykmelding	Tilpassing av arbeidsoppgaver	Tilrettelagt arbeidsplass/hjelpemidler	Psykososiale arbeidsmiljøtiltak	Attføring/ omplassering	Reise tilskudd	Kjøp av helse-tjeneste	Andre tiltak	Vet ikke/ingen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Egne forslag til tiltak/arbeidsoppgaver dersom «aktiv sykmelding» kan være aktuelt.

6. Jeg gir mitt samtykke til at opplysningene kan benyttes i evaluering av prosjektet «Egenmelding i Kristiansand»

Ja Nei

7. Jeg bekrefter at fraværet skyldes redusert arbeidsevne grunnet egen sykdom/skade og at jeg har oppholdt meg i Norge i fraværperioden:

Dato: _____ Underskrift arbeidstaker: _____

Fylles ut av arbeidsgiver.

8. Fraværskode:		9. Fritak for arbeidsgiverperioden pga kronisk sykdom/graviditet:			
		ja <input type="checkbox"/>		nei <input type="checkbox"/>	
10. Tiltakskode:	Fra og med dato:	Til og med dato:	Tiltakskode:	Fra og med dato:	Til og med dato:

Original av Egenmelding - 1 sendes lønnsavdelingen sammen med Meldingsskjema for fravær/tiltak. Kopi arkiveres på arbeidsstedet i egen perm sortert på fødselsnummer.

Kristiansand kommune

Egenmelding - 2

Gjelder for sykefravær utover arbeidsgiverperioden (16 dager).

Unntatt offentligheten i h.h.t. Offentlighetsloven § 6.2a

Fødselsnummer: (11 siffer)	Arbeidssted:
Navn:	Stillingsnummer:
Full privatadresse:	Yrke:
tlf. privat:	tlf. jobb:

2a. Jeg har vært <u>helt</u> borte fra arbeid pga egen sykdom/skade	Fra og med dato	T.o.m. dato (dagens dato v. fortsatt fravær)
2b. Jeg har vært <u>delvis</u> borte fra arbeid pga egen sykdom/skade	Fra og med dato	T.o.m. dato (dagens dato v. fortsatt fravær) Fraværspersent:

3. Forventet fravær	Inntil 1 uke	Inntil 2 uker	Inntil 4 uker	Inntil 8 uker	Over 10 uker
Jeg forventer fortsatt <u>helt</u> fravær i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeg forventer fortsatt <u>delvis</u> fravær i	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

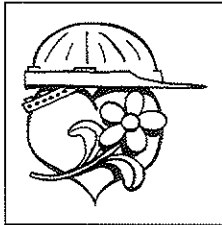
	Ja	Nei							
4a. Skyldes fraværet helt eller delvis fysiske/psykososiale forhold på arbeidsstedet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
4b. Har enkelte arbeidsoppgaver betydning for fraværet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
4c. Skyldes fraværet yrkesskade/yrkessykdom?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
5. Vil tiltak og/eller tilrettelegging av arbeidsplass eller arbeidsoppgaver kunne redusere dette sykefraværet?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Vet ikke <input type="checkbox"/>						
6. Hvilke tiltak vil kunne redusere dette sykefraværet?	Aktiv sykmelding <input type="checkbox"/>	Tilpassing av arbeidsoppgaver <input type="checkbox"/>	Tilrettelagt arbeidsplass/hjelpemidler <input type="checkbox"/>	Psykososiale arbeidsmiljøtiltak <input type="checkbox"/>	Attføring/omplussing <input type="checkbox"/>	Reise tilskudd <input type="checkbox"/>	Kjøp av helse-tjeneste <input type="checkbox"/>	Andre tiltak <input type="checkbox"/>	Vet ikke/ingen <input type="checkbox"/>
7. Egne forslag til tiltak/arbeidsoppgaver dersom «aktiv sykmelding» kan være aktuelt.									
8. Jeg gir mitt samtykke til at opplysningene kan benyttes i evaluering av prosjektet «Egenmelding i Kristiansand»									
Ja <input type="checkbox"/>									
Nei <input type="checkbox"/>									
9a. Skal du avvike ferie i det tidsrom krav om sykepenger gjelder for?						F.o.m.		T.o.m.	
Ja <input type="checkbox"/>						Nei <input type="checkbox"/>		Hvis Ja oppgi tidsrom	
9b. Skal du oppholde deg i utlandet i det tidsrom kravet gjelder for?						Hvis ja, må det søkes om sykepenger under utenlandsopphold.			
Ja <input type="checkbox"/>						Nei <input type="checkbox"/>			

