



UNIVERSITETET I
NORDLAND

HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB

Dorthe Eide

Fra sykefravær til aktivitet?

En kvantitativ deltakerundersøkelse av Helse Nords innovasjon
'Arbeidsglede – jakten på friskfaktorer'



Fra sykefravær til aktivitet?

En kvantitativ deltakerundersøkelse av
Helse Nords innovasjon
'Arbeidsglede – jakten på friskfaktorer'



Dorthe Eide

Universitetet i Nordland,
Handelshøgskolen i Bodø (HHB),
Management and Marketing in service and experience Economy (MME)

Dorthe.Eide@uin.no

Tlf. +47 75 51 7691

Fax. +47 75 51 72 68

Universitetet i Nordland rapport 7/2011
Utgivelsesår: 2011




UNIVERSITETET I
NORDLAND



HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB



<u>Tittel:</u> Fra sykefravær til aktivitet? En kvantitativ deltakerundersøkelse av Helse Nords innovasjon 'Arbeidsglede – jakten på friskfaktorer'	Offentlig tilgjengelig: Ja	UiN-rapport nr. 7/2011
	ISBN 978-82-7314-636-9	ISSN 0806-9263
	Antall sider: 147	Dato: 17.07.2011
Forfatter: Dorthe Eide	Prosjektansvarlig (sign). 	
	Leder forskningsutvalget (sign). 	
<u>Prosjekt</u> Følgforskning av Helse Nords pilotprosjekt "Arbeidsglede – jakten på friskfaktorer"	Samarbeidspartnere: Handelshøgskolen i Bodø v/Universitetet i Nordland og Helse Nord	
	Ekstern samarbeidspartners referanse: Åshild Nordnes	
<u>Sammendrag</u> Rapporten presenterer funn fra en survey til primærdeltakerne (sykemeldte) i pilotprosjektet. Primærdeltakerne var medarbeidere ved foretakene i Helse Nord, og de hadde enten vært langtidssykemeldt eller hatt gjentagende sykefravær. Pilotprosjektet er et innovativt tiltak ovenfor sykemeldte med hovedmål å få de tilbake i arbeid. Rapporten viser langtidsresultater, samt deltakernes erfaringer og evaluering av pilotprosjektet. I tillegg gis forslag til forbedringer av konseptet og organiseringen rundt.	<u>Emneord:</u> Organisasjonsinnovasjon; HMS-innovasjon; Langtidssykefravær; sykefraværstiltak; ledelse; friskfaktorer; arbeidsglede; energitappere; jobb-hjem sammenheng; Arbeidslivsveiledning; karriereveiledning; deltakersurvey	
<u>Summary</u> This report presents findings from a processual study of a HR-innovation taking place in Health North, i.e. public hospitals and related units in the North of Norway. The project focused on employees with long term or repeating sick absence. The main tools where mapping, supervision, narrating, visualizing, reflections, and action. The aim of the innovation was to learn about the approach, and to get people back to work. This report mainly present results from one of the data gatherings, i.e. a survey to participants 1 ½ year after. About 70% of the respondents were back at work. Respondents mainly experienced positive results, but some improvements are suggested.	<u>Keywords:</u> Organizational innovation; HR-innovation; sick leave; positive energy; wellbeing; work environment; work-home relations; management	

FORORD

Helse Nords innovasjon 'Pilotprosjekt arbeidsglede – jakten på friskfaktorer' ble følgeforsket av undertegnede. Pilotprosjektet ble kjørt i hele region Helse Nord fra mars 2007 til juli 2008. Prosjekteier var organisasjonsdirektør Åshild J. Nornes og prosjektleder var Grete Birgitte Åsvang ved Helse Nord RHF. Ulike involverte aktørers erfaringer er studert. Denne rapporten presenterer hovedfunn fra en survey sendt til alle primærdeltakerne i pilotprosjektet ca 1 ½ år etter at de deltok. Rapportens målgruppe er primært personer som jobber med, eller på annet vis, er opptatt av sykefravær og helsefremmende tiltak.



Følgeforskningen av pilotprosjektet er ikke en tradisjonell oppdragsforskning betalt av en oppdragsgiver. Forskningsavtalen ble utviklet ut fra en felles interesse av å studere HR/HMS-innovasjonen. Helse Nord RHF ønsket at innovasjonen skulle forskes på og evalueres, og jeg så prosjektet som en interessant og viktig innovasjon i offentlig tjenestesektor. Slik ble dette til et samarbeid mellom Helse Nord og Handelshøgskolen i Bodø (HHB), to parter med ulike roller. Helse Nord kjørte innovasjonsprosjektet, og dekket forskers reiseutgifter, transkripsjoner av intervju, samt egne ansattes oppgaver relatert til følgeforskningen. Min oppgave var å forske på, og delvis sammen med og for, Helse Nord. HHB v/UiN har finansiert min tidsbruk, først gjennom vikarstipend, deretter som del av min forskningstid som førsteamanuensis. I tillegg har det gått med betydelig ubetalt kveldsarbeid.

Følgeforskningen, inkludert surveyen, ville ikke vært mulig uten stor åpenhet og mange medhjelpere i Helse Nord og foretakene i regionen. I forbindelse med utviklingen av deltakersurveyen er det spesielt disse som fortjener en takk: Fra Helse Nord, Grete B. Åsvang, Åshild J. Nordnes, Edvard Andreassen og Tone Bjerknæs (konsernverneombud), samt fra Helgelandssykehuset, Eva S. Jørgensen. De bidro med innspill til, og på, spørsmål før pretesting på målgruppen. Tre av prosjektets deltakere pretestet spørreskjemaet. I forbindelse med utsending og puring av survey har 5 kontaktpersoner hatt en avgjørende rolle, og de fortjener en stor takk: Gunn-Ingvil Derås (UNN), Liv Finnjord (UNN), Vivian Schjøllberg (UNN), Eva Jørgensen (Helgelandssykehuset), og Edvard Andreassen (Helse Nord

RHF). Knut Langeland har bidratt med generell sykefraværstatistikk fra Helse Nord. Kristian Lindberg har punchet dataene i SPSS. Før og under arbeidet med dataanalysene har min kollega ved HHB, førsteamanuensis Espen Isaksen, gitt verdifull hjelp med SPSS og de statistiske muligheter og begrensninger. I juni 2010 ble foreløpige funn fra surveyen presentert muntlig på erfaringsseminar om Sollan-programmet i Tromsø, presentasjonen og dens etterfølgende diskusjon ga nyttige innspill til videre analyser. Nesten ferdig rapport ble så presentert på erfaringskonferanse om arbeidslivsveiledning, i Bodø april 2011. Grete Åsvang, Åshild Nordnes og Grethe L. Nyborg har lest og kommet med forslag til små rettinger ved misforståelser eller uklarheter. Bildet på denne siden er laget av Liv Johansen. Verken Helse Nord eller andre har noe ansvar for dataanalysene eller teksten i rapporten, dette må forfatter svare for alene.

Bodø, juli 2011

Dorthe Eide

Førsteamanuensis i organisasjon og ledelse



INNHold

DEL I: INTRODUKSJON.....	1
1. INNLEDNING.....	1
1.1 SYKEFRAVÆR UTFORDRER	1
1.2 BAKGRUNN FOR HELSE NORDS PILOTPROSJEKTET.....	4
1.3 PILOTPROSJEKT ARBEIDSGLEDE	6
1.4 PROBLEMSTILLINGER OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	12
1.4.1 <i>Litt om foreløpige korttidsresultater.....</i>	<i>15</i>
1.5 RAPPORTENS OPPBYGNING.....	17
2. DATA OG METODE.....	19
2.1 FORSKNINGSSTRATEGI	19
2.1.1 <i>Noen utfordringer ved studie av innovasjoner.....</i>	<i>20</i>
2.1.2 <i>Smal vs bred tilnærming til fenomenet.....</i>	<i>22</i>
2.2 SURVEYEN	24
2.2.1 <i>Tidsskjema for surveyen.....</i>	<i>24</i>
2.2.2 <i>Utvikling og utsending av survey</i>	<i>25</i>
2.3 DATAANALYSE OG STUDIENS KVALITET.....	27
2.3.1 <i>Svarprosent og mulige skjevheter.....</i>	<i>27</i>
2.3.2 <i>Analysemetoder.....</i>	<i>29</i>
DEL II: FUNN	32
3. HVEM ER RESPONDENTENE?	32
3.1 DE VIKTIGSTE BAKGRUNNSFAKTORER	32
3.1.1 <i>Kjønn.....</i>	<i>32</i>
3.1.2 <i>Alder.....</i>	<i>34</i>
3.1.3 <i>Utdanningsnivå og yrke.....</i>	<i>35</i>
3.1.4 <i>Foretak.....</i>	<i>37</i>
3.1.5 <i>Kartleggingsresultater</i>	<i>40</i>
3.2 ANDRE BAKGRUNNSFAKTORER.....	45
3.2.1 <i>Sivilstatus.....</i>	<i>45</i>
3.2.2 <i>Omsorgsarbeid utenfor jobb.....</i>	<i>45</i>
3.2.3 <i>Ledelse og opplevd oppfølging</i>	<i>46</i>
4. LANGTIDSRESULTATER	51
4.1 I YRKESLIV ELLER IKKE?.....	52
4.1.1 <i>Er det forskjell mellom foretakene?.....</i>	<i>52</i>
4.1.2 <i>Er det andre forskjeller?.....</i>	<i>54</i>
4.2 DE SOM ER I YRKESLIVET	58
4.2.1 <i>Hvor jobber de og hva gjør de?.....</i>	<i>58</i>
4.3 DE SOM IKKE JOBBER, ELLER JOBBER MINDRE ENN 80%	60
4.4 ANDRE LANGTIDSRESULTATER	61

4.5	OPPSUMMERING.....	62
5.	DELTAKERES OPPSUMMERENDE EVALUERING	64
5.1	EN HELHETLIG EVALUERING.....	64
5.2	FREMMENDE OG HEMMENDE FAKTORER	76
5.3	OPPSUMMERING	79
6.	VEILEDNINGSPERIODEN.....	80
6.1	LIKE FØR VEILEDNING.....	80
6.2	OM OG UNDER VEILEDNINGENE	83
6.2.1	<i>Om veileder og veiledningen – evaluering.....</i>	<i>83</i>
6.2.2	<i>Hva bidro verktøyene og samtalene til?</i>	<i>87</i>
6.2.3	<i>Oppgaver underveis og egen innsats.....</i>	<i>89</i>
6.2.4	<i>Sluttrapport.....</i>	<i>90</i>
6.2.5	<i>Planlagte tiltak på kort og lang sikt.....</i>	<i>92</i>
6.3	LIKE ETTER VEILEDNINGSPERIODEN	93
6.3.1	<i>Perioden like etter?.....</i>	<i>93</i>
6.3.2	<i>Informasjon og tiltak.....</i>	<i>96</i>
6.3.3	<i>Egne endringstiltak og relasjoner</i>	<i>102</i>
6.4	OPPSUMMERING.....	103
7.	SITUASJON FØR DELTAKELSEN	105
7.1	TYPE FRAVÆR OG MEDISINSK DIAGNOSE.....	105
7.2	OPPLEVDE ÅRSAKER TIL FRAVÆR?	107
7.2.1	<i>Arbeid som opplevd årsak.....</i>	<i>107</i>
7.2.2	<i>Situasjonen like før sykefraværet startet.....</i>	<i>110</i>
7.3	OPPLEVELSE OG HOLDNINGER OM SYKEFRAVÆR.....	112
7.4	ENDRINGER	113
7.5	OPPSUMMERING.....	116
DEL III: AVRUNDING.....		118
8.	KONKLUSJON OG AVRUNDING	118
8.1	KORT OPPSUMMERING AV PROBLEMSTILINGENE	118
8.2	ANBEFALINGER.....	122
8.3	VIDERE ANALYSER OG FORSKNING	124
REFERANSER.....		125
VEDLEGG		131
1.HELSETRAPPA.....		131
2.FLYT-SONE.....		132
3.SOLLAN-HJULET		133

FIGURLISTE

Figur 1: Hovedverktøyene i konseptet (Sollan-modellen)	9
Figur 2: Rapportens inndeling og analysemodell.....	18
Figur 3: Gap-modell	21
Figur 4: Smal eller bred tilnærming i studie av pilotprosjektet	23
Figur 5: Leders kjønn.....	33
Figur 6: Respondentenes alder	34
Figur 7: Fordeling på utdanningsnivå	35
Figur 8: Yrkesfordeling.....	36
Figur 9: Arbeidssted under pilotprosjektet.....	38
Figur 10: Prosentvis fordeling av Hollands Interessetyper	41
Figur 11: Prosentvis fordeling av Jungtyper.....	43
Figur 12: Oppfatning om ledelse	50
Figur 13: Antall som er i yrkeslivet vs ikke	52
Figur 14: Sammenheng mellom alder og deltakelse i yrkeslivet	56
Figur 15: Sammenheng yrkesgruppe og om i yrkeslivet	57
Figur 16: Er arbeidssted endret eller som før?	58
Figur 17: Selvvurdering av helsesituasjonen Nå.....	61
Figur 18: Om pilotprosjektets var vellykket for deltager	66
Figur 19: Om pilotprosjektet ga betydningsfulle resultater	66
Figur 20: Tiltak ville blitt gjort uavhengig av pilotprosjektet	67
Figur 21: Sammenheng resultat og arbeidslivsguiden.....	68
Figur 22: Ledelsen/personalavdelingen oppfølging.....	68
Figur 23: Resultatets kvalitet sett opp mot egeninnsats	69
Figur 24: Resultatets kvalitet sett opp mot eget mot og energi til oppfølging.....	69
Figur 25: Om metodikken passet for deltager	70
Figur 26: Oppfølgingsmåten av sykemeldte bør videreføres.....	71
Figur 27: Tilnærmingen bør benyttes ovenfor andre som sliter selv om ikke syk	71
Figur 28: Jeg hadde gått inn i pilotprosjektet hadde jeg visst det jeg vet nå	72
Figur 29: Om problematiske etiske sier	73
Figur 30: Opplevd sluttrapport som dekkende og riktig.....	90
Figur 31: Lesing av sluttrapporten senere	91
Figur 32: Nyttan av den skriftlige sluttrapporten	91
Figur 33: Nyttan av veiledningene i etterkant	95
Figur 34: Intensjoner om grader av informering	97
Figur 35: Egevaluering av måten leder ble informert på	99
Figur 36: Selvbestemmelse om informasjonsløsning	100
Figur 37: Fraværstype	106
Figur 38: Arbeidet som årsak?	107
Figur 39: Antagelser om sammenheng nattarbeid og helse.....	108
Figur 40: Antagelser om jobbtidsskifte og helse.....	109
Figur 41: Helsetrappa: Langtidssyk vs langtidsfrisk	131
Figur 42: Flytzone.....	132
Figur 43: Sollan-hjulet 2008.....	133

TABELLISTE

Tabell 1: Gjennomsnittlig legemeldt sykefravær	2
Tabell 2: Oversikt over antall deltakere i pilotprosjektet per foretak	38
Tabell 3: Antall deltaker i prosjekt vs i survey fordelt på foretak	39
Tabell 4: Prosentandel for hver bokstavtype i prosjektet vs blant respondentene	42
Tabell 5: Prosentvis sammenligning av respondentkoder versus deltakerkoder	44
Tabell 6: Sivilstatus før og nå	45
Tabell 7: Omsorgsansvar utenfor jobb	45
Tabell 8: Lederskifte i perioden	46
Tabell 9: Tilgjengelighet til leder	47
Tabell 10: Kontakt med leder	48
Tabell 11: Leders tilrettelegging	49
Tabell 12: Krysstabulering og foretak	52
Tabell 13: Om yrkeslivet fordelt på foretak	54
Tabell 14: Alder, yrke eller alder sammenlignet med om i yrkeslivet	55
Tabell 15: Leder Før vs Nå?	59
Tabell 16: Andre aktiviteter enn arbeid	60
Tabell 17: Betydningen av bevissthet om friskfaktorer og energitappere	61
Tabell 18: En helhetlig evaluering av pilotprosjektet	65
Tabell 19: Betydning av utdanning og i yrkeslivet for evaluering	74
Tabell 20: Opplevelse av situasjonen ved forespørsel om deltakelse	81
Tabell 21: Evaluering av arbeidslivsguiden	84
Tabell 22: Viktigste egenskaper ved guiden (deltakerperspektiv)	86
Tabell 23: Resultater av verktøyene og veiledningene	88
Tabell 24: Planlagte jobbrelaterte tiltak på kort og lang sikt	92
Tabell 25: Tiden 0-3 måneder etter avsluttet veiledning	94
Tabell 26: Informasjon til leder etter veiledningene	98
Tabell 27: Leders tilnærming og oppfølging av forslag til tiltak	101
Tabell 28 : Egeninitierte endringstyper	102
Tabell 29: Ulike aktørers betydning i endringsprosessen	103
Tabell 30: Diagnoser	106
Tabell 31: Perioden før sykefraværet – noen kjennetegn	110
Tabell 32: Hvordan deltaker opplevde å være sykemeldt	112
Tabell 33: Holdninger og antagelser relatert til sykefraværet	113
Tabell 34: Hvordan opplevd endringer i arbeidslivet	114

SAMMENDRAG

Rapporten presenterer funn fra følgeforskning og evaluering av innovasjonen 'Arbeidsglede — jakten på friskfaktorer'. Pilotprosjektet ble gjennomført av og i Helse Nord, og var en HR-¹/HMS-²innovasjon rettet mot sykemeldte medarbeidere. Sykefravær er en utfordring for individ, ledere, virksomheter og samfunn, langt ut over de rene økonomiske faktorer. Pilotprosjektet prøvde ut en ny metode, arbeidslivsveiledning, som var innovativ og radikal i settingen sykemeldte. I stedet for ensidig fokus på symptomer, diagnose og medisin, flyttes fokuset til fraværsårsaker og ikke minst muligheter (ressurser, interesser og kompetanse) og tiltak relatert til personen som et helhetlig vesen (jobb og privat liv, psyke og soma, henger sammen). Pilotprosjektet ble gjennomført i alle foretakene i Helse Nord, og involverte landets tre nordligste fylker. I pilotprosjektet kjøpte Helse Nord tjenester fra konsulentfirmaet Sollan; et kurs i karriereveiledning og kartlegging fra NTNU; og kartleggingstjenester i Profråd-programmet fra Discover Test Service AS (basert på blant annet John Hollands karrieretest videreutviklet av Solberg, og på Jung8). Sollan var faglig ansvarlig, de har utviklet Sollan-programmet, en metodikk for å kartlegge og veilede blant annet om individuelle friskfaktorer. Egne arbeidslivsguider ble lært opp og praktiserte arbeidslivsveiledning som del av prosjektet. Arbeidslivsguidene ble veiledet av konsulentene fra Sollan gjennom hele prosjektet, med gradvis redusert intensitet. 142 medarbeidere (noen var ledere) deltok, disse var enten langtidssykemeldte eller personer med gjentakende sykefravær. Målet for pilotprosjektet var å få deltakere ut av sykefraværet og tilbake i arbeid eller annen aktivitet/avklaring.

Pilotprosjektet er følgeforsket fra start til slutt, samt med datainnsamlinger kort tid (3-6 måneder) etter og lang tid (1,5 år) etter. Underveis- og korttidserfaringer er studert fra ulike aktørers perspektiv, ved hjelp av en prosessuell tilnærming og i hovedsak med kvalitative metoder. De er ikke fokus for denne rapporten, men noen foreløpige funn er inkludert som bakgrunnsinformasjon som ble benyttet ved utvikling av surveyen.

Denne rapporten presenterer resultater fra en survey sendt til deltakerne ca 1 ½ år etter deltakelsen. Studien og surveyen er godkjent av REK-Nord (regional etisk komité). Formålet med surveyen var tredelt. Et første formål var å kartlegge langtidsresultater, dvs. om deltakerne var i jobb (og hvor) eller ikke (og hva de da gjorde). Et annet formål var å få del i deres erfaringer og evaluering av

¹ Human Resource

² Helse, Miljø og Sikkerhet

pilotprosjektet i et langtidsperspektiv. Et tredje formål var å få mer innsikt i den situasjonen de var i på jobb før sykefraværet og deltakelsen i pilotprosjektet startet. Surveyen ble sendt til alle de 142 deltakerne (hele populasjonen). Etter første purrerunde var svarprosenten for lav, en antatt årsak var at surveyen var for lang. Til andre purrerunde ble det derfor laget en kortversjon som kun ivaretok formål 1. Totalt svarte 85 deltakere på alle eller deler av spørsmålene i lang eller kort versjon av surveyen. Spørsmålene som var inkludert i både kort og lang versjon har god svarprosent (ca 60%). Bortfallsanalyser viser ingen store skjevheter, men Helse Finnmark, Helgelandssykehuset og særlig UNN har litt høyere svarprosent enn forventet og Nordlandssykehuset litt lavere svarprosent enn forventet. Spørsmål som kun er inkludert i langversjon har for lav svarprosent til at funn kan generaliseres til hele populasjonen (alle deltakere i pilotprosjektet). Til tross for dette, så kan funnene bidra til økt forståelse om pilotprosjektet som tiltak ovenfor sykemeldte, og de kan gi innspill til praktiske implikasjoner og videreforskning. Oppsummeringen av hovedfunn nedenfor setter fokus på langtidsresultater og på deltakernes erfaringer og evaluering av pilotprosjektet.