10. Dato og underskrift av arbeidstaker:
--

Fylles ut av arbeidsgiver.

11. Fraværskode:					
12. Tiltakskode:	Fra og med dato:	Til og med dato:	Tiltakskode:	Fra og med dato:	Til og med dato:

Original av Egenmelding - 2 sendes lønnsavdelingen sammen med Meldingsskjema for fravær/tiltak. Kopi arkiveres på arbeidsstedet i egen perm sortert på fødselsnummer.



Tittel

Oppfølging av ansatte under sykefravær



Rutine nr.:	17	Ansv.structur	1-6	Rev.nr	3	Dato	08.07.03	Underskrift
-------------	----	---------------	-----	--------	---	------	----------	-------------

Utarbeidet av: Heige Nilsen, Oddvar Hultmann og Branimir Simic

Kapittel : 3

Av betydning for:

Alle ansatte, spesielt ledere.

Hensikt:

Forebyggende arbeid skal bidra til at flest mulig kan forbli i jobben sin. Når en ansatt blir syk, skal denne rutinen bidra til å kvalitets sikre oppfølgingen. Hovedhensikten er at både leder og ansatt føler seg trygge i oppfølgingsfasen, og at ansatt kommer så raskt som mulig tilbake i arbeid. Sykefraværet reduseres, det oppnås større stabilitet i arbeidsstokken, det gjensidige ansvar hos arbeidstaker og arbeidsgiver styrkes, og den ansatte tar selv et større ansvar for egen helse.

Definisjon:

Med sykefravær menes fravær som skyldes egen sykdom eller skade.

Framgangsmåte:

Arbeidstaker:

1. melder fra til arbeidsstedet snarest mulig.
2. plikter å oppgi om fraværet skyldes helt eller delvis fysiske/psykososiale forhold på arbeidsstedet, og opplyse om egen funksjonsevne.
3. plikter å samarbeide aktivt med arbeidsgiver om aktuelle tiltak, og utnytte sin restarbeidsevne.
4. leverer egenmelding, eller legeerklæring.

Arbeidsgiver:

1. har ansvaret for at ansatte blir fulgt opp under sykefravær. Arbeidsgiver sørger for utfylling av dokumentasjon, vurdering og iverksetting av nødvendige tiltak. (I spesielle tilfeller kan avtales at andre følger opp den ansatte).
2. har taushetsplikt om den informasjon som blir gitt i forbindelse med sykefraværet dersom ikke annet avtales.
3. skal innen 5 dager kontakte den ansatte, starte en dialog med informasjon om muligheter, fyller ut Tiltaksskjema og iverksette evt. avtalte tiltak.
4. skal innen 15 dager ha ny kontakt med den ansatte, sende HMS-brosjyren, fyller ut Tiltaksskjema og iverksette evt tiltak. Skal også evt sende skjema: «Egenmelding - 2 » til den ansatte.
5. skal innen 30 dager ha ny kontakt med den ansatte, fyller ut Tiltaksskjema, og iverksette evt. tiltak.
6. skal deretter ha jevnlig kontakt ca annenhver uke, avhengig av hva som er avtalt.
7. skal oppbevare Tiltaksskjemaet i egen mappe, sortert på fødselsnummer, og skrive kodene inn på skjemaet «Meldingsskjema for fravær/tiltak». (sendes lønnsavd. onsdag i uker med oddetall.)
8. Dersom det foreslås kontakt med HMS-tjenesten sendes kopi av Tiltaksskjemaet.