Langtidsresultater (formål 1): *Kom deltakerne tilbake i jobb? Hvis ja, jobber de på samme sted, eller annet sted i samme foretak eller utenfor foretaket? Hvis nei, hva gjør de så?* Av 142 deltakere i pilotprosjektet har 84 svart på spørsmålet om hva de gjør nå (ca 1,5 år etter deltakelsen). Svarene viser at 69% (58 personer) er aktive i yrkeslivet, 31% (26 personer) er ikke yrkesaktive. Tallene viser at UNN (inkludert sykehusapoteket) har en litt høyere andel enn forventet som har gått ut av yrkeslivet, i tillegg har administrativt ansatte med lav utdanning, sykepleiere og ledere en litt høyere drop out enn forventet, tendensene er imidlertid ikke statistisk signifikant. Studien viser at et klart flertall (65,9%) av de som er i yrkeslivet ikke har skiftet arbeidssted (dvs enhet i foretaket), tendensen forsterkes ytterligere ved at 19,6% jobber i annen enhet i samme foretak. Oppsummert så jobber ca 86% i samme foretak. Pilotprosjektet hadde tre hovedformål rangert med følgende rekkefølge; å få deltaker tilbake til jobb 1) i samme enhet, 2) i annen enhet i samme foretak, eller 3) å få en annen avklaring. Flertallet av de som fortsatt er i yrkeslivet er det i tråd med formål 1. Det er imidlertid ikke mulig å konkludere med at det helt eller delvis er pilotprosjektet som er årsaken til nåtilstanden. En så isolert og linjær årsak-virkningssammenheng er neppe mulig ved sosiale intervensjoner som foregår i menneskers komplekse hverdagsliv.

De som ikke er i jobb, eller som jobber mindre enn 80% stilling (deltidsstillinger er vanlig i denne sektoren så her har også deltidsansatte svart) er oftest involvert i følgende aktiviteter (rangert etter hyppighet): NAV-tiltak (rehabilitering eller attføring), uføretrygd, studier og hjemmeomsorg. Selv om 31% av respondentene

ikke er i yrkeslivet, så har de fått en avklaring på sin situasjon (jf pilotprosjektets hovedformål nr 3), noe som antas positivt både for foretaket og medarbeider.

Andre langtidsresultater er kartlagt kun hos respondenter (36 personer) som svarte på langversjon av surveyen, her er antall respondenter for lavt til at funn kan generaliseres til alle deltakerne i pilotprosjektet. En oppsummering av andre langtidsresultater viser at: A) I selv vurdering av egen helse ut fra svaralternativene 'svært dårlig' (1) til 'svært god' (5), opplever 45,5% at den er 'god' eller 'svært god'; 39,4% oppgir 'nokså god'. B) Av de som er i yrkeslivet, har 74,4% ikke hatt langtidssykefravær siste halve år. Begge disse funnene (A og B) viser at flertallet av respondentene i hovedsak har oppnådd en varig bedring av helsetilstanden (merk at det heller ikke her er mulig å vite hva årsakene til denne forbedringen er, og i hvilken grad pilotprosjektet har medvirket til dette). Det er dog 28,6% av de yrkesaktive som har hatt slikt langtidssykefravær, her kan det være relevant med ny oppfølging med metodikken. C) Ved spørsmål om bevissthet om friskfaktorer og energitappere, viser svarene at respondentene mener slik bevissthet har størst betydning i forhold til hvordan de opplever meningsfull jobb/studier, livskvalitet, arbeids-/studieglede og motivasjon/trivsel på jobb/studier.

Deltakernes erfaringer og evaluering av pilotprosjektet (formål 2): *Hvordan evalueres pilotprosjektet når de ser tilbake? Hva var bra og mindre bra? Andre viktige erfaringer fra veiledningsperioden og like etter?* Respondentene ble spurt både om å evaluere deler av pilotprosjektet og om å gi helhetsvurderinger (antall respondenter er for lavt til at det kan generaliseres til hele populasjonen). Hovedinntrykket er at pilotprosjektet som helhet er blitt opplevd vellykket for et klart flertall av respondentene: 63,5% mener at pilotprosjektet i stor eller svært stor grad var vellykket for egen del. 66,7% var i stor eller svært stor grad enig i at de ville gått inn i pilotprosjektet om de viste det de vet nå. 62,6% mener denne metoden å følge opp sykemeldte i stor eller svært stor grad bør videreføres. 71% mener metoden i stor eller svært stor grad bør brukes også ovenfor andre som sliter. 46% mener at pilotprosjektet for deltakerens del i stor eller svært stor grad hadde blitt mer vellykket om ledelsen/personalavdeling hadde fulgt opp bedre i etterkant, men her er det en stor andel (37,5%) som i svært liten grad mener dette. Kun 28,2% er i stor eller svært stor grad enig i at pilotprosjektet ikke ga noen betydningsfulle resultater, og kun 31% var i stor eller svært stor grad enig i at tiltakene ville blitt gjort uansett. Det fremkommer få indikasjoner på etiske problemer med metodikken.

I åpne kommentarfelder utdyper respondentene hemmende og fremmende faktorer i og rundt pilotprosjektet, samt andre erfaringer og forslag til forbedringer. Viktigste fremmende faktorer var: å få hjelp til å se løsninger; god

veileder; bli støttet og motivert; å bli tatt på alvor; å bli sett og hørt; greie objektive tester; og godt samarbeid med leder/god ledelse. Viktigste hemmende faktorer var: lav innsats fra leder/dårlig ledelse; manglende/lite oppfølging etter prosjektet; oppfølging fra NAV; sykdom hos deltaker; deltakers energi og innsats; og deltakers sårbarhet og vansker med å utlevere seg/slippe andre inn.

De viktigste funn mht evaluering av, og erfaringer med, enkeltdeler av pilotprosjektet er:

- Flertallet av respondentene opplevde i forkant av pilotprosjektet å være godt nok informert; å være innenfor målgruppen; at leder var positiv; og at de selv ønsket å delta. Alle disse forhold er viktige for å redusere hemmende faktorer under veiledningen, samt ved implementering av planlagte tiltak. Det var relativt liten skepsis til formål og metoden, men ved å sammenholde med svar på andre spørsmål, ser en at det er noen som har følt seg tvunget til å delta i pilotprosjektet, og det er ikke et ideelt/ønskelig utgangspunkt.
- Respondentene fikk spørsmål om hvordan de opplevde sin arbeidslivsveileder og hva de anså som viktigste egenskaper. De ble bedt om å evaluere veileder ut fra 22 påstander, evalueringene er gjennomgående positive. Påstandene som fikk høyest skår er: 'en å stole på, ivaretok konfidensialitet'; 'en som virkelig lyttet til meg og så meg'; 'en som virkelig ville mitt beste og respekterte meg'; 'god kjemi mellom oss'; og 'tillitsvekkende fra første stund'. Ved spørsmål om hva respondenten anså som viktigste egenskaper ved arbeidslivsveilederen ble følgende oftest ansett som aller viktigst: 'tillitsvekkende fra første stund' og 'en som virkelig lyttet til meg og så meg'.
- Respondentene fikk spørsmål om hva veiledningene bidro til, og ble bedt om å vurdere 16 påstander. 'Sortering i fht jobbsituasjon' er den av påstandene som flest er mest enige i. Andre viktige resultater er: 'økt innsikt om muligheter/løsning'; 'økt evne/vilje til handling'; 'økt evne/vilje til å se realistiske muligheter' og 'økt innsikt om mine friskfaktorer og energitappere'. Overraskende få mener at veiledningene bidro i stor eller svært stor grad til at 'leder ble mer lydhør ovenfor meg'; 'at jeg og min leder fikk bedre dialog' og 'at min leder fikk ny innsikt om meg/min situasjon'.
- Fraværet av økt innsikt hos leder og forbedret dialog med leder kan delvis forklares med at informasjon og kommunikasjon om planlagte tiltak etter veiledningsperioden ikke har fungert tilfredsstillende for flere av respondentene. Intensjonene kan ha vært gode, men informasjon er ikke gitt i en del tilfeller. Trekantsamtaler (deltaker, veileder og leder) var sjelden planlagt som informasjonsform, men ble brukt noe oftere, og oppgis oftest som den tilnærmingen respondentene ville ha valgt dersom de skulle valgt på nytt. Et klart flertall av respondentene mener imidlertid at det er viktig at

deltaker kan avgjøre hvor mye og hvordan det skal informeres til leder etter veiledningsperioden.

- Respondentene mener at egeninitierte endringer er avhengig av deltaker selv og/eller av samarbeid med andre.
- Andre aktører som oppleves å ha stor betydning for å gjennomføre endringen ut av sykefraværet (rangert ut fra størst betydning blant de fem viktigste) er: familie; kolleger i arbeidsgruppen; lege eller terapeut; venner/bekjente; og arbeidslivsguiden. Betydningen av ulike andre aktører (dvs en enda bredere multi-relasjonell tilnærming) som den sykemeldte samhandler med bør studeres nærmere.

Andre funn (formål 3): Nedenfor sammenfattes noen av de antatt viktigste funn om arbeidstakers situasjon før sykefraværet og deltakelse i prosjektet (merk: kun besvart i langversjon av survey som har for få respondenter til å være generaliserbar til hele populasjonen):

- Flertallet (72,2%) av respondentene hadde en fraværshistorie med langtidssykefravær. 75,1% opplevde at det i stor eller svært stor grad var riktig å være sykemeldt. Dette tross så opplevde 71% i stor eller svært stor grad at det ga dem dårlig samvittighet å være sykemeldt, og 61% opplevde at det i stor eller svært stor grad var energitappende.
- Vanligste diagnosegrupper blant respondentene var 'muskel og skjelettplager' og 'psykiske plager', dvs i tråd med de to vanligste diagnoser ved legemeldt sykefravær i Norge. Disse diagnoser kan ha en sammenheng, og begge kan ha årsaker i jobb- og/eller privatlivet. Sykemeldte med en/begge disse to diagnosene antas derfor spesielt å være i målgruppen for arbeidsveiledning.
- Flertallet av respondentene opplever at sykefraværsårsak kan relateres til arbeid, og både nattarbeid og jobbtidsskifte oppgis i stor eller svært stor grad å påvirke helsen negativt hos dem som har slikt arbeid (merk: her er antall respondenter svært lavt).
- Studien viser at flertallet av respondentene beskriver seg selv i perioden like før sykefraværet som kjennetegnet av: 'å ta vare på andre (høy service faktor) hadde stått sterkt i mitt liv'; 'flink pike/gutt forventinger (fra andre/selv) hadde stått sterkt i livet mitt', 'jeg hadde alltid vært bedre til å ta vare på andre enn meg selv' og 'jeg hadde ofte gått på jobb selv om jeg var syk'. Tendensen til ansvarsfullhet i form av omsorg for andre overlapper med Hollands interesseltype 'sosial omsorgstype' som svært mange av deltakerne i prosjektet og respondentene er beskrevet som.
- Flertallet hadde høye forventninger både til seg selv og til sin nærmeste leder om tiltak i sykefraværsperioden før det ble aktuelt at respondenten skulle delta i pilotprosjektet.

- Litt over halvparten av respondentene har opplevd organisatoriske endringer/omstillinger på nært hold. Ved spørsmål om hvordan respondentene har erfart endringer er hovedtendensen at flertallet (59,4%) opplever endringer som psykisk belastende og energitappende i stor eller svært stor grad, det er et mindretall som opplever dem som positive muligheter. Det er ikke gjort krysstabeller av disse variablene opp mot kartleggingsresultater i interesseprofil og fra Jung8, men vi vet at en stor andel av respondentene er karakterisert som den sosiale omsorgstypen. Det er en av interesseprofilene som antas å være mer følsom for konflikter (konflikter kan lett oppstå i endringer).

Forslag til forbedringer av arbeidslivsveiledning som tilnærming (konsept): Flere av funnene fra evalueringen av pilotprosjektet som helhet, samt opplevelser av veiledningsperioden og like etter, gir grunnlag for forslag til forbedringer av konseptet som et tiltak ovenfor sykemeldte. Viktigst er å forbedre informasjon, kommunikasjon og forankring i forhold til deltakers nærmeste leder. Deltaker bør fortsatt få avgjøre hvor mye det skal informeres fra veiledningene, men det anbefales at deltaker ikke alene får avgjøre når og hvordan informasjonen skal skje. Trekantsamtale (veileder, deltaker og leder, eventuelt kombinert med flere aktører) anbefales som hovedregel. Det foreslås også å utvikle mer og bedre oppfølgings tiltak av deltakere etter veiledningsperioden, for eksempel tilby en oppfølgingsveiledning ca tre måneder etter, samt å følge med på om det trengs ytterligere veiledningsoppfølging dersom medarbeider fortsatt sliter.

Empati er viktig underveis, men ikke nok, både veileder og leder bør mestre realitetsorientering av deltaker samt bidra med konkrete handlingstiltak. Det kan være en stor utfordring for ledere å skulle gjøre tilrettelegginger i eksisterende jobber, eller å finne alternative jobber innad i foretaket. Dette bør ikke overlates til leder alene i en travel hverdag. Her bør det gjøres grep som hjelper lederne og veileder til å finne gjennomførbare tiltak, det vil i neste omgang hjelpe den sykemeldte. Et eksempel på grep kan være å opprette en database over stillinger som kan brukes til midlertidig utprøving eller omplassering. Et annet grep er å jobbe med lederutvikling knyttet til helsefremmende ledelse samtidig som helsefremmende arbeidsveiledning gjennomføres.

DEL I: INTRODUKSJON

1. INNLEDNING

Dette kapittel introduserer bakgrunn og setting for pilotprosjektet. Det gir en kort beskrivelse av selve pilotprosjektet og av forskningsprosjektet som helhet, i tillegg avgrensens fokus og problemstilling for denne rapporten.

1.1 SYKEFRAVÆR UTFORDRER

Norge ligger på Europatoppen i sykefravær, en rangering som skaper debatt (eks år 2000 i Nilsen & Kornberg (2002)). Høsten 2009 var sykefravær ett av de mest omfattende samfunnsdebatter i norske medier. Har Norge et ekstra høyt fravær? Hvor er fraværet høyest? Hvorfor er det høyt? Hva bør og kan gjøres for å få det redusert? En årsak til det høye fraværet antas å være den høye yrkesaktiviteten, i følge SSB er ca 70 prosent av alle nordmenn yrkesaktive. En annen årsak som igjen ble lansert i media debatten høsten 2009 er dårlig arbeidsmoral som påvirker motivasjonen (se eks Brochs-Haukedal i Kaspersen (2009)). Ulike forslag til tiltak er lansert. Et forslag basert på den andre antagelsen er innføring av karensdager. Eksempler på tiltak uavhengig av fraværsårsak er prosjektet 'Raskere tilbake', samt IA-avtalen med blant annet sterkere krav til dialog og oppfølging av den sykemeldte.

Sykefravær er kostnadskrevene for individ, organisasjon og samfunn. Langtidssykefravær øker risikoen for å ikke komme tilbake til arbeidslivet (Olsen, 2007). Det er også ikke-økonomiske konsekvenser av fravær for hvert enkelt individ, slik som mangel på sosialt nettverk, identitet, læring, mening og livskvalitet.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet skriver i en pressemelding (05.10.2007) at behovet for arbeidskraft er stort i mange bransjer samtidig som en stor andel av befolkningen er på trygd. Det er likevel lite som tyder på at befolkningens helsetilstand er blitt noe dårligere. Årsaken til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet må derfor søkes blant flere faktorer enn i diagnoser og sykdom alene. Velferdsmeldingen (Stortingsmelding, 2006-2007) viser til at 65 prosent av nye uførepensjonister faller ut av arbeidslivet på grunn av muskel og skjelettplager eller psykiske lidelser. Det er disse pasientene med diffuse diagnoser som mange leger føler de har begrensede virkemidler til å hjelpe. Mange i denne gruppen synes å slite med å finne balansen mellom arbeid, familie og fritid, og mange

eksistensielle uoverensstemmelser kan ligge bak fysisk og psykisk sykdom. Områder som "meningen med livet", personlige livsverdier, riktig bruk av egne ressurser, følelse av mestring, mening, verdi og motivasjon i forhold til jobben, balanse mellom jobb og fritid, samt livskvalitet er problemstillinger som bør tas på alvor i arbeidet med å fremme nærvær og redusere sykefraværet i arbeidslivet. Arbeids- og inkluderingsdepartementet ønsket å styrke forsøk og forskning om årsaker til sykefravær og tiltak for å redusere sykefravær og å øke deltakelsen i arbeidslivet (Henriksen, 2007). Dette ønsket var en av flere motiverende faktorer for pilotprosjektet i Helse Nord.

Tradisjonelt har sykefraværet vært høyest hos kvinner, og i bransjer hvor kvinneandelen er høy. Helsesektoren er en belastet bransje i så måte. I følge NAVs sykefraværsstatistikk (basert på legemeldt fravær) for 3. kvartal i 2008-2010 er helse- og sosialtjenester den sektoren som har høyest gjennomsnittlig fravær (NAV, <http://www.nav.no/261587.cms>):

Tabell 1: Gjennomsnittlig legemeldt sykefravær

Sektor	Kjønn	2008	2009	2010
Alle	Alle	6,2	6,9	6,1
	Menn	5,0	5,6	4,9
	Kvinner	7,7	8,4	7,7
Helse og sosial tjenester	Alle	8,2	9,0	8,1
	Menn	5,6	6,2	5,4
	Kvinner	8,8	9,6	8,7

Sammenligner vi menn og kvinner uavhengig av bransje, har kvinner høyere fravær enn menn. Sammenligner vi sektorer, har kvinner i helse og sosial sektoren høyere fravær enn gjennomsnittet, de topper statistikken for 2008 og 2010, og er nest høyest (like bak forretningsmessig tjenesteyting) i år 2010. Menn i denne sektoren har derimot betydelig lavere fravær enn kvinner i denne sektoren.



Sammenligner vi sektorer med utgangspunkt i menn, så har flere andre sektorer høyere fravær enn helse og sosial, høyest er sektoren transport og lagring. Hva kan kjønnsforskjellen i fravær innad i sektoren skyldes? En av hovedårsak er trolig at menn oftere er i yrker med høyere utdanning og andre

arbeidsmiljø forhold enn kvinner. En annen hovedårsak kan være tradisjonelle kjønnsroller³ i en travel moderne hverdag.

Hva kan det høye sykefraværet i sektoren helse og sosial tjenester skyldes? En faktor antas å være den høye kvinneandel (jf at kvinner har oftere høyere fravær, se Tabell 1). En annen faktor er at sektoren har mange yrker som ofte beskrives med høyt fysisk og psykisk press (eks mye løft, mange pasienter som trenger omsorg, kanskje uten tilstrekkelige ressurser). En tredje faktor som har fått økt fokus de senere år er oppfattelsen av at omstillinger øker, ofte kombinert med økte krav til kvalitet og effektivitet, med økt press, usikkerhet og endring som resultat. Et eksempel på dette vises i sitatet der Arbeidsforskningsinstituttet beskriver sykehushverdagen som preget av økt omstilling og arbeidsmiljøpress:

”Tøffere arbeidsmiljø i sykehusene: Intensiteten i arbeidet på sykehusene har økt som følge av den omfattende omstillingen helsevesenet har gjennomgått de siste to årene.

Økt intensitet skyldes at det stilles høyere krav til utførelsen av arbeidsoppgavene samtidig som tidspress og krav til økonomiske resultater har økt og bemanningen er blitt lavere...Arbeidshelsa er også dårligere og sykefraværet høyere enn i arbeidslivet for øvrig” (Grimsmo & Sørensen, 2004a))

En survey gjort av AFI (2004) viser at et flertall av sykehusansatte har interessante oppgaver som de *mestrer* godt og har gode muligheter til å *lære* noe nytt. De opplever *støttende ledelse* og hele 96 prosent av de ansatte er enige eller delvis enige i at det er et godt samarbeid mellom dem som jobber sammen til daglig. 80 prosent er enige eller delvis enige i at om et skippertak er nødvendig, stiller alle i avdelingen opp. Samme undersøkelse (Grimsmo & Sørensen, 2004b) viser imidlertid at hver fjerde sykehusansatt har arbeidsrelaterte helseplager: 25 prosent av sykehusenes pleie- og behandlingspersonale har helseplager som helt eller delvis skyldes arbeidssituasjonen, smerter i nakke og skuldre er den viktigste helseplagen.

For høyt arbeidspress (dvs oppgaver og ressurser står ikke i rimelig samsvar) og høy omstillingstakt var viktige utfordringer som ble fokusert på gjennom God Vakt prosjektet:

”Omstilling. Jeg tror det over lengre tid har bredt seg en omstillingstretthet blant de ansatte. Dette viser seg også i form av utbrenthet, stress og høyt sykefravær. Mye av omstillingene som settes i gang skjer i form av enkeltprosjekter. I slike midlertidige prosjekter blir

³ Roller i privatlivet, for eksempel i form av ’mammaisme’, mor som hovedomsorgsperson (Holte, 2007)

ofte HMS-arbeidet en salderingspost. Et viktig mål med kampanjen er derfor å blåse liv i HMS-arbeidet, understreker prosjektlederen” (Kjerstad, 2008)

I følge Vike (2004) er høyt arbeidspress i førstelinjetjeneste et gjennomgående problem i offentlig sektor, og opphavet knyttes gjerne til New Public Management prinsipper (Johansen, 2007). Avdekking av slike arbeidsmiljøutfordringer medførte pålegg også for helseforetak i Helse Nord-regionen. Høy omstillingstakt kan oppleves av noen som økt usikkerhet og press; av andre som spennende muligheter. Samtidig vet vi at selv den største endringsildsjel kan bli sliten av gjentagende endringer (også kalt BOHICA⁴) og uforutsigbarhet dersom de kommer så hyppige at man ikke får hentet seg inn, eller mister mål og mening (se eks Bauman, 2001).

En kan hevde at omsorg for seg selv, samt det å erfare at kolleger har omsorg for en, er viktige faktorer for mestring, trivsel og funksjonalitet i arbeidshverdagen. I tillegg har ledere et betydelig ansvar for medarbeideres helse, trivsel og funksjonalitet. Studier indikerer at omsorg for brukere/kunder, omsorg for seg selv, og opplevelsen av omsorg fra kolleger og ikke minst leder, til en viss grad samvarierer (relasjonell) og er dynamisk ved at de i det lange løp avhenger av kontinuerlige forhandlinger og praksis i hverdagen (Eide, 2007). Dette kan sees som del av med-menneskets ansvar og den etiske utfordring som vi alle møter i arbeids- hverdagen (se eks Heidegger, 1927/196; Levinas, 1993; Løgstrup, 2008). I tillegg kommer det særlige ansvar som følger av arbeidsgiver og lederrollen.

1.2 BAKGRUNN FOR HELSE NORDS PILOTPROSJEKTET

Helse Nord er Nord-Norges største arbeidsplass og møter daglige utfordringer forbundet med høyt sykefravær, de ønsket derfor selv å igangsette forsøksprosjekt rettet mot langtidssykefravær. Pilotprosjektet var ett innovasjonsprosjekt som Helse Nord selv startet og gjennomførte for å prøve ut en metode og verktøypakke med mål å redusere fravær. Min rolle har primært vært å forske på pilotprosjektet, delvis sammen med og for Helse Nord. Helse Nord og Høgskolen i Bodø (nå UiN) inngikk en samarbeidsavtale om følgeforskning og evaluering av pilotprosjektet. Denne rapport omhandler primært funn fra en survey til primærdeltakerne – de sykemeldte medarbeiderne – i pilotprosjektet, besvart ca 1 ½ år etter at de deltok i prosjektet.

⁴ Bend Over Hear It Comes Again

Sykefravær har vært en utfordring også i Helse Nord over tid. I 1. kvartal 2006 var fraværet for foretaksgruppen på 9,8%, til tross for at ulike forebyggende og reparerende tiltak hadde vært satt inn (Åsvang, 2009). På det tidspunkt hadde Helse Finnmark høyest fravær (11,2 %) og Nordlandssykehuset lavest (9,1 %).

Flere ting bidro til at pilotprosjektet fikk den metodiske tilnærming som det fikk. En faktor som synes viktig var forskning som tilsa at 10 % av de sykemeldte utgjør 82 % av fraværet (Tveito m.fl. 2002). En antok at det var en tilsvarende fordeling også i Helse Nord. I ettertid har de sett nærmere på sammenhengen. I et notat fra direktør Åshild J. Nordnes (av 5. september 2010) hevder hun at i juni 2010 stod ca 16,8% av medarbeiderne for 80% av sykefraværet. Selv om det er en litt større andel personer er det en klar parallell til argumentet til Tveito. Dersom man klarer å lokalisere hvem disse medarbeiderne er, så kan en gjøre individuelle tiltak ovenfor dem som det kan ha størst effekt på: "Dette betyr at hvis vi retter de individuelle tiltakene inn mot 16-17% av våre medarbeidere, kan det ha stor effekt på det 80% sykefravær som denne gruppen representerer" (ibid, s. 1). Tiltak mot sykefravær kan være av ulik art på individ, gruppe, organisasjon og andre nivåer, men vi ser her et vesentlig argument for å sette inn individuelle tiltak. Pilotprosjektet er et slikt individuelt tiltak, som settes inn etter at sykefraværet har tydeliggjort seg enten som langvarig eller gjentakende. IA-tilnærmingen med tettere oppfølging av den sykemeldte er også i hovedsak et individuelt tiltak som utøves av flere aktører. Pilotprosjektet utøves primært av arbeidslivsguidene i samhandling med hver enkelt av de sykemeldte som ble innmeldt som deltakere, med mer eller mindre grad av involvering av deltakers leder og eventuelt HMS-medarbeidere i den perioden den sykemeldte deltok i pilotprosjektet.

Et annet viktig argument for den valgte metodiske tilnærmingen var ønsket om å prøve ut et tiltak som ikke kun søkte å behandle symptomer med tradisjonelle medisinske tilnærminger, man ønsket å være mer innovativ og holistisk. Tradisjonelt har fokus vært rettet mot sykdom og virkemidler for å forebygge dette i sykefraværarbeidet (Allebeck and Mastekaasa, 2004; Ose, 2010). Et alternativ er å flytte blikket fra hva som forårsaker sykdom (patogenese) og heller se på hva som bidrar til god helse (salutogenese) (Antonovski, 1987; Abrahamson, 2003; Johnsson, m.fl., 2006). Det kan være vanskelig å se det friske på arbeidsplassen. Ofte snakker man om ledelsens svakheter, ubalanse mellom krav og ressurser og brist på framtidstroen. Her ligger mye av uhelsen. Den enkelte trenger av og til å endre (skape brudd i) sitt eget syn på organisasjonen, seg selv, andre og sine forventninger og krav. Ved å bytte perspektiv og rette fokus mot det friske på arbeidsplassen og privatlivet – og gjøre mer av det som fungerer, antas det at positiv energi og helse kan skapes. Sollan-modellen jobber ut fra en slik grunntanke. Den bevisstgjør hver enkelt på egne friskfaktorer og hva som må til

for å styrke disse. Denne modellen fikk noen sentrale medarbeidere på Helse Nord kjennskap til høsten 2006, og ideen til pilotprosjektet ble skapt. De spurte: *Kan friskfaktortenkning har en positiv helseeffekt og være til hjelp i sykefraværarbeidet?* Dette var en ny innovativ tilnærmingen til sykdom og sykefravær. I en tradisjonell tilnærming skal vi helst holde oss inne, under dyna og synes synd på oss selv. Legene ber oss om "å ta det med ro". Sollan påstår at ved å kjenne på "vontene" våre hele tiden og holde oss unna "ting som er hyggelig og som gir oss overskudd" forlenger vi sykdomsprosessen.

Det valgte konseptet (metodiske tilnærming og verktøy) ved sykdom var ambisiøst og innovativt på flere plan, ikke minst for den syke, leder og organisasjonens HMS praksis.

1.3 PILOTPROSJEKT ARBEIDSGLEDE

Formålet med dette delkapitlet er å gi lesere som ikke kjenner pilotprosjektet en kort introduksjon om konseptet og organiseringen, som en bakgrunnskunnskap for den videre lesning. En grundigere beskrivelse finnes i Åsvang (2009).

Det *primære målet* for Helse Nord med pilotprosjektet var å prøve individuell arbeidslivsveiledning (Sollan-modellen) som et virkemiddel for å redusere langtidssykefravær. Sentrale *delmål* var: a) Ansvarliggjøre medarbeider/sykemeldte i forhold til egen arbeidsevne og helse; b) Øke medarbeider/sykemeldtes robusthet og evne til å takle et krevende arbeidsliv og arbeidsmarked gjennom fokus på (bevisstgjøring om) friskfaktorer, energilekkasjer, mening, motivasjon og mestring; c) Styrke forståelse og aksept for det eksistensielle aspektet ved helse; og d) få flest mulig deltakere tilbake til arbeid. Fokuset var på det hele mennesket, uavhengig av om friskfaktorer og energilekkasjer oppstod eller gjorde seg gjeldende på jobb eller i fritiden (Åsvang, 2009).

Helse Nord RHF ønsket å legge bedre til rette for de langtidssykemeldte (>56 dager), der den ordinære sykefraværsoppfølgingen ikke hadde bidratt til helse og jobbnærvær. Kort tid etter at pilotprosjektet var satt i gang endret man målgruppen til også å inkludere personer med gjentakende sykefravær. Inkludert i målgruppen var ikke personer med alvorlige sykdommer som kreft, heller ikke gravide ble tatt med.

Pilotprosjektet startet med en forberedende fase mars 2007 og den praktiske gjennomføringsfasen pågikk til juli 2008. Prosjektet skulle prøves ut i hele Helse

Nord regionen, dvs at de sykemeldte kunne komme fra alle de fire sykehusforetakene, samt foretaket sykehusapoteket Nord, Helse Nord IKT, og Helse Nord RHF. Dette involverer enheter i tre fylker, samt fra Svalbard. Nordland fylke har for eksempel to sykehusforetak, Helgelandsykehuset som har tre sykehus, og Nordlandssykehuset med tre sykehus og andre enheter. I tillegg kommer sykehuset i Narvik som ligger under sykehusforetaket UNN. I 2008 jobbet det ca 13.590 ansatte i Helse Nord, 9924 var kvinner og 3666 var menn. Dette er en geografisk og organisatorisk stor og kompleks kontekst for utprøving av en innovasjon, dvs et ytterligere punkt som indikerer at Helse Nord valgte en ambisiøs tilnærming for pilotprosjektet.

Totalt sykefravær for hele Helse Nord regionen i perioden januar-august var 8,95% i 2006, 9,4% i 2008, og 8,2% i 2010. Sykefravær for kvinner var 10,8% i 2008 og 9,3% i 2010, for menn 5,4% versus 5,3% i disse periodene. Nedgangen fra 2008 til 2010 er med andre ord primært blant kvinnene.

Hva gikk pilotprosjektet ut på?

Pilotprosjektet skulle være en utvidet oppfølging av den sykemeldte, dvs et tillegg til, og ikke erstatning for, den ordinære IA-oppfølgingen. Da alt annet hadde vært forsøkt og feilet, var dette ofte en siste sløyfe til støtte for leder og medarbeider. Når prosjektdeltakelsen var sluttført, skulle leder fortsette den ordinære sykefraværsoppfølgingen. Leder skulle ikke overlate sitt ansvar for sykefraværsoppfølging, men få hjelp til prosesser og utvikling av en handlingsplan som leder og medarbeider så skulle jobbe videre med etter på. Her ligger kanskje en første svakhet, når prosjektet sees som en ekstra sløyfe i oppfølgingen, og ting skal fortsette som normalt etter. Ble pilotprosjektet godt nok integrert i organisasjonens arbeidshverdag?

Prosjekteier var organisasjonsdirektør Åshild J. Nordnes og prosjektleder var Grete B. Åsvang ved Helse Nord RHF. Konsulentfirmaet Sollan (lokalisert i Asker) ved konsulentene Grethe L. Nyborg og Karen Lisbet Brevig, ble leid inn som faglig ansvarlig for kvaliteten. Det innebar at firmaet var hovedsansvarlig for å utforme og kvalitetssikre prosjektet gjennom å utforme konseptet (tilnærming, valg av verktøy), gjennomføre de første veiledningene med syke medarbeidere, utføre deler av opplæringen av Helse Nord's arbeidslivsguider, samt ikke minst veilede guidene. De utvalgte kommende arbeidslivsguidene hadde alle erfaringer fra HMS arbeid og/eller ulike former for veiledning/coaching. Ti personer gjennomgikk hele opplæringen, og ni praktiserte guiding av deltakere (jf bildet nedenfor av guider, inkludert prosjekteier, prosjektleder og konsulentene). Etter opplæringsdelene måtte de kommende guidene gjennom en periode med praktisering av veiledning på friske forsøkskandidater. Sollan veiledet guidene

gjennom hele perioden, dvs fra guidenes veiledning av forsøkskandidater til siste ordinære kandidat, men omfanget ble gradvis redusert etter hvert som de ble erfarne⁵.



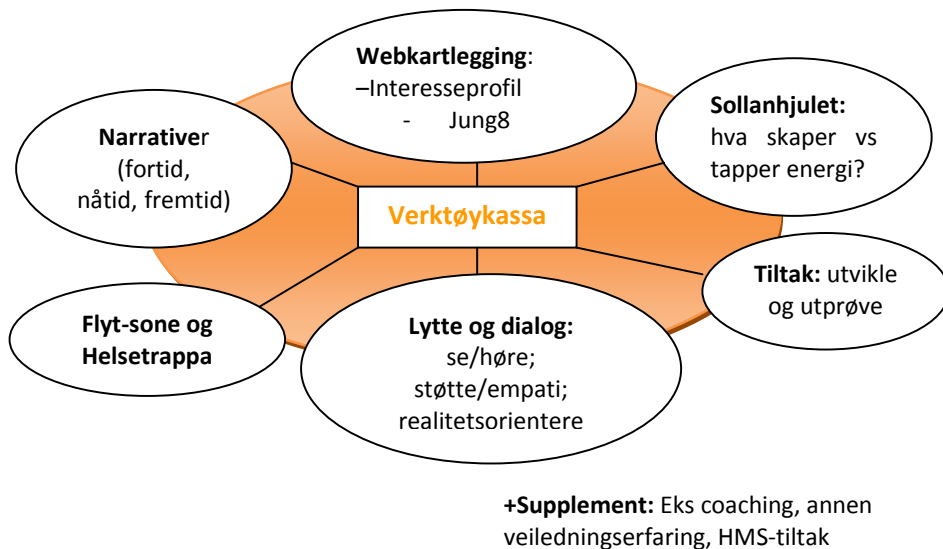
Konsulentene deltok i tillegg i informasjonsmøter ovenfor ledere, tillitsvalgte og andre rundt om i foretakene. Det ble dannet en prosjektgruppe som bestod av arbeidslivsguidene og prosjektleder, forsker deltok gjennom observasjon. Sollan-konsulentene og prosjekteier deltok i noen møter. Prosjektgruppen hadde hyppige møter særlig første halvår, for å konkretisere ideer, dele erfaringer og justere tilnærmingen etter hvert som man høstet erfaringer, dvs det var stor grad av involvering av den enkelte guide og fokus på individuell og kollektiv læring. Prosjektgruppemøtene ble gjennomført enten ansikt-til-ansikt, via videokonferanse eller telefonkonferanser, og kan sees som en læringsplattform (jf 'managed network of practice', se eks Swan m.fl., 2002; Newell m.fl., 2009).

I tillegg til Sollan var to andre aktører involvert i pilotprosjektet. NTNU gjennom et kurs (formell opplæring med studiepoeng) i veiledning og sertifisert bruk av

⁵ Her ser vi en læringsmodell for guidene basert på uformell læring med mester-lærling relasjon, erfaringslæring og legitim perifer deltakelse (se eks Wenger, 1998; Lave & Wenger, 1991)

Profråd-programmets webbaserte kartleggingsverktøy. Kartleggingsverktøyene ble hentet fra det samme programmet og ble levert av firmaet Discover Test Service AS. Gjennom de to sistnevnte ble også førsteamanuensis Oscar Solberg involvert.

Pilotprosjektet brukte et spesielt konsept (Sollan-modellen) som inneholdt blant annet en verktøykasse som arbeidslivsguidene skulle benytte, hovedelementene er vist i figuren nedenfor:



Figur 1: Hovedverktøyene i konseptet (Sollan-modellen)

Etter at deltaker var informert, motivert og klargjort for deltakelse i pilotprosjektet, fikk deltaker tildelt en arbeidslivsguide. Neste fase var vanligvis å gjennomføre *webbasert kartlegging hjemme eller på jobb*. Kartleggingene omfattet tema som interesser, kompetanse og beslutningsstil, samt en personlighetstest (Jung8). Deltakerne fikk noen få resultater umiddelbart på skjermen. Hovedresultatene ble kommunisert under veiledningsmøter.

Veiledningene startet med fokus på dialog og utvikling av tillit. Å se/høre, støtte og realitetsorientere den enkelte var viktig gjennom hele veiledningsperioden. Første veiledning fokuserte også på deler av eller alle kartleggingsresultater, der formålet var å informere, sjekke ut deres riktighet, justere dem ved behov, samt starte bruke av dem for å øke bevissthet og åpne for endringer. Det ble samtidig brukt en narrativ tilnærming (Cochran, 1997) til personens arbeidslivshistorie og koblinger til hjem, fritid og helse. I samtaler mellom guide og deltaker ble gjerne

et eller flere av følgende verktøy brukt: helsetrappa (se vedlegg 1), flytsone-figur (se vedlegg 2) og Sollan-hjulet (se vedlegg 3). Gjennom bruk av de ulike verktøyene ønsket man å skape tillit, bevisstgjøring, refleksjon og informasjonssøk, samt planlegge tiltak. Vanligvis hadde hver deltaker to veiledninger, men noen har hatt en og andre opp til syv, dvs at det ble gjort individuelle tilpasninger avhengig av deltakers og delvis guidens situasjon. Veiledningene foregikk primært ansikt til ansikt. I den praktiske perioden og etter avsluttet veiledning kunne det være kort kontakt utenom. Det kunne også være *samtaler* med nærmeste leder eller andre (eks NAV) for tilrettelegging/tiltak. I løpet av veiledningene ble det planlagt tiltak, og noen deltakere startet utprøving av tiltak mens veiledningsperioden enda pågikk, andre startet først etter veiledningsperioden var avsluttet eller aldri. Mange tiltak var avhengig av vilje og evne til oppfølging fra nærmeste leder, organisasjonen og/eller NAV. Deltakelsen i prosjektet ble avsluttet ved at arbeidslivsguiden skrev en sluttrapport som oppsummerte hva de hadde funnet ut, og planlagt av tiltak. Deretter var det opp til deltaker å avgjøre hvor mye og hvordan nærmeste leder skulle informeres. Det var ikke planlagt noen evaluering av tiltakene, eller oppfølging fra arbeidslivsguidens side senere. Den løse strukturen på de sistnevnte aspekt kan være kritiske for hvorvidt pilotprosjektet ble integrert og lyktes, de er potensielle fallgruver som synes å være tatt for lite høyde for i pilotprosjektet.

Litt mer om verktøyene

De webbaserte kartleggingene benyttet PROFRÅD, kartleggingsverktøy utviklet av Oscar Solberg ved NTNU og eid av firmaet Discover (web-1). En av kartleggingene bygget på Jungs teori om arketyper (se eks i Morgan, 1990) og personlighetstyper, som sier noe om hvordan mennesker foretrekker å orientere sin energi og tilnærme seg situasjoner. Deltagerne ble målt ut fra fire dimensjoner, 1) orientering ekstrovert (**E**) versus introvert (**I**); 2) persepsjon via Sansning (**S**) vs intuisjon (**N**); 3) vurdering basert på tenkning (**T**) vs følelse (**F**), og 4) tendens til avgjørende (**J**) versus oppfattende (**P**) tilnærming. Siden hver dimensjon gjerne domineres av en av hovedtendensene (for eksempel den første med vekt på E; den andre=N; den tredje=F; og den fjerde=J) kan en komme frem til en kombinasjon for personen (eksemplet her blir *ENFJ*). Avhengig av resultatet på hver dimensjon, så kan de fire dimensjoner sammen gi 16 bokstavkombinasjoner, dvs 16 ulike personlighetstyper. Mennesker antas å være dynamisk, men dog ha en hovedtendens mht kombinasjonstype.

Kartleggingene bygget også på Hollands (1985) teori om karriere og yrkesvalg som antar at det finnes seks hovedtyper av personligheter (**S**osial omsorgstype; **O**rdenstype; **T**eoretikere (i den norske utgaven delt i to av Oscar Solberg, dvs T1=naturvitenskaplige fagområder og T2=samfunnsvitenskaplige fagområder);

Praktiske; Kunstneriske; og Foretaksomme) som har ulike preferanser for yrker og arbeidsmiljø. Deltaker svarte på spørsmål relatert til hver av de syv hovedtypene, svarene ble summert i syv søyler som viste hvilke av typene som var høye versus lave for personen. En kode ble så laget av de to-tre høyeste, et eksempel på en toer kombinasjon er *T2F* en annen er *SP*.

Kartleggingene antar at det er viktig å få folk på rett plass. Andre verktøy som ofte ble benyttet var en flytmodell (om for mye utfordringer versus for lite, eller passe, se også Csikszentmihalyi (1998)), helsetrappa (fra helt syk til god helse) og Sollan-hjulet (vedlegg 3). Verdens Helseorganisasjon (WHO) definerte i 1948 helse som "en tilstand av fullkomment legemlig, sjelelig og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom eller lyter". WHO var utilfreds med tidligere definisjoner som mente at fraværet av sykdom var tilstrekkelig for tilstanden god helse. Definisjonen har blitt kritisert for å være utopisk (ofte uopnåelig), lite operasjonaliserbar, for statisk og passiviserende. Sollan-Hjulet (vedlegg-3) er et energihjul utviklet av konsulentfirmaet Sollan, i prosjektet var hjulet kun en figur på papiret som ble brukt som illustrasjon og utgangspunkt for samtale og kartlegging i figuren (i ettertid er det videreutviklet til digital kartlegging). Også hjulet kan hjelpe personer til å visualisere og sette ord på hva som bidrar til negativ/positiv energi i jobb og privatlivet, og hvordan det kan være i en jobb fylt av overskudd, arbeidslivskvalitet og arbeidsglede. Hjulet er basert på Antonovskys salutogenese (Antonovsky, 1987), Ventegodts (1996) begrep arbeidslivskvalitet, samt resultater fra svenske studier rundt friskfaktorer (Abrahamson, 2003).