Avvik:

Avvik fra denne rutinen meldes i h.h.t. rutine nr.15.kap.3: "Rutine for avviksrapportering"

Referanser:

Arbeidsmiljøloven §§ 8, 12, 13 og 14 og 16
HMS-rutine nr.16.kap.3. «Rutine for bruk av aktiv sykmelding». nr.14 kap.3. «Rutine for melding av yrkesskader etc», og nr.21 kap.3. «Rutine for konflikthåndtering»

Vedlegg: Tiltaksskjema

Veiledning for samtale.

Generelt.

All kontakt skal i utgangspunktet være positiv og omsorgsfull. Det er lov å være syk med god samvittighet. Det er ikke tillatt å spørre om diagnoser, med mindre den ansatte selv kommer inn på det. Dette er taushetsbelagte opplysninger som ikke skal komme videre uten tillatelse fra den enkelte.

Både for arbeidsstedet og den ansatte er det svært viktig å beholde kontakten under et sykefravær. Invitasjon til sosiale arrangementer og viktig informasjon skal gis også under et sykefravær. Blomster eller en annen oppmerksomhet er hyggelig å få. Dersom det dreier seg om yrkesskade, eller yrkessykdom likestilt med yrkesskade, må det meldes på riktig måte (se HMS-rutine nr.14, kap.3). Under samtaler skal den ansatte informeres om forskjellige muligheter. Her er det viktig at arbeidsgiver er kjent med hvilke som finnes. Den ansatte kan ta med seg en tillitsperson til samtalen. Se også «Håndbok for ledere og personalmedarbeidere.»

Kort oppsummering av noen muligheter.	Evt kontakt for nærmere opplysninger
AKAN-avtale	Se HMS-rutine nr.9 kap.3
Aktiv sykmelding	Lønnsavd./HMS tjenesten Se HMS-rutine 16. kap.3
Bedriftsintern attføring/yrkesrettet attføring	Attføringskonsulenten, eller HMS tjenesten
Behandlingsdager	Trygdekontoret/HMS-tjenesten
Bytte arbeid med annen arbeidstaker i kommunen	Leder (styringsretten) og enighet mellom de to.
Forskjellige arbeidsmiljøtiltak som feks. konflikthåndtering	Se HMS-rutine 19. kap.3
Fritak for arbeidsgiverperioden v.kronisk sykdom eller sykdom under graviditet	Trygdekontoret
Fysisk tilrettelegging av arbeidsplassen, inkl. evt hjelpemidler	HMS tjenesten/Trygdekontor
Kjøp av helsetjenester	Trygdekontoret
Reisetilskudd istedenfor sykepenger	Trygdekontoret
Samtale med andre feks. verneombud, tillitsvalgt, HMS enheten, trygdekontor, aetat	
Stillingsbanken	Bedriftslegen
Tilpassede arbeidsoppgaver	HMS tjenesten/Trygdekontoret
Tilretteleggingstilskudd	Trygdeetatens arbeidslivssenter/HMS-tjenesten
Yrkesmedisinsk utredning	Bedriftslegen/HMS tjenesten

Forslag til samtaler:

Første dag:

Hvordan står det til? Antatt lengde på fraværet? Er det spesielle avtaler som må avlyses eller personer som må kontaktes? Trenger du noe praktisk hjelp hjemme?

Innen dag 5

Hvordan går det? Skyldes fraværet fysiske/psykososiale forhold på arbeidsstedet? Er det noe som kan gjøres for å hjelpe deg tilbake? Hva har du behov for? Hvilke arbeidsoppgaver er det du kan/ikke kan gjøre? Spør om antatt lengde på fraværet. Informer om aktuelle tiltaksmuligheter som finnes, og gjør evt avtaler. Husk å fyll ut Tiltaksskjema. Kom evt med annen informasjon som kan være viktig.