Det antas at kartleggingsverktøyene, sammen med fortellinger og samtaler i veiledningene, kan skape: visualisering, bevisstgjøring, brudd (på antagelser og praksis), realitetsorientering og mer proaktiv tilnærming ved planlegging og gjennomføring av tiltak på kort og langsikt. Bevissthet om friskfaktorer og energitappere på jobb og hjemme, og hvordan tette lekkasjer og øke omfanget av friskfaktorer, var sentralt. Noen tiltak kunne deltakerne sette i verk umiddelbart, mens andre tiltak involverte andre mennesker og kunne være mer eller mindre avhengig av disse (for eksempel å få jobbe med andre oppgaver, på andre tidspunkt eller på andre enheter). Noen ganger kunne både den sykemeldte, dens leder og HMS-personalet sammen jobbe for løsninger, men mislykkes pga manglende ressurser eller alternative varige stillinger i foretaket.

Noen grunnleggende stikkord for metodikken er: kartlegging; visualisering; brudd; refleksjon/bevissthet; ny forståelse, tiltak og ny praksis på jobb og/eller i fritiden. Disse stikkord har en faglig forankring i blant annet arbeidslivsforskning, filosofi, positiv psykologi, og læring/utvikling. De kan kritiseres for å være for individuelle, med for lite fokus på oppfølging etter veiledningene, dvs at de er for lite

relasjonelle og kollektive. Flere av styrkene, og noen av svakhetene kommer frem i surveyen som denne rapporten bygger på. En mer helhetlig analyse av pilotprosjektet basert på hele følgeforskningen, samt analyser med mer tematisk avgrenset fokus, er planlagt senere.

1.4 PROBLEMSTILLINGER OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

Hovedproblemstilling for følgeforskningen som helhet er: *Er pilotprosjektets konsept (arbeidslivsveiledning i et helseperspektiv – Sollan-modellen) og dets organisering i virksomheten en fruktbar tilnærming ovenfor medarbeidere med jobbrelaterte eller sammensatte (jobb-hjem-fritid) utfordringer og langtidssykefravær?*

Forskningsspørsmål (F) for følgeforskningen som helhet:

1. *Hvordan erfares og oppleves pilotprosjektet sett fra prosjektdeltakere (i denne rapporten kun sett fra primærdeltakerne, dvs sykemeldte medarbeideres) perspektiv?*
2. *Skaper arbeidslivsveiledningen økt bevissthet om egen helse, friskfaktorer og energilekkasjer?*
3. *Hvilke resultater oppnås på kort og lang sikt?*
4. *Hvordan opptrer brudd og hvordan har brudd betydning for ny innsikt og endring av praksis?*
5. *Når, hvordan og hvorfor bidrar pilotprosjektet positivt?*
6. *Hvordan skiller prosjektet seg fra annet arbeid med sykefravær?*
7. *Hva hemmer og fremmer gjennomføringen av pilotprosjektet/innovasjonen og konstruktive resultater – på ulike nivå?*
8. *Hvilken sammenheng er det mellom kjennetegn ved personen og energiskapere og energitappere (jobb-hjem)?*
9. *Hvilken sammenheng er det mellom arbeidsmiljø, livssituasjon og sykefravær generelt, og mellom energiskapere og -tappere i jobb-hjem og sykefravær spesielt?*
10. *Oppstår etiske dilemma, i så fall hvilke og hva er deres konsekvenser?*
11. *Hvordan fungerer organiseringen og ledelsen av innovasjonen, a) som prosjekt, og b) rundt konseptet ute i organisasjonene?*

De som er markert med skråskrift berøres av surveyen som presenteres i denne rapporten. Den korte utgaven av surveyen gir kun informasjon om langtidsresultater, dvs. kun deler av F3.

Følgforskningen som helhet har både et teoretisk (hermeneutisk) og et pragmatisk formål, dette notat fokuserer primært på det pragmatiske formål. Studien kan gi teoretiske bidrag (ny forståelse, kunnskap, begreper) innen feltene arbeidsmiljø, ledelse, emosjoner i organisasjoner/positiv organisasjonsatferd, og læring & innovasjon. Studiens pragmatiske formål er å gi ny kunnskap om praktiske tiltak som arbeidsgivere og andre kan organisere ovenfor langtidssykemeldte medarbeidere. Erfaringene antas å ha relevans også for andre virksomheter og bransjer nasjonalt og internasjonalt. Konseptet med verktøyene og tilnærmingen antas å kunne ha relevans også for andre målgrupper, som for eksempel ved forebygging av sykefravær, rekruttering, endringsprosesser og annet lederarbeid, dette må imidlertid studeres nærmere. Kan konseptet være aktuelt som et Gult resepttiltak? Velferdsmeldingen (Stortingsmelding, 2006-2007) vektlegger tettere oppfølging av sykemeldte og nye grep gjøres stadig (f eks øke krav til legers oppfølging i samtaler). Erfaringer fra dette prosjektet kan gi nye innspill til grep ovenfor sykemeldte, og spesielt mht innhold og fokus i arbeidslivsveiledning, samt betydningen av å få folk på "riktig hylle" og av friskfaktorer.

Hovedteser som undersøkes i følgforskningen som helhet er:

T1: Konseptet i pilotprosjektet er et tiltak ovenfor sykemeldte medarbeidere som bidrar positivt til å få deltakerne tilbake i jobb, eventuelt til å få en avklaring i deres situasjon.

T2: Konseptet i pilotprosjektet bidrar til opplevd økt bevissthet og mestring i forhold til betydningen av friskfaktorer og energitappere.

T3: Brudd er ofte nødvendig for å oppnå ny innsikt og endring av praksis, pilotprosjektet avhenger derfor av å skape ulike typer brudd (som del av konseptet) for å oppnå ny innsikt og ny praksis hos prosjektdeltaker.

T4: Organiseringen innad i organisasjonen rundt konseptet (før, under og etter veiledningsfaser) fungerer godt nok.

T5: Prosjektorganisering, -ledelse og -læring under innovasjonen fungerer godt nok.

T3 og T5 er ikke i fokus i surveyen, de må undersøkes med mer komplisert informasjon og analyse enn hva som gjøres her, det antas dog at visse indikasjoner kan fremkomme i spørsmål som inngår i surveyen (lang versjon).

I tillegg til disse hovedteser ble nye antagelser/teser utviklet gjennom det praktiske arbeid i pilotprosjektet og ikke minst under erfaringsdelingsmøte som involverte guidene, Sollan-konsulentene, prosjektleder og -eier, samt forsker, i juni 2008, og som ble ytterligere presisert i en prosjektrapport (Åsvang, 2009). Det ble uttrykt ønske om at disse tesene skulle undersøkes nærmere av følgeforsker i surveyen, mest eksplisitt var følgende tese: 'Ved endringsprosesser har medarbeidere individuelle ønsker og behov i tråd med sin interesseprofil' (ibid, s. 7 og 56). Dersom man her mener endringsprosesser i betydningen omstillinger i organisasjonen så har ikke følgeforskningen samlet data om hvorvidt spesifikke omstillingsprosesser valgte tiltak ut fra interesseprofil. Ved utarbeidelsen av spørreskjemaet (lang utgave) ble det tatt med noen generelle spørsmål om i hvilken grad deltakerne hadde erfart omfattende organisasjonsendringer, og hvordan de opplevde organisasjonsendringer. Ved å koble sammen spørsmål om interesseprofil og endringer kan en undersøke om det er en viss sameksistens i hvordan ulike interessetyper opplever endringer. Eksempler på slike nye teser (N-T) er:

N-T1: De ulike interessetyper har ulik sensitivitet og oppfatning av organisatoriske endringer/omstillinger, noe som påvirker opplevd arbeidsmiljø og sykefraværskisiko, og hvilke grep som bør gjøres ved endringer.

N-T2: ISFJ/ESFJ⁶ personlighetstypene har en økt følsomhet for endringer (ibid, s. 58).

N-T3: Sosial omsorgstypen er mer følsom for konflikter enn andre interessetyper.

N-T4: ISFJ/ESFJ personlighetstypene har en tendens til å ta ansvar og omsorg for andre/ting så sterkt at det går ut over omsorg for seg selv.

N-T5: Sosial omsorgstypen har en tendens til å ta ansvar og omsorg for andre/ting så sterkt at det går ut over omsorg for seg selv.

For mer spesifisering om antagelser knyttet til hver av de syv interesseprofilene, se rapporten (ibid s. 56-58). ESFJ-typen antas å ha behov for mye informasjon og fakta generelt og dette er ofte mangelvare i omstillingsprosesser. Konflikter oppstår lett i endringsprosesser, sosial omsorgstypen beskrives som mer følsom for konflikter ved at de kan bli energitappende. Disse typene antas å være veldig vanlige i helsesektoren. En mer systematisk og grundig analyse av slike sammenhenger kan gjøres senere der ulike type data trianguleres.

Mer informasjon om de teoretiske perspektiv i følgeforskningen som helhet finnes i forskningsprotokollen (se vedlegg i Åsvang, 2009). Jeg vil hevde at pilotprosjektet søker å skape ulike brudd. Med brudd menes brudd på forventninger, antagelser, forståelse, identitet, kvalitet, rutiner/prosedyrer, ting, samhandling og praksis (eks

⁶ ISFJ=Introvert, Sansende, Følede, avgjørende; ESFJ=Ekstrovert, Sansende, Følede, avgjørende

mønstre i måten å tenke, føle, identifisere seg, handle og samhandle på). Å gå fra å være sykemeldt til å klare å komme ut av sykefraværet kan avhenge av og involvere ulike små eller store brudd. Store brudd er gjerne knyttet til grunnleggende eksistensielle sider ved mennesket (Heidegger, 1927/1996; Eide & Lindberg, 2006; Eide, 2007). Brudd kan være individuelle, relasjonelle og/eller kollektive. Forenklet, så kan endringer av praksis gjerne være avhengig av et brudd fra det eksisterende, slik at ny orden skapes: **Orden** → **Brudd** → **Bearbeiding** → **Ny-orden** (retur tilbake til gammel orden eller innovativt ny). Et brudd på antagelser kan riktignok følges opp med retur tilbake til den velkjente gamle orden. Brudd på antagelser er derfor ikke nok alene, prosessene som følger etter slike brudd er avgjørende for om aktørene er villige og i stand til å konstruere og praktisere ny orden (Gherardi, 2006; Eide, 2007). Kort sagt, individuelle kognitive brudd er ingen garanti for varig brudd på praksis. Ulykker og kriser kan være eksempler på flerdimensjonale brudd som åpner unike muligheter for læring og innovasjon, men det er ikke sikker aktørene griper muligheten eller klarer å bruke den til reell endring. På samme vis kan pilotprosjektet forsøke å skape kognitive, emosjonelle og/eller eksistensielle brudd som åpner opp for endring, men disse bruddene er da bare en av flere kritiske faktorer for å komme ut av sykefraværspaksisen.

1.4.1 Litt om foreløpige korttidsresultater

Pilotprosjektet er følgeforsket fra ca mai 2007 med hjelp av flere datainnsamlingsmetoder (observasjoner og løpende samtaler ikke minst knyttet til prosjektmøter for arbeidslivsguidene; dybdeintervju; minidagbøker; og sekundærdata), i tillegg til to surveyer. Det er kvalitative data som er hovedmaterialet i følgeforskningen, og det er blitt gjort et uvanlig stort (til å være kvalitative studier) antall dybde intervjuer med både deltakere, deltakeres ledere, arbeidslivsguiden, andre ledere, HMS-personale, Nav, og andre aktører. Det er et svært omfattende materiale som ikke er ferdig analysert. Foreløpige erfaringer og funn sett ut fra deltakere og lederes erfaringer ble presentert i 2008 på forskningskonferansen EGOS i Amsterdam (Eide, 2008a), på erfaringskonferansen arrangert av Helse Nord med to hovedinnlegg (Eide, 2008b), i media (Eide, 2008c og d), og i en rapport (Åsvang, 2009). En kort oversikt over de foreløpige korttidsresultater som jeg (Eide, 2008b) presenterte på Helse Nord's erfaringskonferanse om pilotprosjektet er oppsummert nedenfor:

- **Årsaker til eget sykefravær**
 - **Valgt yrke/utdanning ut fra tradisjon og/eller lett å få jobb**, ikke ut fra interesser og egenskaper
 - **Verdikonflikter:** Konstant følelse av å ikke gjøre nok
 - For mye *cure* (instrumentelt, tingliggjøring), for lite *care* for pasientene.
 - For mye «pes» på økonomi, rapportering, administrasjon, for lite ledelse.
 - For lite tid, ressurser, kompetanse
 - **Konflikter i relasjoner med andre**
 - **For mye omsorg for andre**
 - **Kjedelige oppgaver, For lite bruk av ens potensialer**
 - **Nattarbeid**
 - **Høy grad av endringer og press**

- **Mørke sider:**
 - Fravær pga mistriivsel på jobb, 'vonter' vokser frem, blir heller hjemme
 - "Kan ikke sykemelde seg fra privatlivet, kun fra jobb, men problemet kan være hjemme" (leder)
 - Noen ønsker å være i fred, er for syk/sliten, prosjektet hadde feil timing for dem
 - Noen (få) ønsker ikke å gå tilbake til jobben, de ønsker penger fra staten til å være hjemme eller til omskolering

- **Eksempler på friskfaktorer:**
 - Sette grenser. Kommunisere
 - Føle at jeg gjør en god jobb. Mestring
 - Lære nytt
 - Gode kolleger
 - System i arbeidet
 - Samarbeid med leder

- **Eksempler på energitappere:**
 - Alltid forsøk på å ha rent bord
 - Ta på meg for mye, høyt arbeidspress, stress
 - Redd for å mislykkes, bekymring, usikkerhet
 - Endringer ga uro og negative konflikter
 - Dårlig strukturert jobb
 - Lite forståelse fra leder

De foreløpige funn viste at flere oppdaget at jobben kan være friskfaktor. Selv om problemet ligger i privatlivet så kan fravær være en mestringsstrategi, men den er kortsiktig og lite konstruktiv fordi den ikke gjør noe med årsakene. Flere ledere mente prosjektet hadde gitt ny innsikt hos medarbeider og hos leder/andre, slik at det ble **åpnet opp for mer ærlige dialoger dem i mellom og mer konstruktiv løsningsfokus. Ledere kunne tidligere ane eller vite at det var noe – ofte i privatlivet:**

- Men våget ikke snakke om det med medarbeider
- Følte at medarbeider ikke ville at leder skulle bry seg
- Tabu og usikkerhet om lederrollen – prosjektet ga innsikt og legitimitet

Eksempler på tiltak som ble planlagt og gjennomført som del av pilotprosjektet:

- Prioritere friskfaktorer i fritiden
- Øve på å sette grenser (ofte Sosial omsorgstype)
- Øve på å ikke ha alt på stell hjemme til en hver tid, dvs rydde, organisering. Tåle litt slakk. (Ordenstype)
- Skal søke stilling hvor det er større faglig utfordring (Teoretisk type)
- Mer teoretisk utdanning (Teoretisk type)
- Søker permisjon i 40% – for å utforske sine kreative evner (Kreativ type) / bruke mer tid på barn og familie (Sosial omsorgsfull type).
- Krevende hjemmesituasjon, finne annen jobb, som krever mindre (STO).
- Ta opp treningen igjen (Praktisk type)
- Få mer ansvar og utfordringer i jobbsituasjonen (Foretaksom type)
- Tilrettelegging for å kunne bruke mer av sine sterke sider.

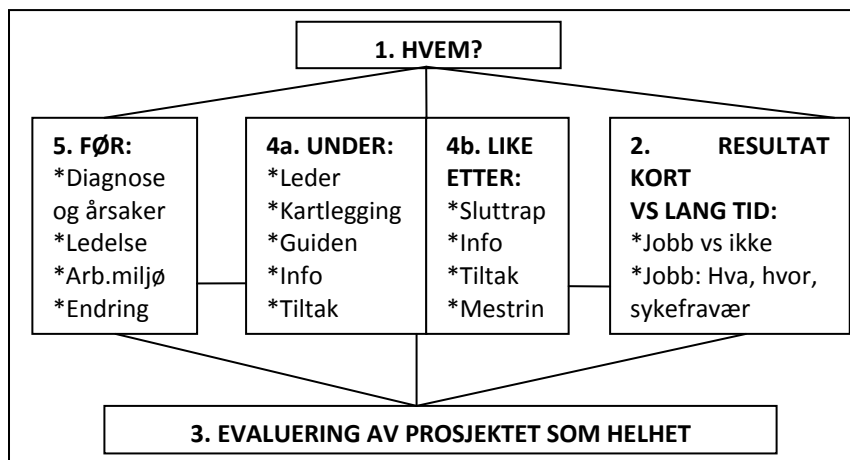
Dette var foreløpige resultater fordi de var sammenfattet basert på et fortløpende og grovtegnet oversiktsbilde – ikke en systematisk analyse av dataene. De var foreløpige også fordi kun halvparten av intervjuene med deltakere og deres ledere var gjort på det tidspunkt.

1.5 RAPPORTENS OPPBYGNING

Rapporten består av tre deler:

- Del I: Introduksjon: Inneholder innledningskapitlet og et metodekapittel.
- Del II: Funns: Presenterer og kort diskuterer surveystudiens resultater. Resultatene er organisert i fem kapitler.
- Del III: Avrundning: Konklusjon og anbefaling, referanser og vedlegg.

De fem kapitlene i Del II er vist skjematisk i analysemodellen nedenfor:



Figur 2: Rapportens inndeling og analysemodell

Rekkefølgen er laget ut fra hva som antas å være mest interessant for leser som ønsker et hovedinntrykk av pilotprosjektet, samt ut fra innkommet svar på surveyen. Temaene 'hvem?', 'resultater lang sikt' og 'evaluering av prosjektet som helhet' har fått størst fokus i denne rapporten. Rapporten har også en beskrivelse av tema 4 (under og like etter deltakelsen i pilotprosjektet), og et begrenset utvalg fra tema 5 (situasjonen før deltakelsen i pilotprosjektet). Korttidsresultater, samt opplevelsen av perioden under og kort tid etter veiledningene og tiden før sykemelding og deltakelsen i pilotprosjektet kan alene og krysset mot de andre deler, analyseres videre senere.

2. DATA OG METODE

Dette kapitlet redegjør kort for følgeforskningens metodiske strategi som helhet, for så å avgrense fokus til delstudien deltakersurvey. Surveyens tidsplan, utvikling og pretesting, utsending og dataanalysen beskrives kort.

2.1 FORSKNINGSSTRATEGI

Ved studier av innovasjoner kan man velge mellom ulike forskningsstrategier, for eksempel eksperiment, tverrsnittsdesign (med en eller noen få målinger i form av survey og/eller kvalitative intervju), aksjonsforskningsdesign og hermeneutiske design. Alvesson og Sköldberg (1994) mener det er tre hovedtyper av ambisjoner og sannhetsforståelser som utgjør ett triangel, der et enkelt forskningsprosjekt kan jobbe innenfor en eller noen av de tre: #1 tradisjonell forklaringsforskning (sentralt i positivismen) med vekt på korrespondanse og tradisjonelle kvalitetskriterier; #2 praktisk bruk og endring (sentralt i pragmatiske tilnærminger, ikke minst aksjonsforskning); og #3 oppdage og konstruere mening og forståelse (sentralt i hermeneutiske tilnærminger). I senere tid har også sosial konstruksjonisme fått stor innflytelse i samfunnsvitenskapen, hvor også utvikling av nye begreper sees som viktig og hvor virkeligheten sees som sosialt konstruert. Språk (diskurs) har da ofte en særlig stor betydning.

Denne følgeforskningen har valgt å hovedsakelig bruke et hermeneutisk design og formål (Alvesson & Sköldberg, 1994) hvor mening og forståelse gis første prioritet, sekundært har studien et pragmatisk design (jf punktet om bakgrunn og formål ovenfor). Det hermeneutiske design kombineres med et prosessuelt *case*-design. Med *case* menes her at det overordnede *case* er pilotprosjektet, organisasjonscasene er foretakene som inngår i studien, og individcasene er prosjektdeltakerne (sykemeldte medarbeidere). Med prosessuelt menes at prosesser og erfaringer følges longitudinelt, i denne studie både underveis og retrospektivt.

Forskningen studerte en praktisk innovasjon som var designet og gjennomført av Helse Nord. Det var ikke et tradisjonelt aksjonsforskningsprosjekt hvor forsker initierte endringer (som endringsagent) ovenfor virksomhet, eller hvor forsker og virksomhet initierer og prøver ut sammen. I dette prosjekt har forskers hovedrolle vært å studere de endringer og erfaringer som deltagende aktører selv satte i gang og drev. Forsker var riktignok deltager på noen vis, bla gjennom deltagende observasjoner, løpende samtaler og interaksjoner, og intervjuer, der spørsmål og kommentarer kan gi innspill som leder til endring. Det var ikke et mål

i seg selv å tilstrebe minst mulig samhandling og påvirkning, da ville observasjoner kun innebære å være 'flue på veggen' eller på andre måter å være minst mulig tilstede i praksis feltet. I følgeforskning sees det som naturlig og ønskelig at forsker kan bidra med observatørens og fagpersonens blikk (perspektiv), med innspill om ting som kanskje kan bidra til at det praktiske prosjektet kan lære under veis. Men sees de to rollene endringsagent og forsker (Lindøe, 2002) opp mot hverandre, så var forsker rollen den dominerende.

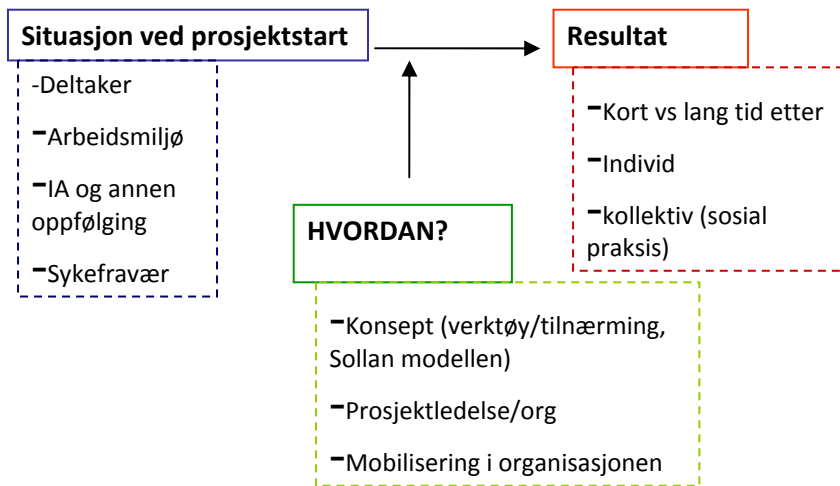
2.1.1 Noen utfordringer ved studie av innovasjoner

Studier av sosiale og organisatoriske innovasjoner møter mange utfordringer, noen av disse påpekes her: 1) studier av slike innovasjoner og andre utprøvinger i organisasjoner og samfunn er sjelden mulig eller ønskelig å gjøre som enkle isolerte eksperimenter slik som er mer vanlig innen naturvitenskapen og mer positivistisk orientert forskning. Så vidt jeg vet var det for eksempel aldri aktuelt for Helse Nord å gi noen av deltakerne 'lurepiller' (les: lure veiledning), det ville neppe vært mulig eller etisk forsvarlig ovenfor syke mennesker. Det er derfor ikke benyttet kontrollgruppe i studien. Menneskene som deltok i pilotprosjektet ble ikke isolert fra andre påvirkninger, de levde sine liv i sine ulike kontekster og relasjoner. Det er derfor ikke mulig å måle/vite nøyaktig hva som skyldes pilotprosjektet og hva som skyldes andre faktorer, eller vite sikkert hvordan pilotprosjektet og andre faktorer har påvirket hverandre og kanskje blitt sammenved. Dette begrenser muligheten for å si noe entydig om hva som skyldes hva, studien har derfor ikke som primærformål å teste hypoteser om antatte sammenhenger/årsaker (enkle linjære årsak-virkningssammenhenger) eller teori. På den annen side så kan en studie av en utprøving som finner sted i mest mulig 'naturlige' settinger integrert i menneskers hverdagsliv, gi erfaringer, forståelse og kunnskap som har god relevans og overføringsverdi for senere anvendelse i organisasjoner. Konseptideene og kunnskap fra pilotprosjektet bør ikke overføres direkte, den bør først prøves ut i den nye kontekst gjennom oversetting, tilpasning og læring for å finne ut hvor relevant den er (det er ingen blåkopi man enkelt kan transportere og implementere, se eks Czarniawska & Sevón, 1996). Selv om konklusjoner om linjære årsak-virkning sammenheng, eller generaliseringer ut over populasjonen (eller respondentene), ikke er mulig, så kan kunnskapen allikevel være relevant, troverdig og fruktbar (se eks Lincoln & Guba; Kvale, 1989; Weich, 1989).

2) En annen utfordring ved slike studier av innovasjoner er valg av tidsperspektiv, fokus og dybde. I følge Pettigrew har forskning på endring og innovasjon ofte vært mangelfull fordi den ofte har vært: '*ahistorical, aprocessual, and acontextual in character*' (Pettigrew, 1990). Skal vi utvikle økt kunnskap om komplekse, dynamiske og situerte fenomen som endringer (inkludert innovasjoner, læring, strategi) bør vi heller studere dem ved å følge prosesser (longitudinelt) i sine

naturlige kontekster og prosesser (jf Pettigrew, 1990 og 1997; Tsoukas & Chia, 2002).

Ved studier av endringer og innovasjoner må vi ta stilling til når, hva og hvordan datainnsamlinger kan og bør foregå. En måte å fremstille ulike tidsperspektiver er ved hjelp av en Gap-modell som vist nedenfor:



Figur 3: Gap-modell

Det vil ofte være behov for informasjon om situasjonen før, under og etter (kort og lang sikt) endringen/innovasjonen, og hvilke 'grep' som gjøres (jf hvordan). Longitudinelle studier kan gjøres blant annet som følgeforskning underveis prosessuelt eller med tidsstudier på visse tidspunkt mens prosjektet pågår, og/eller man kan samle inn data retrospektivt. Følgeforskningen omfatter ulike faser av pilotprosjektet og faser hos de involverte i prosjektet. Denne rapport presenterer kun funn basert på data samlet inn seinhøsten 2009 og noen purringer vinteren/våren 2010. Her fokuseres primært på langtidsresultatene og deltakeres oppfatninger om pilotprosjektet sett i langtidsperspektiv, dvs dataene er en anonym selvrapporing.

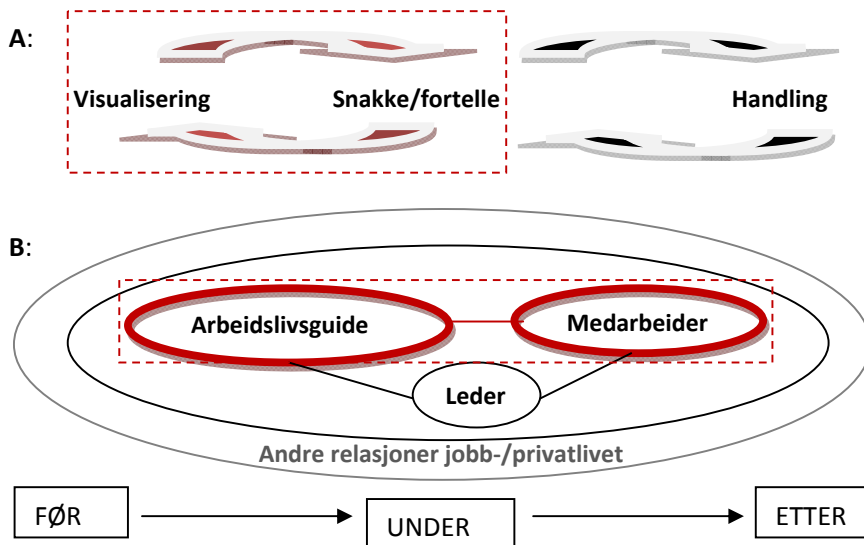
En hovedårsak til ønsket om å gjøre en survey såpass lenge etter på, er antagelsen om at medarbeidere midlertidig kunne komme tilbake til arbeid, men så å falle tilbake til sykefravær. En annen antagelse var at noen deltakere kunne fortsatt være så syke da korttidsanalysen ble gjennomført at de ikke var kommet seg tilbake til arbeid enda, men de var kommet godt på veg. Begge disse to antagelser bygger på tesen om at det kan ta lang tid å komme seg ut av langtidssykefravær.

Dette talte for å innhente data om situasjonen også ca 1 ½ år etter. Det er imidlertid svakheter ved innsamling av data så lenge etter på, det kommer jeg tilbake til.

2.1.2 Smal vs bred tilnærming til fenomenet

Gjennom kartlegging og veiledning relatert til person, jobb og privatliv, skulle årsaker til fravær og ikke minst ressurser, muligheter og tiltak avdekkes og bevisstgjøres. Denne avdekkingen antok man kunne åpne opp (frigjøre, starte et brudd) og øke deltakers vilje og evne til å 'ta tak i egen situasjon' for å skape en mer ønskelig fremtid. I dette ligger en intensjon om å skape et brudd med sykefraværssituasjonen, og igangsetting av mer konstruktiv aktivitet. Bevisstgjøring og veiledning var hovedmetoden for et slikt brudd. Var personen i rett yrke og på riktig sted? Tidsdimensjonen (hvor lang tid tar det å komme ut av fravær?) ville avhenge av blant annet sykdomsbildet (diagnose, behandling), personen og miljøene personen var en del av. Ledelsen, kolleger og foretaket kunne derved få en betydningsfull rolle som del av personens miljø, i hvilken grad viste disse aktørene evne og vilje til tilrettelegging? Familie og venner kunne bli berørt og begrense/muliggjøre tiltak. Hva med deltaker selv, hva er kritiske faktorer? Var konseptet (verktøyene og tilnærmingen) i prosjektet godt nok og relevante? Ble arbeidslivsguidene opplevd som troverdig og ga de konstruktive bidrag? Det er mange spørsmål forbundet med dette prosjektet, denne rapporten går ikke inn i dem alle.

Pilotprosjektet kan studeres med en smal tilnærming eller med bredere tilnærming, som illustrert med figurens del A (hva) og B (hvem) under.



Figur 4: Smal eller bred tilnærming i studie av pilotprosjektet

I følgeforskningen er det valgt en bred tilnærming, mens en smal tilnærming er eksemplifisert i figuren med rødt og stiplet rødt boks rund. A delen av figuren viser hva fokus er på, og B-delen hvem som involveres når pilotprosjektet studeres. Det kunne vært mulig, i hvert fall teoretisk, å studere et slikt prosjekt med enda bredere tilnærming mht B-delen der man også inkluderte andre viktige informanter som deltaker samhandler med og som har betydning for hvordan de mestrer sin situasjon. Det er et forskningsdesign som etter min viten er uprøvd og kan ha spennende potensialer i senere forskning.

I stedet for å se og studere pilotprosjektet kun som en relasjon mellom arbeidslivsguide og deltaker der de visualiserte og snakket om arbeidslivshistorien, kartleggingsresultater og tiltak, har jeg valgt en mer multi-relasjonell tilnærming hvor det som skjer mellom veileder og deltaker inngår i en større helhet av relasjoner og kontekster som veves sammen. Å kun fokusere på veiledningssituasjonene (smal tilnærming i A og B) ville være å se prosjektet isolert fra handling, og ville være å se relasjonen mellom guide og den sykemeldte isolert fra lederen og andre relasjoner som den sykemeldte og eventuelt guiden deltok i som kunne ha betydning for deltakers utvikling. En multi-relasjonell tilnærming til mennesker er komplekst og mer i tråd med hvordan mennesker vanligvis lever sine liv, men det er en tilnærming som ofte har vært unngått i tradisjonell forskning hvor en gjerne forsøker å isolere objektet mest mulig og

forenkle slik at man lettere kan studere årsak og virkning. Dette forskningsprosjekt deler imidlertid ikke de ontologiske og metodologiske antagelser som ofte preger slik årsak-virkningsstudier. Dette forskningsprosjekt er gjort innenfor samfunnsvitenskapelig forskning basert på mer fortolkende, hermeneutisk ontologi og metodologi. Slik er det også med bruken av surveyen, heller ikke her er primærformålet å teste teori eller antagelser, primærformålet er å øke forståelsen og bidra til kunnskapsutvikling om komplekse sammenhenger.

En mulig kritikk av pilotprosjektets grunnleggende ide er dets (i hvert fall tilsynelatende) inspirasjon/forankring i positiv psykologi/organisasjonsatferd, og ikke dets sterke antagelse om at bevisstgjøring kan føre til endring i praksis. Heri ligger en sterk kognitiv tro, samt et sterkt fokus på individet. Selv om veiledningen er relasjonell, og leder har en viss rolle, er det en sterk tro på voluntarisme (tro på individets valg, og handlingsevne). Dette gir seg også utslag i tro på at individets kognitive lærings- og utviklingsprosess kan endre individets praksis. Mot dette kan hevdes at individet er innleiret i miljø og relasjoner med andre og objekter, individets praksis er derfor delvis avhengig av, påvirker og overlapper andre individers praksis og andre kontekstuelle forhold (se eks Gherardi, 2006). Sett fra et organisasjonsperspektiv er det også sentralt å studere og forstå prosjektet og deltakeres prosess som del av og avhengig av kollektive miljø, prosesser og praksiser innad i organisasjonen, ikke minst knyttet til ledelse, IA og sykefraværs oppfølging, praksis mht stillinger, organisasjonens økonomi, etc.

2.2 SURVEYEN

Resten av rapporten omhandler surveyen sendt til alle deltakerne (primærbrukerne) i pilotprosjektet. Surveyen samler hovedsakelig inn kvantitative data.

2.2.1 Tidsskjema for surveyen

Tidsperspektivet i arbeidet med surveyen er vist nedenfor:

- Utviklet helhetlig versjon ferdig august 2009
- August-September:
 - Innspill fra 3 i prosjektgruppen/ledelsen, samt konsernverneombud
 - Pretestes: 3 deltakere
 - Sendt REK-Nord for godkjenning
- Oktober:
 - Endelig godkjent av REK-Nord
 - Utsending starter: 5 kontaktpersoner. Ulik tidspunkt for når utsendinger skjer
- November:
 - De første starter puring av survey: Ny utsending, nytt brev

- Januar/februar 2010:
 - Laget minisurvey på 2 sider
 - Andre purrerunde for de fleste: Minisurvey
 - Sporing av testskoder for å supplere ufullstendige skjema starter
- Mai:
 - Andre purrerunde Nordlandssykehuset og Helse Finnmark
 - Sporing av testkoder
 - Punching av skjema i SPSS
- Juni:
 - Noen få sporinger av testkoder gjenstår
 - Korreksjonslesing av datapunching kortsurvey, samt langsurvey mht variabler som også er på kortversjon
 - Første analyser kjøres
 - Presentasjon av foreløpige analyser på seminar i Tromsø, innspill til nye analyser
- Juli:
 - Korreksjonslesing av data punching lange survey-skjema
 - Siste sporingsrunde
 - Nye analyserunder på tidligere variabler
 - Analyser av flere variabler
 - Utkast til deler av rapport sendes Helse Nord for innspill
- September-oktober:
 - Gjennomgang av rapportutkast med Helse Nord, innspill til nye analyser, samt kobling til Helse Nord statistikk/informasjon
 - Fikk Helse Nord statistikk/informasjon
 - Startet nye analyser og bearbeiding av rapport
- Februar 2011:
 - Ferdiggjorde analyser og første utkast til helhetlig rapport sendt utvalgte for innspill
 - Noen hovedfunn presentert av Nordnes på konferansen 'Arbeid for Helse'
- Mars: Får tilbakemelding på helhetlig rapport om små misforståelser, eller utfyllende informasjon
- April: Presentasjon av funn på erfaringskonferanse i Bodø om arbeidslivsveiledning.
- Mai: presentasjon av funn for konserntillitsvalgte i Helse Nord
- Juli: Ferdigskrivning av innhold (ikke språkvask)

2.2.2 Utvikling og utsending av survey

Surveyen ble utviklet med tre formål, disse var: 1) Kartlegge langtidsresultater. 2) Kartlegge deltakernes erfaringer og evaluering av pilotprosjektet sett i et langtidsperspektiv. 3) Få noe innsikt i den situasjonen som medarbeider var i før sykefraværperioden startet og vedkommende ble deltaker i pilotprosjektet.

Langversjonen (hoved) av surveyen ble utviklet basert på faglitteratur innenfor de aktuelle tema (se tema nedenfor), foreløpige funn og antagelser fra de kvalitative studier, samt innspill fra nøkkelpersoner i Helse Nord. Utkastet ble pretestet av tre deltakere i pilotprosjektet, og så sendt for godkjenning av REK-nord. Jo flere som bidro i utviklingen eller pretesten av surveyen, jo flere spørsmål kom til. Surveyen ble (for) lang. Det var nok hovedårsaken til lav svarprosent på den lange surveyen. I tillegg var mange av spørsmålene knyttet til situasjonen før ubesvart, noen oppgir at de ikke husker eller ikke vil huske tilbake. Andre oppgir at det blir feil å si noe om arbeidsmiljøet, fordi det ikke hadde noe med årsaken til fraværet å gjøre. Det kan også tenkes at noen valgte å ikke svare fordi surveyen ble sendt ut i Helse Nord konvolutt (kontaktpersoner har lansert muligheten for at tidligere medarbeidere ikke ønsket å ha noen interaksjon med sin tidligere arbeidsgiver, eller at de kunne anse det som mindre konfidensielt når surveyen ble sendt ut av arbeidsgiver).

Tema i lang survey (21 sider):

- **Bakgrunnsinformasjon:** om personen; om leders kjønn, oppfølging, lederskifte, lokalisering av leder.
- **Om tiden før deltakelse i prosjektet:** stillingsprosent, arbeidssted, yrke/fagområdet, om nattarbeid/tidsskifte, fraværshistorie, om hadde lederansvar, om mestring, beskrivelser av seg selv, antagelser og holdninger i fht sykefravær og tiltak, kjennetegn på hverdagen.
- **Erfaringer fra pilotprosjektet:** Om informasjon, rekrutterings- og kartleggingsfasen; veiledningene med arbeidslivsguiden; sluttrapporten og tiden like etter; planlagte tiltak på kort og lang sikt; informasjon og kommunikasjon ovenfor leder; egne initiativ.
- **Friskfaktorer og energitappere:** Før, under og etter pilotprosjektet; evaluering av verktøyene.
- **Mer om arbeidsmiljø og ledelse før og under pilotprosjektet:** Hvordan opplevde ledelsen; om ansvar og omsorg; om etiske dilemma; eget arbeidsmiljø.
- **Endringer/omstillinger på jobb:** Om grad av endringer; hvordan opplevde endringer; om læring.
- **Nå-situasjonen/langtidsresultater:** Om i yrkesliv eller ikke; dersom i yrkeslivet, hvor, yrke, opplevelsen av det, om lederansvar; dersom ikke i yrkeslivet minst 80% hva gjør.
- **Viktig tema til slutt:** kartleggingskoder (Typekode i Jung8 og interestetest); diagnosegruppe; om å være sykemeldt; helse nå; helhetlig evaluering av pilotprosjektet; viktige fremmende og hemmende faktorer i og rundt pilotprosjektet; og annet.

Tema i kort survey (2 sider):

- **Bakgrunnsinformasjon:** litt om personen, om leders kjønn
- **Nå-situasjonen/langtidsresultater:** Om i yrkesliv eller ikke; dersom i yrkeslivet, hvor, yrke, om lederansvar; dersom ikke i yrkeslivet minst 80% hva gjør
- **Om tiden før deltakelse i prosjektet:** stillingsprosent, arbeidssted, yrke/fagområdet, om hadde lederansvar
- **Viktig tema til slutt:** kartleggingskoder (Typekode i Jung8 og interestetest)

Svaralternativer som ofte ble benyttet var Likerts skala hvor respondenten bes om å oppgi i hvilken grad de er svært uenig (1)...til svært enig (5) i en påstand. Andre typer svaralternativer som er brukt er: 'ja', 'nei' og 'vet ikke'; og ulike kategorier for eksempel i forhold alder, yrke, foretak, og type tiltak. Noen ganger ble respondentene bedt om å gi kun ett kryss, andre ganger kunne de gi flere kryss. Noen svaralternativer er åpne felter med mulighet for et/noen stikkord, og noen få spørsmål har helt åpne felter for innskriving av tekst.

Alle deltakerne har fått tilsendt lang versjon av surveyen. Utsendingen ble gjort av en av de fem kontaktpersonene. Kontaktpersonene fikk en tallserie som de skulle fordele på deltakerne de hadde ansvar for å sende ut til. Nummeret skrev de så på spørreskjemaets første side. Det var kun kontaktpersonene som hadde kodelisten, dvs både tallnummer og informasjon (navn og adresse) om deltaker. Jeg laget en liste over innkomne utfylte surveyer, og da det ble tid for å purre, sendte jeg beskjed til kontaktpersonene om hvilke nummer som skulle purre. Da alle purrerunder var ferdiggjort ble kodelista slettet.

2.3 DATAANALYSE OG STUDIENS KVALITET

Kvaliteten på følgeforskningen som helhet høynes gjennom triangulering av data og metoder, og ved at den er longitudinell. Denne rapport omhandler imidlertid kun deltaker surveyen. Antall besvarte skjema: 85

- 36 Hovedsurvey: Noen svars skjema er ufullstendig (ikke svart på alle spørsmål)
- 49 Minisurvey

2.3.1 Svarprosent og mulige skjevheter

Totalt har 85 respondenter sendt inn utfylte spørreskjema. Totalt deltok 142 personer i pilotprosjektet, dette utgjør studiens totale populasjon (Åsvang, 2009, s 33). Det gir en svarprosent på 60%, som vanligvis ansees som en tilfredsstillende

svarprosent. En kan hevde at kvaliteten styrkes fordi svarprosenten også representerer 60% av total populasjonen (deltakerne i pilotprosjektet). Dette er et forhold som bidrar til god representativitet. Men det kan allikevel være skjevheter i materialet pga en selvseleksjon. Har noen grupper av respondenter svart, og andre ikke?

I besvarelsen av både lang og minisurvey finnes det ett eller flere spørsmål som ikke er besvart, det reelle svarantall vil derfor variere noe fra spørsmål til spørsmål. Det er to hovedgrunner: 1) Noen spørsmål skulle ikke besvares av alle (for eksempel kun hvis man var i yrkeslivet, kun hvis man ikke jobbet minst 80%, kun dersom man var leder før og/eller nå). 2) Respondenter ønsket ikke å svare eller overså spørsmålet.