Innen dag 15

Hvordan går det? Se under punktet ovenfor. Send HMS-brosjyren, Egenmelding 2, evt blomster, Kvarstikka og andre lokale info-blad. Minn om at Egenmelding 2 må fylles ut dersom fraværet varer utover 16 dager. Fyll ut Tiltaksskjema.

Innen dag 30 og deretter ca hver 14 dag.

Som under forrige punkter.

Kristiansand kommune
Tiltaksskjema

For sykefravær som begynner med egenmelding/legemelding

Unntatt offentligheten i h.h.t. Offentlighetsloven § 6.2a

Skal fylles ut for hvert enkelt sykefraværstilfelle enten det er egenmeldt eller legemeldt.

rev. nr. 05 | dato: 08.07.03 | Oddvar Hultmann/Helge Nilsen/Björg Elida Romedal/Branimir Simic

Fødselsnummer: (11 siffer)	Arbeidssted:
Navn:	Nærmeste leder:
Privatadresse:	Stillingsnummer: Stilling:
Bostedskommune:	tlf. jobb: tlf. privat:

Melding om fravær mottatt dato:	
Første fraværsdag dato:	
Egenmelding mottatt dato:	
Legcerklæring mottatt dato:	
Antall egenmeldingstilfeller brukt tidligere i 12 mnd. perioden	
Antall egenmeldingsdager brukt tidligere i 12mnd. perioden	
Sum antall tilfeller/egenmeldingsdager	/

Fravær:	f.o.m.	t.o.m.	Skyldes fraværet helt eller delvis fysiske/psykososiale forhold på arbeidsstedet ?	
			Ja (1)	Nei (2)
Egenmeldt:				
Legemeldt:				

Innen dag 5	Ingen samtale	<input type="checkbox"/>	(200)	Ja, avtalt tiltak	<input type="checkbox"/>
Dato:	Ja, samtale	<input type="checkbox"/>	(205)	Nei, ikke avtalt tiltak	<input type="checkbox"/>
Innen dag 15	Ingen samtale	<input type="checkbox"/>	(210)	Ja, avtalt tiltak	<input type="checkbox"/>
Dato:	Ja, samtale	<input type="checkbox"/>	(215)	Nei, ikke avtalt tiltak	<input type="checkbox"/>
Innen dag 30	Ingen samtale	<input type="checkbox"/>	(220)	Ja, avtalt tiltak	<input type="checkbox"/>
Dato:	Ja, samtale	<input type="checkbox"/>	(225)	Nei, ikke avtalt tiltak	<input type="checkbox"/>
Innen dag 45	Ingen samtale	<input type="checkbox"/>	(230)	Ja, avtalt tiltak	<input type="checkbox"/>
Dato:	Ja, samtale	<input type="checkbox"/>	(235)	Nei, ikke avtalt tiltak	<input type="checkbox"/>

Forenklet funksjonsvurdering:

Hvilke arbeidsoppgaver kan du/kan du ikke utføre?

Har du behov for tilrettelagt arbeid/hjelpemidler?

Kan du gjenoppta arbeidet på sikt? Evt hva må til?

Foreslår kontakt med HMS-tjenesten: Ja Nei (hvis Ja, send kopi av dette skjema til HMS)



Kristiansand kommune

Tiltak iverksatt (kode)	Dato f.o.m.	Dato t.o.m.	Merknader:

Tiltakskoder: 205-235 Samtaler, 250=aktiv sykmelding, 300=tilpassede arbeidsoppgaver, 350=tilrettelagt arbeidsplass (inkl. hjelpemidler) kostnader under kr.3000, 360=tilrettelagt arbeidsplass (inkl. hjelpemidler) kostnader over kr.3000, 400=arbeidsmiljøtiltak (psykososiale), 450=bedriftsintern omplassering/attføring, 500=reisetilskott, 550=kjøp av helsetjenester, 950=diverse, 900=Tilretteleggingstilskudd???

Arbeidstaker har gitt samtykke til at opplysningene kan benyttes i evaluering av prosjektet «Egenmelding i Kristiansand»	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
--	-----------------------------	------------------------------

Merknader: feks avtalte tiltak:

NB !!!

Tiltaksskjemaet skal oppbevares på arbeidssstedet i egen perm sortert på fødselsnummer. Utfylte tiltakskoder skal fylles inn i skjema «Meldingsskjema for fravær/tiltak» og sendes til lønnsavdelingen onsdag i hver uke med øddetall.

Avtale om aktiv sykmelding

Unntatt offentligheten i h.h.t. Offentlighetsloven § 6.2a

Kopi skal sendes Trygdeetatens arbeidslivssenter, HMS-tjenesten og arbeidstaker. Originalskjema oppbevares på arbeidstedet i egen perm sortert på fødselsnummer.

Dersom aktiv sykemelding avtales i samarbeid med behandlende lege, sendes også kopi til legen.

rev. nr. 6	dato: 08.07.03	Marianne Tveit Torkelsen/Helge Nilsen/Branimir Simic
------------	----------------	--

Fødselsnummer: (11 siffer)	Arbeidssted:	
Navn:	Nærmeste leder:	
Privatadresse:	Stillingsnummer:	Stilling:
Bostedskommune:	tlf. jobb:	tlf. privat:

Første fraværsdag dato: _____

I forbindelse med sykmelding f.o.m: _____ t.o.m: _____ har vi gjort avtale om

aktivisering/arbeidstrøning/intern attføring i perioden f.o.m: _____ t.o.m: _____

Aktiviteten foregår på: eget arb.sted annet arb.sted Angi evt hvor: _____

Hensikten med aktiv sykmelding er:

Beskrivelse av tiltak/aktivitet:

Arbeidstid (feks antall timer pr.dag eller uke): _____

Oppfølging på arbeidsplassen underveis og i slutfasen:

Dato(er): _____

Ansvarlig person: _____

Merknader:

Dato og underskrift arbeidstaker:

Dato og underskrift arbeidsgiver::

ISM SKRIFTSERIE - FØR UTGITT:

1. Bidrag til belysning av medisinske og sosiale forhold i Finnmark fylke, med særlig vekt på forholdene blant finskattede i Sør-Varanger kommune.
Av Anders Forsdahl, 1976. (nytt opplag 1990)
2. Sunnhetstilstanden, hygieniske og sosiale forhold i Sør-Varanger kommune 1869-1975 belyst ved medisinalberetningene.
Av Anders Forsdahl, 1977.
3. Hjerte-karundersøkelsen i Finnmark - et eksempel på en populasjonsundersøkelse rettet mot cardiovasculære sykdommer. Beskrivelse og analyse av etterundersøkelsesgruppen.
Av Jan-Ivar Kvamme og Trond Haider, 1979.
4. D. The Tromsø Heart Study: Population studies of coronary risk factors with special emphasis on high density lipoprotein and the family occurrence of myocardial infarction.
Av Olav Helge Førde og Dag Steinar Thelle, 1979.
5. D. Reformer i distriktshelsetjenesten III: Hypertensjon i distriktshelsetjenesten.
Av Jan-Ivar Kvamme, 1980.
6. Til professor Knut Westlund på hans 60-års dag, 1983.
- 7.* Blodtrykksovervåkning og blodtrykksmåling.
Av Jan-Ivar Kvamme, Bernt Nesje og Anders Forsdahl, 1983.
- 8.* Merkesteiner i norsk medisin reist av allmennpraktikere - og enkelte utdrag av medisinalberetninger av kulturhistorisk verdi.
Av Anders Forsdahl, 1984.
9. "Balsfjordsystemet." EDB-basert journal, arkiv og statistikkssystem for primærhelsetjenesten.
Av Toralf Hasvold, 1984.
10. D. Tvunget psykisk helsevern i Norge. Rettsikkerheten ved slikt helsevern med særlig vurdering av kontrollkommisjonsordningen.
Av Georg Høyer, 1986.
11. D. The use of self-administered questionnaires about food habits. Relationships with risk factors for coronary heart disease and associations between coffee drinking and mortality and cancer incidence.
Av Bjarne Koster Jacobsen, 1988.
- 12.* Helse og ulikhet. Vi trenger et handlingsprogram for Finnmark.
Av Anders Forsdahl, Atle Svendal, Aslak Syse og Dag Thelle, 1989.