Vi kan konkludere med at de spørsmål som er besvart av både kort og langversjon har en god svarprosent. Det er en annen situasjon for tema og spørsmål som kun var i langversjonen av surveyen, de er besvart av bare 36 respondenter (eller færre på enkelt spørsmål), det utgjør i beste fall en svarprosent på 25,4% og kan normalt ikke generaliseres til hele populasjonen. Det faktiske svarantall begrenser også hvilke statistiske analyser som kan kjøres.

Sammen med delvis utfylt survey kom det noen få lapper/brev. Noen respondenter beklager at de ikke har besvart alle spørsmål fordi de ikke husker, ble så sliten, ikke ønsket å tenke tilbake på temaene, eller fordi de ikke finner det riktig å gå inn på visse tema fordi de mener at eget sykefravær ikke hadde noe med jobben å gjøre. Andre har skrevet lapper/brev for å forklare mer om sin egen jobb eller livssituasjon før eller nå. Noen få skrev lapper/brev i stedet for å fylle ut surveyen.

Det ble nevnt under et erfaringsseminar i Tromsø (juni 2010) at alle utsendinger av skjema muligens burde vært gjort med Handelshøgskolen i Bodø (HHB) sine konvolutter, da det kan ha vært respondenter som reagerer negativt på konvolutter merket med logoen til sin (tidligere) arbeidsgiver. Andre svakheter ved å samle inn data så vidt lenge etter deltakelsen i pilotprosjektet er: Man glemmer hvordan ting var, besvarelsen kan derved bli mangelfull eller feil (mangelfull hukommelse, eller omskriving av hvordan ting var). Viktigste årsak til manglende svar var nok at surveyen var for lang, men det forklarer ikke det hele, da noen heller ikke besvarte den korte versjonen (2 sider med svært enkle spørsmål).

Bortfallsanalyse

Det er en usikkerhet at vi ikke vet om det er tilfeldig eller ikke, hvem som har svart og om det gir en mulig skjevhet i materialet. Er det slik at de som var mest fornøyd med prosjektet er de som har svart? Eller er det de som hadde sterkeste oppfatninger om prosjektet, i positiv eller negativ retning som har svart? Er det de som er veldig pliktoppfyllende som har svart? Eller kan det være de som er friskest eller har ekstra godt med tid?

Det er mulig å gjennomføre bortfallsanalyser for å sjekke skjevheter, dette er gjort ved å blant annet sammenligne antall deltakere som deltok i prosjektet fra hvert foretak med antall som har svart. Se kapittel 3 for detaljene fra bortfallsanalysen, oppsummert så er det ikke oppdaget vesentlige skjevheter i forhold til foretakstilhørighet.

Det hadde vært ønskelig å kjøre flere bortfallsanalyser, blant annet ved å sammenligne antall deltakere i prosjektet med respondenter på surveyen ut fra alder, utdanning, yrke, om var leder eller ikke, langtidssykefravær versus gjentakende fravær, etc, men det foreligger ikke slike data om deltakerne i prosjektet. Erfaringsrapporten redigert av Åsvang (2009) inneholder imidlertid informasjon om kartleggingstypene både mht interesseprofil og Jung8. Heller ikke bortfallsanalyser ut fra kartleggingstyper viser skjevheter.

2.3.2 Analysemetoder

Besvarte surveyskjema ble punchet i SPSS og korrekturlest før dataanalysen. Dette delkapittel redegjør for hvilke analysemetoder som er brukt. Antallet som har besvart surveyen er lavt (85 for spørsmål på både lang og kort, kun 36 for langversjon), selv om det hadde vært 100% svar (alle 142 deltakere) på alle spørsmålene ville faktisk antall vært meget lite sett ut fra hva som er vanlig ved kvantitative studier og statistiske kjøring. Det fører for det første til at det er analyser som ikke er mulig å gjøre eller faglig tilrådelig. For det andre så kan prosentfordelinger virke villedende, i hvert fall hvis de står alene, det er derfor lagt vekt på å kombinere prosenter med faktiske antall.

De første dataanalysene som ble gjort og som presenteres er basert på følgende metoder:

- Frekvensanalyse: av en variabel ut fra antall og prosentfordeling
- Krysstabeller: Kobling av to variabler

For begge disse analysemetoder oppgis faktisk antall og prosentfordeling for hvert svaralternativ. Vanligvis oppgis hvor mange som har besvart spørsmålet (N). Det er videre foretatt følgende analyser på noen utvalgte variabler:

- Gjennomsnitt (median) på variabler med graderte svaralternativer og standardavvik: Jo større standardavvik, jo større spredning i svarene fra respondentene.
- Kjikvadrat test: Kryssing av to variabler, der begge har svaralternativ med to kategorier
- T-test: Kryssing av to variabler der den ene har svaralternativ med to kategorier og den andre har svaralternativ med graderte svar.

Det er ikke gjort korrelasjonsanalyse, dvs kryssing av to variabler der begge har svaralternativ med graderte svar. I tillegg til de analyser som er gjort til nå kan det gjøres dypere dykk inn i enkelt tema og sammenhenger i analyser senere ved mer vitenskapelige publikasjoner.

Med *statistisk signifikante* menes at det kan gjøres konklusjoner på statistisk grunnlag som så kan generaliseres til hele populasjonen (i denne studien er populasjonen alle som deltok i pilotprosjektet). Tabeller vil ofte oppgi forventet antall i tillegg til faktisk antall. En forskjell mellom forventet og faktisk antall kan være et første hint om at det er en interessant sammenheng. Det forventede antall er beregnet statistisk. For å kunne konkludere at det er statistisk signifikans er ikke prosenter og forventede antall tilstrekkelig, da kreves vanligvis $p > 0,05$ i signifikansnivå (Easterby-Smith, Thorpe & Jackson, 2008). Det er imidlertid relativt vanlig, særlig når det er få respondenter, at journalartikler kommenterer at $p > 0,10$ nivå tyder på en interessant sammenheng. I tillegg til signifikansnivå, vil tabeller ofte inneholde *kji-kvadrat* statistikk. En enkel regel er at jo større tallet er, jo sterkere sammenheng er det. Erfaringsvis ser man at jo større antall respondenter, jo lettere er det å oppnå statistisk signifikante sammenhenger. Denne studien har et lite antall respondenter, det er derfor rimelig å forvente at slik sterk sammenheng sjelden vi forekomme. En styrke ved datamaterialet (variabler besvart av både kort og lang surveyvariant) er imidlertid at respondentene utgjør 60% av populasjonen.

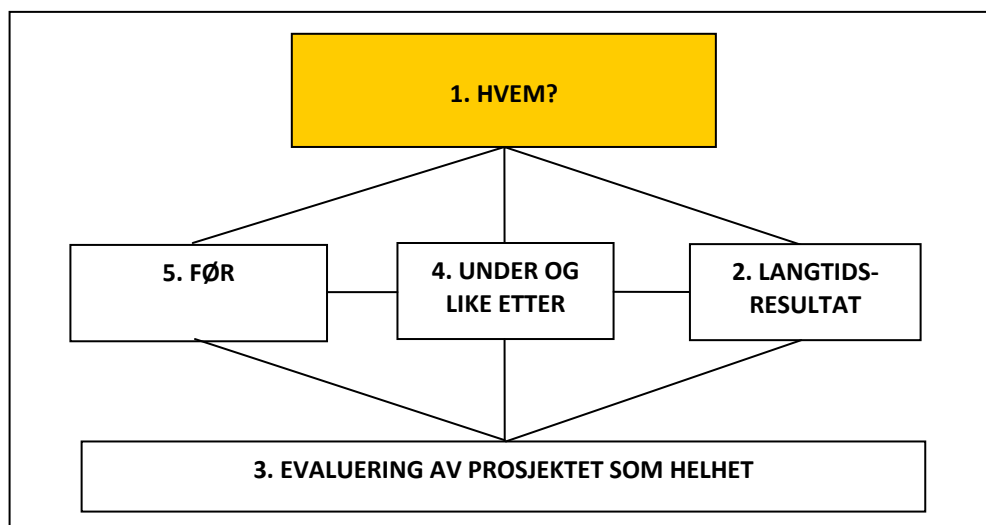
I tillegg til de stiske analyser av kvantitative data nevnt ovenfor er det gjort noen flere analyser som brukes i rapporten. Ved spørsmål med åpne svar, er det 1) gjort utvalg som gjengis der formålet er å få frem variasjon; 2) i noen tilfeller oppgis antall like svar (dvs kvantifisering av kvalitative data). Det er også gjort tolkninger av kvantitative funn, samt tolkninger der kvantitative funn fra flere spørsmål i surveyen holdes sammen. Funn er også delvis tolket i lys av funn i de kvalitative

datainnsamlinger i andre deler av følgeforskningen. Å sette deler inn i en større helhet (kontekst) er en vanlig tilnærming i hermeneutiske forskningsdesign.

DEL II: FUNN

Del II presenterer funn fordelt i fem kapitler.

3. HVEM ER RESPONDENTENE?



Kapitlet presenterer respondentene (de som har svart på spørreundersøkelsen). Første delkapittel tar for seg de viktigste bakgrunnsinformasjoner for den videre analysen, dvs variabler som befant seg både på den lange utgaven av surveyen og miniutgaven. Det andre delkapitlet utdyper ved å presentere utvalgte bakgrunnsvariabler som kun var i hovedsurveyen. I tillegg presenteres bortfallsanalysen i første delkapittel.

3.1 DE VIKTIGSTE BAKGRUNNSFAKTORER

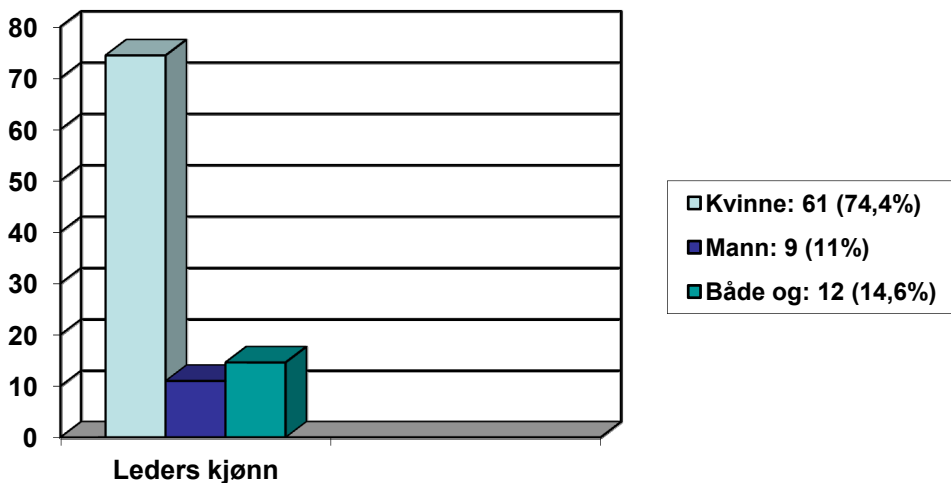
3.1.1 Kjønn

Kjønn er en bakgrunnsvariabel som ofte tillegges vekt og hyppig benyttes i krysstabeller. Helsesektoren har en meget høy kvinneandel generelt, og spesielt dersom yrkene med lengst utdanning (eks leger, psykologer) holdes utenfor. Gjennomsnittlig antall årsverk for Helse Nord totalt i 2006 var 11 784, av alle ansatte var 26,0 % menn. I pilotprosjekt Arbeidsglede er det ikke oppgitt fordelingen mellom kjønnene. Det ble imidlertid observert under følgeforskningen at deltakerne i svært stor grad bestod av kvinner. Trolig var kun ca 10-15% menn.

Legegruppen har ikke deltatt i pilotprosjektet (frivillig seleksjon) noe som trolig bidro til ytterligere reduksjon av antall menn som respondenter. Det må imidlertid bemerkes at alle yrker var i målgruppen for prosjektet, såfremt personen hadde langtidsfravær eller gjentagende sykefravær. At ingen leger deltok, hva kan det skyldes? Har de ikke slikt fravær? Ville de ikke delta i et slikt prosjekt? Dette kan være interessant å se nærmere dersom konseptet tas i bruk senere. Det økende antall kvinner i legeyrket, kombinert med en generell forventning i samfunnet i dag at også menn skal ta mer ansvar for barn og hjemme, kan komme til å øke fraværet for denne yrkesgruppen.

Av de innkomne besvarelsene er 9 menn (12,3% av de som har svart på spørsmålet om kjønn), kun 2 av de 9 besvarte hovedsurveyen. 12 respondenter har ikke besvart spørsmålet om kjønn. Det kan skyldes en tilfældighet, dvs at de har oversett dette spørsmålet, men det kan også skyldes at de var menn og var redde for å bli gjenkjent. Det vil ikke bli kjørt krysstabeller eller andre koblinger av variabler som involverer deltakeres kjønn. Hovedgrunnen er hensynet til deltakernes anonymitet. I tillegg er det så få menn at det ikke er hensiktsmessig å kjøre statistiske analyser hvor kjønn skal undersøkes.

Kjønn var også tema i et spørsmål om leder til deltaker. Tre alternativ ble gitt: 'Kvinne'; 'Mann'; og 'Både og pga lederskifte'. Det siste svaralternativet skulle brukes av deltakere som har hatt flere enn en leder i perioden, og hvor begge kjønn var involvert.



Figur 5: Leders kjønn

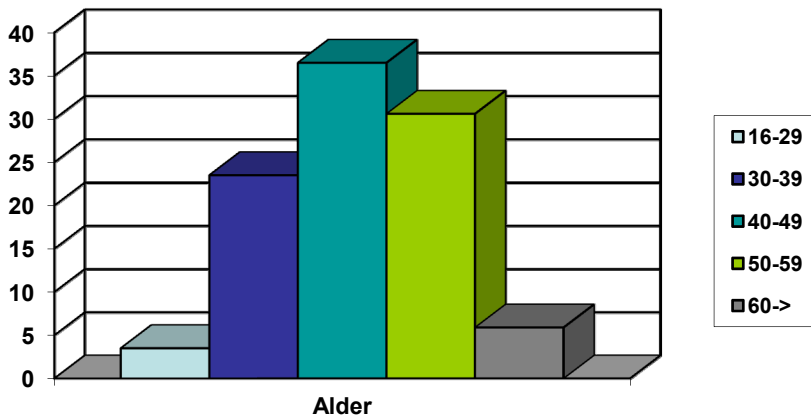
Tre respondenter har ikke svart på dette spørsmålet (N=82). 74,4% (61 personer) hadde kvinnelig leder hele perioden, 11% hadde en mannlig leder, og 14,6% har hatt ledere av begge kjønn.

Hovedmønsteret med få menn blant deltakerne samvarierer med få menn blant lederne til deltakerne. Disse to kvinnedominerte mønstrene, kombinert med det faktum at 8 av 9 arbeidslivsguidere, Solland-konsulentene, prosjekteier, og følgeforsker er kvinne, viser at pilotprosjekt Arbeidsglede var et sterkt kvinnedominert prosjekt.

Kjønn er imidlertid mer enn en variabel, og mer enn biologisk kjønn. Kjønn blir ofte forstått også som sosialt konstruert (betydningen av kultur, sosial interaksjon og språk). Hvordan slike perspektiver kan gjøre seg gjeldende for sykemeldte og deres arbeids- og livssituasjon kan være interessant å undersøke nærmere i senere forskning.

3.1.2 Alder

Figur 6 viser at aldersgruppen 40-49 har flest respondenter, dvs 31 personer (36,5% av antall svar).



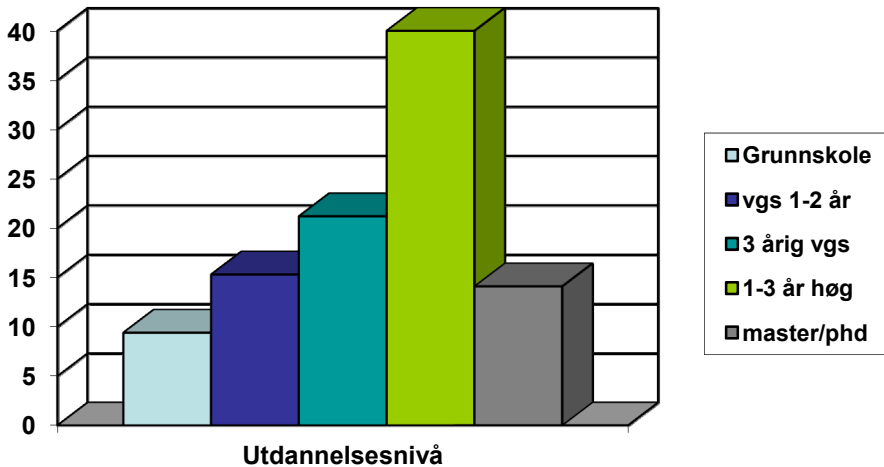
Figur 6: Respondentenes alder

Nest høyeste aldersgruppe er 50-59 år med 26 personer (30,6%). De resterende fordeler seg slik: 30-39 år: 20 personer (23,5%); 60 år og eldre: 5 personer (5,9%); og 16-29 år: 3 personer (3,5%). Denne fordelingen stemmer meget godt med den generelle aldersfordelingen for ansatte i Helse Nord (2008-tall).

Vi ser at antallet blant de yngste og de eldste er svært lavt i surveyen, noe som tilsier varsomhet for å ivareta anonymitet og de statistiske begrensninger tilsvarende som ved kjønn=mann omtalt ovenfor.

3.1.3 Utdanningsnivå og yrke

Hvilket utdanningsnivå hadde deltakerne før de kom inn i pilotprosjekt arbeids glede?



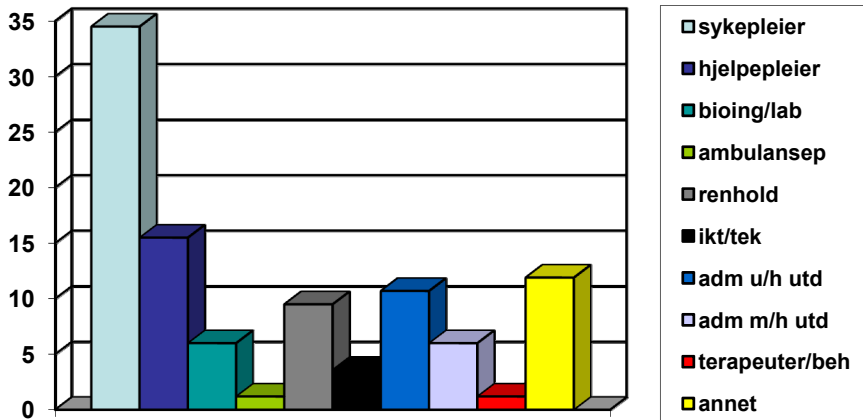
Figur 7: Fordeling på utdanningsnivå

Den klart største enkeltgruppen har utdanning på høyskole/universitet i 1-3 år: 34 respondenter (40%). Dette stemmer godt med yrkesbakgrunn siden den største gruppen er sykepleiere.

Den nest største utdanningsgruppe er de som har 3-årig videregående skole, i denne gruppen er det 18 respondenter (21,2%). Deretter følger: 1-2 år på videregående skole med 13 respondenter (15,3%); utdanning på master eller PhD.nivå med 12 respondenter (14,1%); og gruppen med grunnskole som høyeste utdanningsnivå bestod av 8 respondenter (9,4%).

For å kunne gjøre bedre analyser av om høyere utdanning kan ha betydning eller ikke, ble det laget en ny variabel som måler om respondenten har utdanning på høyskole-/universitetsnivå eller ikke. Det betyr at de med grunnskole og videregående utdanning slås sammen til en svar kategori, og de to øvrige slås sammen til en kategori. Fordelingen blir da slik: 46 (54,1%) av respondentene har utdanning på høyere nivå, mens 39 (45,9%) har det ikke.

Hvilket yrket hadde respondentene FØR, dvs da de kom med i prosjektet?



Figur 8: Yrkesfordeling

Pleierne er som forventet den klart største gruppen, med henholdsvis 29 (34,5%) sykepleiere (inkludert spesialsykepleiere og jordmødre), og 13 (15,5%) hjelpepleiere. Pleierne representerer 42 stykker, 40% av de som har besvart dette spørsmål. Sammenlignet med tall fra 2010 over fordeling av antall ansatte i ulike yrkeskategorier finner vi at ca 31% av de ansatte i hele Helse Nord hører inn under surveyens kategori 'sykepleiere', ca 7% er hjelpe-/barnepleiere. Av sammenligningen kan en se at deltakelsen fra sykepleierne i pilotprosjektet (målt ved respondentene) er ca hva en kan forvente ut fra fordeling av yrkeskategorier i Helse Nord, mens for hjelpepleierne så er deltakelsen betydelig høyere (doblet). Sistnevnte kan være grunn til å se nærmere på. Har denne yrkesgruppen generelt sett høyere sykefravær enn andre yrkesgrupper? Tall fra Helse Nord's sykefraværstatistikk brutt ned på yrkeskategorier viser at i periodene januar-august hadde hjelpe-/barnepleiere det største antall totalfravær både i 2008 og i 2010, dvs de hadde 14,5% versus 13,4% totalt registrert fravær. Den yrkeskategori som hadde nest høyest totalt fravær var ansatte i en kategori som Helse Nord kaller 'service, teknisk/drift' (11,7%) og sosionomer (11,6%) for 2008 og sosionomer (11,5%) for 2010. Til sammenligning kan det nevnes at legegruppen har lavest registrert totalt fravær i begge periodene.