13. D. Health education and self-care in dentistry - surveys and interventions.
Av Anne Johanne Sjøgaard, 1989.
14. Helsekontroller i praksis. Erfaringer fra prosjektet helsekontroller i Troms 1983-1985.
Av Harald Siem og Arild Johansen, 1989.
15. Til Anders Forsdahls 60-års dag, 1990.
16. D. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer, with implications for public cancer information and for cancer diagnostic strategies in general practice.
Av Knut Holtedahl, 1991.
17. D. The Tromsø Survey. The family intervention study. Feasibility of using a family approach to intervention on coronary heart disease. The effect of lifestyle intervention of coronary risk factors.
Av Synnøve Fønne Knutsen, 1991.
18. Helhetsforståelse og kommunikasjon. Filosofi for klinikere.
Av Åge Wifstad, 1991.
19. D. Factors affecting self-evaluated general health status - and the use of professional health care services.
Av Knut Fylkesnes, 1991.
20. D. Serum gamma-glutamyltransferase: Population determinants and diagnostic characteristics in relation to intervention on risk drinkers.
Av Odd Nilssen, 1992.
21. D. The Healthy Faith. Pregnancy outcome, risk of disease, cancer morbidity and mortality in Norwegian Seventh-Day-Adventists.
Av Vinjar Fønne, 1992.
22. D. Aspects of breast and cervical cancer screening.
Av Inger Torhild Gram, 1992.
23. D. Population studies on dyspepsia and peptic ulcer disease: Occurrence, aetiology, and diagnosis. From The Tromsø Heart Study and The Sørreisa Gastrointestinal Disorder Studie.
Av Roar Johnsen, 1992.
24. D. Diagnosis of pneumonia in adults in general practice.
Av Hasse Melbye, 1992.
25. D. Relationship between hemodynamics and blood lipids in population surveys, and effects of n-3 fatty acids.
Av Kaare Bønnaa, 1992.

26. D. Risk factors for, and 13-year mortality from cardiovascular disease by socioeconomic status. A study of 44690 men and 17540 women, ages 40-49.
Av Hanne Thürmer, 1993.
27. Utdrag av medisinalberetninger fra Sulitjelma 1891-1990.
Av Anders Forsdahl, 1993.
28. Helse, livsstil og levekår i Finnmark. Resultater fra Hjerte-karundersøkelsen i 1987-88. Finnmark III.
Av Knut Westlund og Anne Johanne Sjøgaard, 1993.
29. D. Patterns and predictors of drug use. A pharmacoepidemiologic study, linking the analgesic drug prescriptions to a population health survey in Tromsø, Norway.
Av Anne Elise Eggen, 1994.
30. D. ECG in health and disease. ECG findings in relation to CHD risk factors, constitutional variables and 16-year mortality in 2990 asymptomatic Oslo men aged 40-49 years in 1972.
Av Per G. Lund-Larsen, 1994.
31. D. Arrhythmia, electrocardiographic signs, and physical activity in relation to coronary heart risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av Maja-Lisa Løchen, 1995.
32. D. The Military service: mental distress and changes in health behaviours among Norwegian army conscript.
Av Edvin Schei, 1995.
33. D. The Harstad injury prevention study: Hospital-based injury recording and community-based intervention.
Av Børge Ytterstad, 1995.
- 34.* D. Vilkår for begrepsdannelse og praksis i psykiatri. En filosofisk undersøkelse.
Av Åge Wifstad, 1996. (utgitt Tano Aschehoug forlag 1997)
35. Dialog og refleksjon. Festskrift til professor Tom Andersen på hans 60-års dag, 1996.
36. D. Factors affecting doctors' decision making.
Av Ivar Sønbo Kristiansen, 1996.
37. D. The Sørreisa gastrointestinal disorder study. Dyspepsia, peptic ulcer and endoscopic findings in a population.
Av Bjørn Bernersen, 1996.
38. D. Headache and neck or shoulder pain. An analysis of musculoskeletal problems in three comprehensive population studies in Northern Norway.
Av Toralf Hasvold, 1996.