Vender vi tilbake til figuren om yrkesfordeling ser vi at en respondent ikke har besvart dette spørsmål, dvs N=84 for dette spørsmålet. Kun en respondent har oppgitt svarkategori ambulanspersonell, tilsvarende for terapeut/behandler. Under kategorien 'annet' som er den tredje største gruppen med totalt 10 personer (11,9%) skjuler det seg bla yrker som radiograf, miljøarbeider (jobber gjerne på psykiatriske institusjoner), aktivitør (har gjerne håndverks- eller

husflidsutdanning/kompetanse), og assistenter (har gjerne ingen utdanning på vgs-nivå). De fire nevnte yrker er representert med minst to personer.

De øvrige søyler har en fordeling slik: Administrativt personal som ikke krever høgskoleutdanning (eks sekretær, helsesekretær) med 9 respondenter (10,7 %); renhold/kjøkken/vaskeri/drift med 8 personer (9,5%); bioingeniør/labpersonale med 5 personer (6%); administrativt arbeid som krever høgskoleutdanning (eks økonom, personalstab) med 5 personer (6%); og IKT/teknisk personale med 3 personer (3,6%). Ingen respondenter har svart lege/psykiater/psykolog/tannlege.

Fraværstatistikk ut fra yrkeskategorier kan være nyttig informasjon for å sette inn særlige forebyggende, motiverende og reparerende tiltak i form av arbeidslivsveiledning. Ut fra en slik logikk er det rimelig å forvente at de yrkesgrupper med høyest fravær er representert med høyere deltakerprosent i slike prosjekt enn det størrelsen på yrkeskategorien representerer totalt i Helse Nord. Dette kan tyde på at rekrutteringen av deltakere til pilotprosjektet har vært målrettet og vellykket.

Hadde respondentene lederansvar FØR de kom inn i pilotprosjektet?

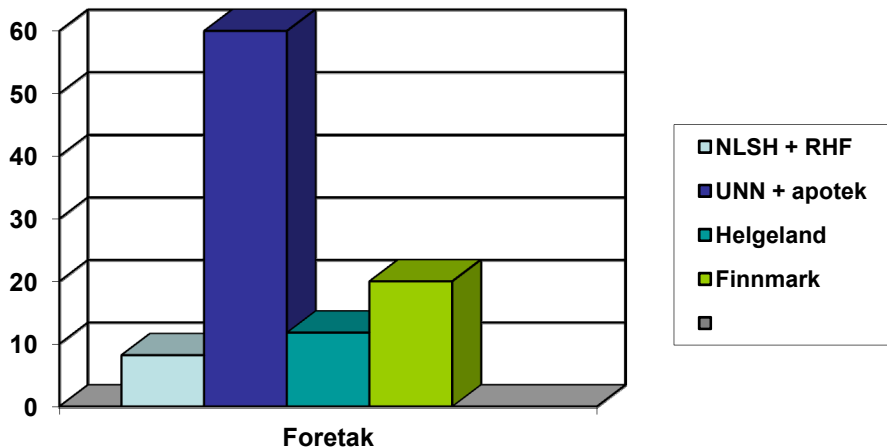
11 respondenter, dvs 13,1% av de som svarte på spørsmålet, hadde lederansvar. En person svarte ikke på spørsmålet. 73 (86,9%) av de som svarte hadde ikke lederansvar.

3.1.4 Foretak

Tall fra 2008 (marsmåned) viser at det jobbet 13590 personer totalt i Helse Nord i 2008, de fordelte seg slik (synkende rekkefølge): UNN 6501; NLSH 3664; Helse Finnmark 1680; Helgelandssykehuset 1436; Helse Nord IKT 134; Sykehusapoteket 90; Helse Nord RHF 58; og Longyearbyen sykehus 27.

Hvor jobbet respondentene da de kom med i pilotprosjektet?

Deltakerne i pilotprosjektet har kommet fra de fire sykehusforetakene, samt noen få fra foretaket sykehusapoteket og Helse Nord RHF. For å anonymisere de to sistnevnte ble de slått sammen med hvert sitt sykehusforetak. I surveyen hadde respondentene fire valgalternativer som vist i figuren under.



Figur9: Arbeidssted under pilotprosjektet

UNN inkludert sykehusapoteket representerer 60% av respondentene, 51 personer. Finnmark Helseforetak følger etter som nest størst med 17 personer (20%). Deretter kommer Helgelandsykehuset HF med 10 personer (11,8%) og til slutt Nordlandssykehuset inkludert Helse Nord RHF med 7 personer (8,2%).

Hvordan stemmer fordelingen i surveyen med deltakelsen i pilotprosjektet?

Det er et viktig spørsmål i bortfallsanalysen, fordi det kan si noe om potensiell skjevhet i datamaterialet. I følge Åsvang (2009, s. 33) var deltakerfordelingen i prosjektet slik:

Tabell 2: Oversikt over antall deltakere i pilotprosjektet per foretak

	Helse Finnmark	UNN	NLSH	Helgalands-sykehuset	S.apotek/ Helse Nord RHF/IKT	SUM
Planlagt	13	73	42	21	1	150
Reelt antall	26	77	23	13	3	142
Reell prosent	18,3%	54,22%	16,19%	9,15%	2,11%	99,97%

Planlagt deltakerfordeling ble gjort ut fra prosentvis andel langtidssykefravær. Sammenligner vi rad en og to, ser vi at UNN og Helse Finnmark hadde større deltakelse i pilotprosjektet enn planlagt, mens Nordlandssykehuset (NLSH) og Helgeland hadde betydelig lavere deltakelse enn planlagt.

Det er ikke mulig å gjøre en fullstendig sammenligning mellom deltakelse i pilotprosjektet og svarfordelingen i surveyen fordi den tilgjengelige statistikk over deltakelse i prosjektet har benyttet en litt annen inndeling. Men vi ser at den femte kategorien kun utgjør 3 personer. Dersom alle tre har svart, så vil ikke en splitting av denne femte kategorien og integrering av personene inn i to av de andre (dvs UNN og NLSH) medføre særlig forskyvning. Men for å gjøre sammenligningen ut fra et likere grunnlag flyttes 1 ½ person til UNN og tilsvarende til Nordlandssykehuset i kolonnen for deltakere i prosjektet. Vi forutsetter da at de tre fordeler seg likt. Hvordan ser fordelingen ut da vi sammenligner? Tabell 3 nedenfor viser at Helse Finnmark og Helgelandssykehuset har en litt høyere svarprosent enn forventet, men forskjellen er så liten at det neppe har noen betydning. Videre viser tabellen at det er en noe høyere svarprosent enn forventet fra UNN, og en betydelig lavere svarprosent fra Nordlandssykehuset. Disse to siste viser at det er en viss skjevhet i survey deltakelsen. Hvordan slår det så ut? UNN dominerte i materialet i utgangspunktet tatt i betraktning av de har en svært stor deltakerandel i prosjektet, og denne dominansen øker ytterligere i surveymaterialet. Tilsvarende blir Nordlandssykehuset enda mindre synlig i survey materialet, de hadde i utgangspunktet et lavt deltakerantall i prosjektet.

Tabell 3: Antall deltaker i prosjekt vs i survey fordelt på foretak

	Helse Finnmark	UNN og sykehusapoteket	NLSH og RHF	Helgelands-sykehuset	SUM
Deltakelse i prosjektet	26 (18,3 %)	78,5 (55,28 %)	24,5 (17,25 %)	13 (9,15 %)	142 (99,98 %)
Deltakelse i survey	17 (20 %)	51 (60 %)	7 (8,2 %)	10 (11,8 %)	85 (100 %)
Differanse	-9 (+1,7 %)	-27,5 (+4,72 %)	-17,5 (-9,05 %)	-3 (+2,65 %)	

Denne bortfallsanalysen viser to små skjevheter, som er en viktig informasjon å ha med seg i de videre analyser. En motsatt skjevhet hadde vært heldigere (dvs dersom UNN hadde lavere svarprosent enn forventet, og NLSH hadde høyere) for analysen fordi vi da hadde fått flere faktiske antall i cellen for Nordlandssykehuset (begrenser de statistiske analyser). På den annen side så er dette en interessant informasjon, fordi den negative skjevhet (bortfall) viste seg ved at Nordlandssykehuset fikk en betydelig lavere deltaker andel i prosjektet (måltall var 42, reelt deltakerantall var 23). Denne tendensen forsterker seg ytterligere

ved deltakelsen i surveyen. Kan denne manglende svarfrekvens være et signal på deltakernes frustrasjon over hvordan pilotprosjektet ble kjørt i NLSH? En mulig delforklaring kan være en avisartikkel i Bodø avisen (Avisa Nordland mai 2011) hvor tillitsvalgte frarådet deltakelse, noe som kan ha skapt utrygghet og skepsis til deltakelse i prosjektet. Det kan også være andre sider ved organiseringen, intern oppfølging og prioritering som kan ha virket inn. Dette har vi ingen direkte informasjon om, men det kan med fordel sees nærmere på internt som en egenlæring. Det kan være interessant å krysstabulere foretak og helhetsevalueringen av prosjektet (ikke gjort nå). Men svarantall tilsier varsomhet, og tallene fra foretaket er i utgangspunktet skjevt.

Hva kan den store andel svar fra UNN skyldes? Er deltakerne fra UNN ekstra positive, eller engasjerte? Har arbeidslivsguidene gjort en ekstra god jobb? Har lederne eller HMS-personer fulgt ekstra godt opp? Noen av disse spørsmålene kan vi få litt innsikt i ved senere analyser i rapporten. En mulig forklaring på den positive skjevheten kan være at UNN benyttet 4 egne arbeidslivsguider, og 1 fra sykehusapoteket. 4 av dem jobbet i HMS-avdeling, noen av dem med flere roller relatert til sykemeldte. En annen mulig forklaring på den positive skjevheten kan være at UNN har benyttet egne folk til å sende ut surveyen og purringene.

Andre mulige forklaringer på lavere svarandel fra Nordlandssykehuset?

Kontaktpersonen for utsending av survey var ikke intern, oppgaven ble utført av Helse Nord RHF v/Edvard Andreassen. At kontaktpersonen var ekstern synes ikke å være en rimelig forklaring, fordi samme mannen har gjort denne jobben i forhold til Helse Finnmark, som jo har en litt høyere svarprosent enn forventet. En mulig annen forklaring er at Nordlandssykehuset ikke kun benyttet interne arbeidslivsguider, de benyttet også to eksterne. Men her igjen faller den foreslåtte forklaring på steingrunn, da Helse Finnmark bare benyttet eksterne arbeidslivsguider, de to samme eksterne som i Nordlandssykehuset. En tredje mulig forklaring er at det har noe med Nordlandssykehuset å gjøre, og hvordan pilotprosjektet ble oppfattet og ikke minst fulgt opp innad i foretaket. Heller ikke denne forklaringen kan dokumenteres, men bør undersøkes videre internt.

3.1.5 Kartleggingsresultater

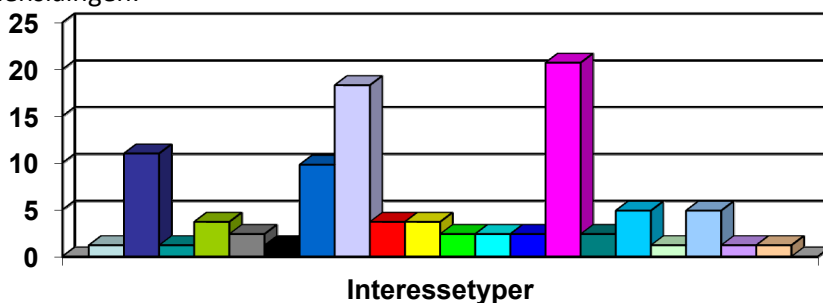
Flere av respondentene hadde ikke fylt ut de to spørsmålene om hvilke kartleggingskoder de hadde fått oppgitt etter å ha gjennomført interessedesten (basert på Hollands match teori, og Solbergs videreutvikling) og Jung8. Mange av disse hadde kommentert skriftlig at de 'husker ikke'. Gjennom kontaktpersonene som stod for utsending av skjema og kodelister, har det blitt sporet opp testkoder for nesten samtlige manglende respondenter.

Kartleggingene ble introdusert i kapittel 1.3, for mer informasjon om deres teoretiske grunnlag og uttesting, se bla Åsvang (2009) og Holland (1985).

Hvilken kode fikk deltaker etter interessekartleggingen?

81 respondenters kode er registrert i surveyen, dvs at resultatet for 4 respondenter enten ikke var oppgitt eller ikke sporbart. Svarmåten oppgitt i surveyen var en åpen kategori, der de selv skulle skrive inn testkoden. Respondentene har her i hovedsak benyttet en tobokstavskategori (for eksempel T2F). Ved sporing av manglende kategorier har kontaktpersoner i hovedsak også levert tobokstavskategorier. Noen av sporingene har blitt gjort fra testdatabasen, og de er da ikke oppdatert dersom veiledningen mellom arbeidslivsguide og deltaker viste at justering av testkoden var riktig å gjøre. Det er også en liten unøyaktighet når respondentene svarte selv, noen få ganger oppga de to koder eller kode med tre bokstaver. Når to koder ble oppgitt ble den første punchet i SPSS. I ett tilfelle var kun en bokstavkode oppgitt. Ved punching av skjema ble det laget en tallkode for hver av de interesseprofilene som ble brukt, det ga 24 ulike koder. Antallet ble så forsøkt redusert med fire, da det viste seg at fire av dem inneholdt koder med tre bokstaver. Disse fire var nevnt kun en gang. Kutting av siste bokstav kan være problematisk fordi vi ikke vet om de to siste bokstavene i kodene var like store. Dersom vi forutsetter at den andre bokstaven var like stor eller større enn den tredje, blir endringene slik: SPF=SP; T1OF=T1O; ST2P=ST2; og OST1=OS. De fire som er flyttet fordelte seg til fire ulike tobokstavskoder, og det er interessant å merke seg at tre av de fire flytter seg til de tre største søylene. Den siste som ble flyttet kom til kode T1O som fra før hadde en respondent.

En frekvensanalyse viser følgende fordeling (tilfeldig rekkefølge) etter sammenslåingen:



Figur 10: Prosentvis fordeling av Hollands Interesstyper

Før sammenslåingen nevnt ovenfor ble 11 av kombinasjonene oppgitt kun 1 gang, etter sammenslåingen var det 6 som ble oppgitt kun 1 gang. Sammenslåingen gir et tydeligere bilde, og vil bli brukt i videre analyse.

Det er fire søyler/tobokstavkombinasjoner som utmerker seg med flest antall:

- ST2/T2S: Sosial omsorgstypen + Teoretisk type (kultur og samfunnsvitenskap)
- SO/OS: Sosial omsorgstypen + Ordenstype
- SP/PS: Sosial omsorgstypen + Praktisk-teknisk type
- SK/KS: Sosial omsorgstypen + Kunstnerisk type

Bokstaven S er sentral i alle de fire hyppigste kombinasjonene. I tillegg opptrer S i to ytterligere kombinasjoner: FS og ST1. Summerer vi de seks som inneholder bokstaven S får vi 56 respondenter, dvs 69,13%. S ansees som sentralt for personer som jobber innen omsorg og pleie, samt andre serviceyrker der man jobber direkte med mennesker.

Hvordan stemmer dette med interessetypene registrert på deltakerne i prosjektet?

Åsvang (2009, s. 50) gjør en opptelling av bokstaver der de har telt opp basert på en trebokstavstype, og finner da følgende prosentvise fordeling vist i rad to:

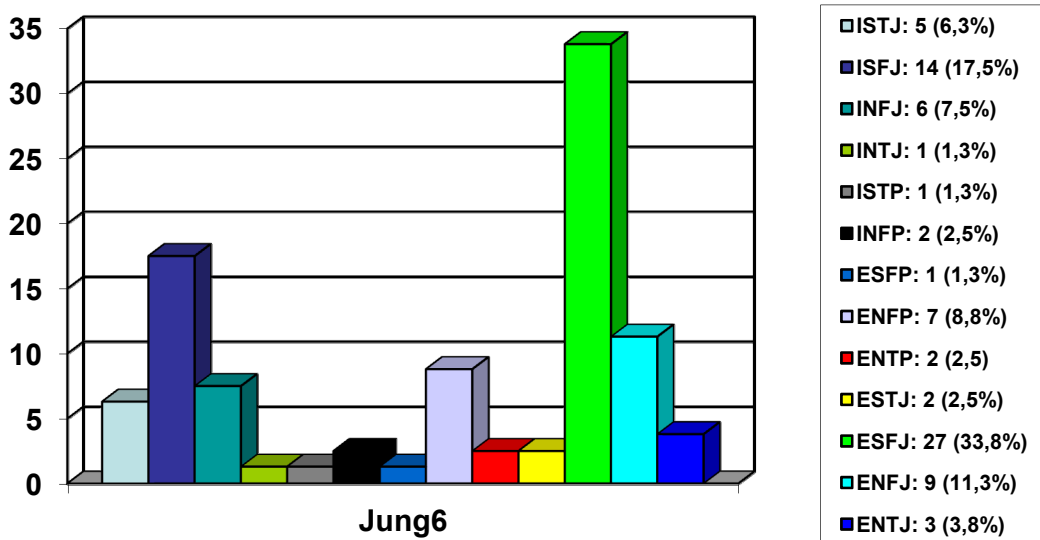
Tabell 4: Prosentandel for hver bokstavtype i prosjektet vs blant respondentene

	P	T1	T2	K	S	F	O
Prosjekt-deltakere	32%	23%	41%	27%	80%	22%	41%
Respon-denter	23,45% (19)	14,81% (12)	28,39% (23)	22,22% (18)	69,13% (56)	11,11% (9)	29,62% (24)

Det er ikke mulig å gjøre en direkte sammenligning siden Åsvangs har telt opp hvor ofte hver bokstav forekom ut fra en trebokstavskode, mens surveyen registrerte to-bokstavskode. Ved å telle opp basert på surveyens tobokstavskoder, og med N=81, kan vi beregne hvor mange prosenter og faktiske antall av respondentene som hadde testkode som involverte den enkelte bokstavkoden. Tallene er vist i rad tre i tabellen. Vi ser at rekkefølgen av hvilke bokstaver som opptrer hyppigst er identisk for prosjektdeltakere og for respondenter: S, O, T2, P, K, T1 OG F. Her er som nevnt noe usikkerhet mht sammenligning av disse to beregningene, men forutsatt at det er akseptabelt så viser bortfallsanalysen at det ikke er skjevhet i materialet som helhet mht respondentenes interessetype.

Hvilken kode fikk deltaker etter Jung8-testen?

Jungtesten gir en bokstavkombinasjon av fire bokstaver for den enkelte person. Totalt er 16 kombinasjoner mulig. For dette spørsmålet er N=80, dvs at 5 personer enten ikke har tatt denne testen eller at vi ikke klarte å spore opp testresultatet. Søylediagrammet i figuren nedenfor er laget på bakgrunn av prosentvis fordeling av koder.



Figur 11: Prosentvis fordeling av Jungtyper

Det faktiske antall respondenter som har hver av testkodene står i boksen til høyre, bak koden og i parentes står prosentfordelingen. Kodene ISFP, INTP og ESTP er ikke brukt av noen, og syv av de andre kodene har kun 1-3 respondenter. Bortsett fra de to største søylene som straks kommenteres, ser vi fire søyler med et antall som kan være interessant å se nærmere på ved senere analyser, de fire er: ISTJ, INFJ, ENFP og ENFJ. To av disse kodene (I-NFJ og E-NFJ) er identiske på tre av bokstavene, og er ulike kun mht introvert versus ekstrovert. Sammenlagt representerer de 14 respondenter (18,8%). For informasjon om kjennetegn på denne kombinasjonen, se Åsvang (2009).

Oversikten viser at 27 respondenter (33,8 % av N) har blitt kategorisert som ESFJ. Nest størst er ISFJ med 14 respondenter (17,5%). Også disse to kodene har til felles tre av de fire bokstavene, forskjellen er første bokstav som indikerer hovedpreferanser i henhold til ekstrovert versus introvert. At 51,3% av respondentene enten klassifiseres som E-SFJ eller I-SFJ stemmer svært godt med testkodene til hele populasjonen (de som deltok i pilotprosjektet). I følge Åsvang (2009 s. 51) var flertallet av deltakerne ESFJ eller ISFJ, og noe hun hevder er typisk innen pleie og omsorgsarbeid. En forenklet forklaring på ESFJ er "omsorg og omtanke i praksis", og ISFJ er "plikten kaller". Åsvang sier videre at veiledninger

har avdekket at flere av deltakerne mente de hadde utviklet seg fra ekstrovert til å bli mer introvert som følge av sykdomssituasjonen. Overskuddet til å møte mennesker og utfordringer hadde gått ned, og likeledes evnen til å få tilført positiv energi ved sosial kontakt slik det mer typisk er for ekstroverte. En utfordring for begge disse idealtypene er at de ofte er så orienterte mot omsorg for andre at de har økt risiko for å ikke ta nok omsorg for seg selv. Arbeidslivsguidene har snakket om at ESFJ-typen i Jungprofilen er mer følsom for endringer, men dette er feil i følge en av Sollan konsulentene (Grethe Lande Nyborg), det er ISFJ-typen (plikten kaller) samt ESNP, ESTP og ISTJ som oftere sliter med å se nye muligheter og takle endringer.