39. Senfølger av kjernefysiske prøvespreninger på øygruppen Novaya Semlya i perioden 1955 til 1962. Rapport etter programmet "Liv". Arkangelsk 1994.
Av **A.V. Tkatchev, L.K. Dobrodeeva, A.I. Isaev, T.S. Podjakova, 1996.**
40. Helse og livskvalitet på 78 grader nord. Rapport fra en befolkningsstudie på Svalbard høsten 1988. Av
Helge Schirmer, Georg Høyer, Odd Nilssen, Tormod Brenn og Siri Steine, 1997.
- 41.* D. Physical activity and risk of cancer. A population based cohort study including prostate, testicular, colorectal, lung and breast cancer.
Av **Inger Thune, 1997.**
42. The Norwegian - Russian Health Study 1994/95. A cross-sectional study of pollution and health in the border area.
Av **Tone Smith-Sivertsen, Valeri Tchachtchine, Eiliv Lund, Tor Norseth, Vladimir Bykov, 1997.**
43. D. Use of alternative medicine by Norwegian cancer patients
Av **Terje Risberg, 1998.**
44. D. Incidence of and risk factors for myocardial infarction, stroke, and diabetes mellitus in a general population. The Finnmark Study 1974-1989.
Av **Inger Njølstad, 1998.**
45. D. General practitioner hospitals: Use and usefulness. A study from Finnmark County in North Norway.
Av **Ivar Aaraas, 1998.**
- 45B Sykestuer i Finnmark. En studie av bruk og nytteverdi.
Av **Ivar Aaraas, 1998.**
46. D. No går det på helsa laus. Helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn.
Av **Jorid Andersen, 1998.**
47. D. The Tromsø Study: Risk factors for non-vertebral fractures in a middle-aged population.
Av **Ragnar Martin Joakimsen, 1999.**
48. D. The potential for reducing inappropriate hospital admissions: A study of health benefits and costs in a department of internal medicine.
Av **Bjørn Odvar Eriksen, 1999.**
49. D. Echocardiographic screening in a general population. Normal distribution of echocardiographic measurements and their relation to cardiovascular risk factors and disease. The Tromsø Study.
Av **Henrik Schirmer, 2000.**

50. D. Environmental and occupational exposure, life-style factors and pregnancy outcome in arctic and subarctic populations of Norway and Russia.
Av Jon Øyvind Odland, 2000.
- 50B Окружающая и профессиональная экспозиция, факторы
стиля жизни и исход беременности у населения
арктической и субарктической частей Норвегии и России
Юн Ойвин Удлан 2000
51. D. A population based study on coronary heart disease in families. The Finnmark Study 1974-1989.
Av Tormod Brenn, 2000.
52. D. Ultrasound assessed carotid atherosclerosis in a general population. The Tromsø Study.
Av Oddmund Joakimsen, 2000.
53. D. Risk factors for carotid intima-media thickness in a general population. The Tromsø Study 1979-1994.
Av Eva Stensland-Bugge, 2000.
54. D. The South Asian cataract management study.
Av Torkel Snellingen, 2000.
55. D. Air pollution and health in the Norwegian-Russian border area.
Av Tone Smith-Sivertsen, 2000.
56. D. Interpretation of forearm bone mineral density. The Tromsø Study.
Av Gro K. Rosvold Berntsen, 2000.
57. D. Individual fatty acids and cardiovascular risk factors.
Av Sameline Grimsgaard, 2001.
58. Finnmarkundersøkelsene
Av Anders Forsdahl, Fylkesnes K, Hermansen R, Lund E, Lupton B, Selmer R, Straume E, 2001.
59. D. Dietary data in the Norwegian women and cancer study. Validation and analyses of health related aspects.
Av Anette Hjartaker, 2001.
60. D. The stenotic carotid artery plaque. Prevalence, risk factors and relations to clinical disease. The Tromsø Study.
Av Ellisiv B. Mathiesen, 2001.
61. D. Studies in perinatal care from a sparsely populated area.
Av Jan Holt, 2001.
62. D. Fragile bones in patients with stroke? Bone mineral density in acute stroke patients and changes during one year of follow up.
Av Lone Jørgensen, 2001.

63. D. Psychiatric morbidity and mortality in northern Norway in the era of deinstitutionalisation. A psychiatric case register study.
Av Vidje Hansen, 2001.
64. D. Ill health in two contrasting countries.
Av Tom Andersen, 1978/2002.
65. D. Longitudinal analyses of cardiovascular risk factors.
Av Tom Wilsgaard, 2002.
66. Helseundersøkelsen i Arkangelsk 2000.
Av Odd Nilssen, Alexei Kalinin, Tormod Brenn, Maria Averina et al., 2003.
67. D. Bio-psycho-social aspects of severe multiple trauma.
Av Audny G. W. Anke, 2003.
68. D. Persistent organic pollutants in human plasma from inhabitants of the arctic.
Av Torkjel Manning Sandanger, 2003.
69. D. Aspects of women's health in relation to use of hormonal contraceptives and pattern of child bearing.
Av Merethe Kunmlle, 2003.
70. Pasienterfaringer i primærlegetjenesten før og etter fastlegereformen.
Av Olaug Lian, 2003.
71. D. Vitamin D security in northern Norway in relation to marine food traditions.
Av Magritt Brustad, 2004.
72. D. Intervensjonsstudien i Finnmark. Evaluering av lokalsamfunns basert hjerte- og kar forebygging i kystkommunene Båtsfjord og Nordkapp.
Av Beate Lupton, 2004.
73. D. Environmental factors, metabolic profile, hormones and breast and endometrial cancer risk.
Av Anne-Sofie Furberg, 2004.
74. D. Det skapende mellomrommet i møtet mellom pasient og lege.
Av Eli Berg, 2004.
75. Kreftregisteret i Arkhangelsk oblast i nordvest Russland. Med en sammenligning av kreftforekomst i Arkhangelsk oblast og Norge 1993 - 2001.
Av Vakt skjold Arild, Lebedintseva Jelena, Korotov Dmitrij, Tkatsjov Anatolij, Podjakova Tatjana, Lund Eiliv, 2004

76. D. Characteristics and prognosis of long-term stroke survivors. The Tromsø Study.
Av Torgeir Engstad, 2004
77. D. Withdrawal and exclusion. A study of the spoken word as means of understanding schizophrenic patients.
Av Geir Fagerjord Lorem, 2005.
78. "Søkelys på samfunnsmedisinene." Evaluering av kommunal samfunnsmedisinsk legetjeneste, offentlig legearbeid og de forebyggende oppgaver i Fastlegeordningen.
Av Betty Pettersen og Roar Johnsen, 2005.

De som er merket med D er doktorgradsarbeid.

De som er merket med * har vi dessverre ikke flere eksemplarer av.