Respondentene, evt kontaktperson, har i de fleste tilfeller oppgitt personlighetsprofilen som ble stående etter veiledning og ev. justering. Kun noen svært få ble sporet via datamaterialet i basen til Discover som ikke inneholder eventuelle justering. Som del av bortfallsanalyse for å sjekke skjevhet i respondentmaterialet ble det gjort en sammenligning av testkodefordeling blant deltakerne i prosjektet. Som nevnt under bortfallsanalysen av interessetester er materialet litt forskjellig, da oversikten til Åsvang (ibid, s. 50) over deltakere i prosjektet ikke er oppdatert mht justeringer (det hevdes dog at det ble gjort relativt få justeringer), og hennes oversikt viser ikke firebokstavskodene, kun en prosentvis oppregning av hvor ofte hver bokstav forekom. Tallene som oppgis i tabellen Åsvang (ibid) og i Tabell 5, første resultatrad, ble i følge prosjektleder fastslått nokså grovtagget (se særlig bokstavene I og E som i sum skulle vært på 100%, men som er på 110%), dersom en person havnet på vippen mellom to typer ble ofte den bokstaven som vippet telt to ganger.

En optelling basert på bokstavtelling av kartleggingsresultatet i surveyen er lagt i siste rad i tabellen (faktisk antall og prosentvis fordeling).

Tabell 5: Prosentvis sammenligning av respondentkoder versus deltakerkoder

	I	E	N	S	T	F	P	J
Prosjekt	40	70	35	67	18	88	26	80
Survey	36,25 (29)	63,75 (51)	37,5 (30)	62,5 (50)	17,5 (14)	82,50 (66)	16,25 (13)	83,75 (67)

Sammenligning av de to radene viser at hovedmønstrene er like fordi bokstavene E – S – F – J har høyest forekomst i begge, og rangeringene mellom dem er også lik. Felles hovedmønster kan type på at det ikke er en skjevhet i materialet. Størst prosentvis avvik ser vi på bokstaven P. Forutsatt at standardbeskrivelser av P-typen stemmer, så er det rimelig å anta at en survey er en større utfordring for dem.

3.2 ANDRE BAKGRUNNSFAKTORER

Hovedsurveyen kartla bakgrunnsfaktorer som ikke er med på minisurveyen, noen av disse presenteres her. Merk at kun 36 respondenter besvarte den lange utgaven. Her kommer en kort beskrivelse av de antatt viktigste tilleggskatorene. Siden N er så liten, benyttes primært faktisk antall fremfor prosent.

3.2.1 Sivilstatus

Hva var deltakeres sivilstand før, dvs perioden med sykefravær før de kom med i prosjektet, versus nå?

Tabell 6: Sivilstatus før og nå

Sivilstatus	Gift/ Partner- skap	Samboer	Skilt	Separert	Enke/ enkemann	Singe l	N
FØR	15	11	3	0	1	6	35
NÅ	17	9	3	1	1	5	36

Av de 35/36 respondentene som har besvart hovedsurveyen, bor flertallet i parforhold både før (26, dvs 74%) og nå (26, dvs 72,2%).

3.2.2 Omsorgsarbeid utenfor jobb

I hvilken grad hadde deltaker tidkrevende omsorgsansvar for barn, eldre, andre utenfor jobb før versus nå? Med FØR menes perioden med sykefravær før respondenten kom med i prosjekt arbeidsglede. Med NÅ menes ved utfylling av survey.

Tabell 7: Omsorgsansvar utenfor jobb

Omsorgsarbeid utenfor jobb	Gj.snitt på skala 1-5	Prosent 4-5	Faktisk antall 4-5	N
FØR	3,5	64,7	22	34
NÅ	3,35	61,8	21	34

Over 60% opplevde stort eller svært stort omsorgsansvar utenfor jobb, som del av privatlivet. På den ene siden er dette ikke overraskende siden ca 90% av respondentene er kvinner, i tillegg vet vi ut fra interesseprofilene at det er mange med høy verdi på Sosial omsorgstypen. Sosial omsorgstypen passer godt til mange yrker og jobber i helsesektoren. Dersom det enkelte individ har svært stort

omsorgsansvar både på jobb og i privatlivet, så kan personen stå i fare for å forsake nødvendig omsorg for seg selv. Dersom man ikke vil eller kan ta omsorg for seg selv, så kan man i det lange løp neppe yte omsorg for andre (Eide, 2007).

3.2.3 Ledelse og opplevd oppfølging

Basert på observasjoner under de kvalitative intervju, som viste at noen opplevde manglende oppfølging og uklarhet som følge av lederskifte ønsket vi å se nærmere på dette i surveyen. Tema ble belyst først gjennom fire spørsmål

Tabell 8: Lederskifte i perioden

Lederskifte:	Faktisk antall
Ingen fra ca tre måneder før deltakelse i prosjektet, til ca tre måneder etter	21
Mens sykemeldt, før deltakelse i prosjektet	9
Under deltakelse i prosjektet	3
Like etter (i løp av de 3 første månedene) etter deltakelsen	5

21 av respondentene opplevde ikke lederskifte i løpet av perioden, dvs at 13 har opplevd lederskifte i perioden. Av de 13, så har 9 opplevde lederskifte i sykemeldingsperioden før prosjektet. 8 opplevde skifte under prosjektet og/eller like etter. Noen av respondentene har satt flere kryss, dvs de har opplevd flere enn ett lederskifte. 15 av 36 respondenter er ca 41%. Det er rimelig å anta at lederskifte i sykemeldingsperioden kan vanskeliggjøre kontinuitet i oppfølgingen av den sykemeldte, og i oppfølging av pilotprosjektet spesielt. Vi har ingen mulighet til å vite om det er vanlig i Helse Nord at ca 41% av medarbeidere med langtidssykefravær eller gjentakende sykefravær opplever lederskifte i sykefraværperioder, men det er et tema som vi anbefaler at blir undersøkt nærmere av virksomheten. Skulle det vise seg å være i nærheten av 40% på enheter, så er det grunn til bekymring med tanke på oppfølging og forebygging av sykefravær.

Respondentene ble i tillegg spurt i hvilken grad de opplevde at nærmeste leder var tilgjengelig ved behov for samtale og oppfølging (1=svært liten grad, og 5=svært stor grad):

Tabell 9: Tilgjengelighet til leder

	Gj.snitt på skala 1-5	Svært liten	Liten	Noen grad	Stor	Svært stor	N
Før ble syk	2,94	9 (25%)	2 (5,6%)	11 (30,6%)	10 (27,8%)	4 (11,1)	36
Mens sykemeldt før prosjektet	3,28	6 (16,7%)	2 (5,6%)	11 (30,6%)	10 (27,8)	7 (19,4)	36
Under prosjektet	3,36	5 (13,9%)	3 (8,3%)	10 (27,8%)	10 (27,8%)	8 (22,2)	36
Like etter (3 mnd) prosjektet	3,19	7 (19,4%)	3 (8,3%)	9 (25%)	4 (27,8%)	7 (19,4%)	36

Tabellen viser gjennomsnitt, samt frekvensfordeling med antall og prosent.

Like etter (inntil 3 måneder) veiledninger med arbeidslivsguidene, hadde respondentene veldig ulike erfaringer. 9 har svart 'noen grad', mens 7 har svart 'svært liten grad' og 7 har svart 'svært stor grad'. Den store ulikhet i oppfølging er i seg selv grunn til bekymring, og likeledes at 10 av 36 opplever at de ikke blir fulgt opp. Denne perioden kan være kritisk for om planlagte tiltak på jobb og privat følges opp slik at de kan lede til reelle tiltak. Planlagte tiltak som er relatert til arbeidet er særlig viktig å følge opp gjennom samtaler med leder.

En mulig årsak til opplevelsen av lite oppfølging kunne være fjernledelse, men det er ingenting i materialet her som gir antydninger om en slik sammenheng. 31 respondenter (N=35) hadde sin nærmeste leder lokalisert i nærheten hele tiden. Kun 2 hadde fjernledelse hele tiden, og ytterligere 2 erfarte dette i deler av perioden pga lederskifte eller flytting.

Respondentene ble spurt om: ***hvor mange ganger i gjennomsnitt hadde du – via telefon eller ansikt til ansikt – samtale (ikke kun 'hei' eller rask beskjed) med din leder?***

Tabell 10: Kontakt med leder

	En/noen ganger i året	En/noen ganger i mnd	En/noen ganger i uka	En/noen om dagen	N
Før ble syk	14 (41,2%)	10 (29,4%)	8 (23,5%)	2 (5,9%)	34
Mens sykemeldt	7 (20,6%)	22 (64,7%)	5 (14,7%)	-	34
Etter avsluttet veiledning	11 (32,4%)	17 (50%)	6 (17,6%)	-	34

Hva sier disse tallene oss? Vi ser en merkbar økning i oppfølging da respondentene blir sykemeldte i forhold til før de ble syk, det er i tråd med IA-avtalens intensjoner om tettere oppfølging under sykefravær. Det er allikevel litt overraskende at over 40% opplever å ha kontakt med sin leder kun en/noen ganger i året, her kan det være et forbedringspotensial mht forebygging av sykefravær. Etter veiledningen var avsluttet opplevde ca 50% å ha kontakt med leder en/noen ganger i måneden, noe som er lavere enn sykefraværsperioden før prosjektet men høyere enn før sykemeldingen. Hvorfor vi her får en nedgang kan ha mange årsaker. For eksempel så kan personen ha sluttet i jobben; personen kan ha planlagt tiltak under prosjektet som kun var relatert til privatlivet. Det kan også tenkes at deltaker var tilbake i normal jobb, uten behov for tilrettelegging og oppfølging. En mulig årsak som kan være mer foruroligende er dersom leder ikke var informert om at prosjektet (dvs veiledningene) var ferdig, og trodde arbeidslivsguiden og medarbeider holdt styringen selv. En slik avvenning kan hindre proaktiv handling fra både leders og medarbeiders side, som da kan hemme utnytting av prosjekt. Under de kvalitative intervjuene ble det påpekt både av medarbeidere og ledere mangelfull informasjon som førte til mangelfull oppfølging, dette er en side ved prosjektet som ikke synes å ha fungert godt nok, og som bør bli bedre ved eventuell videreføring. Noe mer informasjon om dette får vi nedenfor, samt i delkapittel 6.3.

I hvilken grad opplevde respondenten at nærmeste leder gjorde tiltak/tilretteletting i fht personens situasjon?

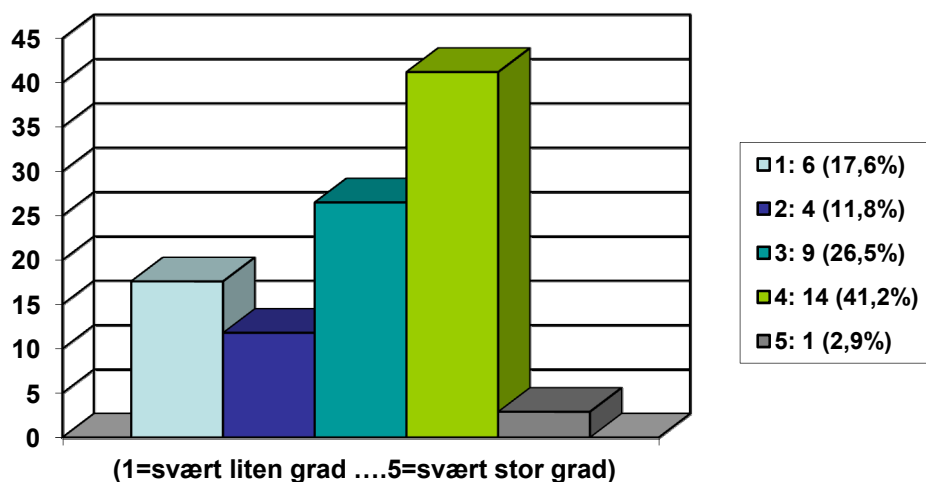
Tabell 11: Leders tilrettelegging

	Gj.snitt skala 1-5	Svært liten	Liten	Noen Grad	Stor	Svært stor	Prosent 1-2	N
Før ble syk	2,32	12 35,3%	8 23,5%	8 23,5%	3 8,8%	3 8,8%	58,8%	36
Mens sykemeldt før prosj	2,73	9 27,3%	5 15,2%	9 27,3%	6 18,2%	4 12,2%	42,4%	33
Under prosjektet	3,15	5 15,2%	6 18,2%	7 21,2%	9 27,3%	6 18,2%	33,3%	33
Like etter (3 mnd) prosjektet	2,97	7 21,2%	7 21,2%	6 18,2%	6 18,2%	7 21,2%	42,4%	33

Det kanskje mest overraskende i denne tabellen er at flest opplevde tilrettelegging fra leder under deltaking i pilotprosjektet. Det er overraskende av flere grunner. For det første fordi man kunne anta at tilretteleggingen var mindre mens prosjektet pågikk, dette kan tyde på at flere av deltakerne forsøkte å få satt i verk tiltak underveis i prosjektet. For det andre er det ut fra prosjektets metodikk, rimelig å forvente at det skulle bli flere tilrettelegginger/tiltak like etter prosjektet, hvor veileder og deltaker har gjort avtaler og en sluttrapport ble laget for å summere opp planlagte tiltak. Andre observasjoner i tabellen, er at flere opplevde lite eller svært lite tilrettelegging under sykemeldingen før prosjektet, enn de som opplevde slik tilrettelegging. Sykemeldte kan ha store, kanskje urimelig store, forventninger til leder og foretaket om tilrettelegginger, men gapet mellom forventning og realitet bør gjøres noe med fordi forventninger gjerne påvirker personers holdning og praksis. Resultater i tabellen over bør også sees i forhold til resultater i kapittel 6.3 om veiledningsperioden.

Deltakerne ble bedt om å evaluere ledelsen, ut fra helhetsinntrykket under perioden fra like før personen ble syk, til ca tre måneder etter prosjektet.

I hvilken grad mener du at det ble utøvet dyktig ledelse?

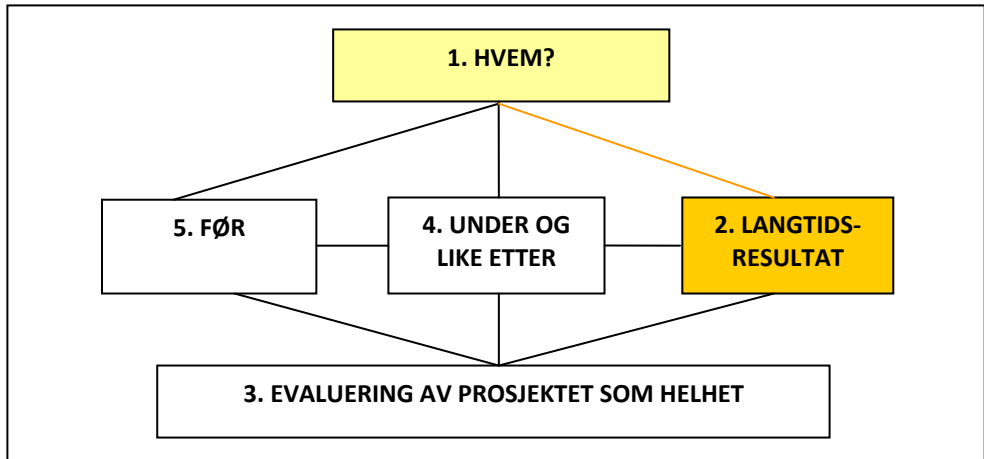


Figur 12: Oppfatning om ledelse

Resultatet av frekvensanalysen viser ulike oppfatninger om utøvelsen av ledelse. 15 av respondentene (N=34) mener det ble utøvet dyktig eller svært dyktig ledelse i perioden, mens 10 mener dyktighet ble utøvet i liten eller svært liten grad. Gjennomsnittet er 3. Hva som er dyktig ledelse eller ikke er ofte subjektivt, her må vi anta at det sees ut fra personens situasjon på jobb og i sykefravær, med de behov, forventninger og erfaringer den enkelte person hadde.

Det ble spurt om en rekke flere spørsmål om situasjonen før sykemeldingen, som for eksempel egen mestring, grensesetting, forventninger om tilrettelegginger, hva som preget hverdagen, om endrings, arbeidsmiljø og ledelse (før og under prosjektet). For deler av dette materialet er det gjort enklere analyser og de mest interessante funnene blir presentert i kapittel 7. Som kjent er svarantall kun 36 eller færre på disse spørsmålene, det er derfor store begrensninger for analysene.

4. LANGTIDSRESULTATER



En hovedhensikt med pilotprosjekt arbeidsglede var å forsøke og få deltakerne fra sykefravær til aktivitet. I prosjektskissen ble det presentert tre hovedhensikter med følgende prioriterte rekkefølge (Åsvang/Nordnes, 2007):

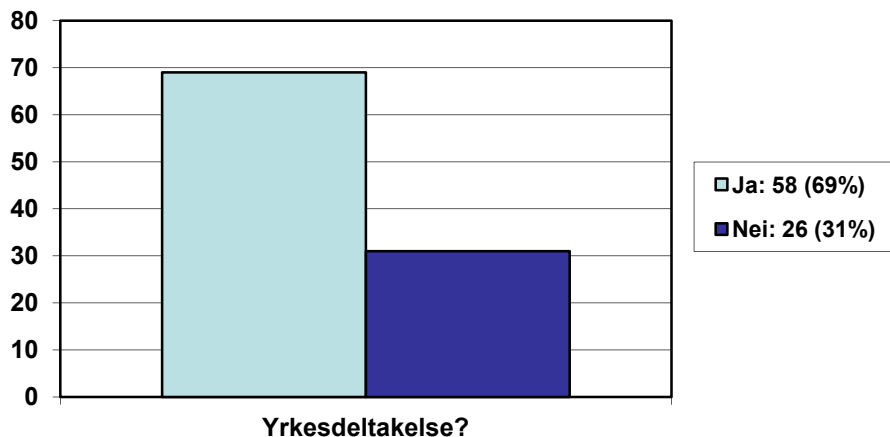
1. Tilrettelegging for arbeidstaker i nåværende jobb
2. Tilrettelegging for arbeidstaker i nåværende bedrift
3. Bistand til arbeidstakere for å finne ut om de bør gjøre noe annet for å få helse og arbeidsglede tilbake

På bakgrunn av ulike dokumenter, observasjoner og samtaler gjennom følgeforskningen er mitt inntrykk at pkt 3 kan innebære veiledning og bevisstgjøring i forhold til å studere, søke seg jobb andre steder utenfor bedriften, attføring, alderspensjoner, mm. Noen var fortsatt så syke at de ovennevnte alternativer ble diskutert som langtidstiltak. Jeg har fra første møte med prosjektet tolket det slik at prosjektledelsen hadde et klart mål om å skape et brudd med sykefraværssituasjonen, og forsøkte å hjelpe deltakerne over i en annen situasjon og praksis som var mer aktiv og konstruktiv. I noen tilfeller kunne det bety en avklaring og trolig avslutning av arbeidstakers forhold til arbeidsgiver.

Kapitlet beskriver de viktigste langtidsresultatene mht om respondent er i jobb eller ikke; om de som jobber har endret arbeidssted og yrke eller ikke; hva de gjør de som ikke jobber heltid; samt om de som jobber har hatt langtidssykefravær siste halvår.

4.1 I YRKESLIV ELLER IKKE?

Respondentene fikk spørsmålet: Er du i yrkeslivet NÅ? Med svaralternativene 'ja' og 'nei'. Fordelingen blant svarene (N=84, 1 ubesvart) viser at 58 av respondentene, 69% (av de som besvarte spørsmålet) er i yrkeslivet.



Figur 13: Antall som er i yrkeslivet vs ikke

Gjennom minisurveyen får vi ikke vite hvor mye de jobber, men for de som har besvart den lange utgaven har vi en oversikt over dette.

4.1.1 Er det forskjell mellom foretakene?

En krysstabulering gir svar på om det er forskjeller mellom foretakene:

Tabell 12: Krysstabulering og foretak

		Foretak				Total
		NLSH + RHF	UNN	Helgelands - sykehuset	Helse Finnmark	
1 JA	Innen foretak	5	33	8	12	58
	%	71,4%	64,7%	80,0%	75,0%	69,0%
2 NEI	Innen foretak	2	18	2	4	26
	%	28,6%	35,3%	20,0%	25,0%	31,0%
Total	Antall i foretak	7	51	10	16	84
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabellen viser at respondentene fra UNN er minst yrkesaktive av de involverte foretakene, 64,7% av dem er i yrkeslivet og 35% er det ikke. Respondentene fra Helgelandssykehuset er mest yrkesaktive, der er 80% i yrkeslivet og kun 20% ikke. Ser vi bort i fra at det er store forskjeller mht faktiske antall respondenter fra hvert av foretakene, og kun ser på prosentandeler, kan det se ut som om at UNN i større grad enn de andre foretakene, og særlig i fht Helgelandssykehuset, har skapt en type brudd som medførte å gå fra å være i yrkeslivet i sykefraværs-situasjon til å ikke lengre være i yrkeslivet.

Hva kan dette skyldes?

Var deltakerne fra UNN annerledes enn deltakerne fra Helgelandssykehuset? Har guidene jobbet på en litt annen måte? Kan det ha betydning at store deler⁷ av UNNs deltakere var lokalisert i Tromsø, Harstad og Narvik som er større Nordnorsk byer med studiemuligheter og flere alternative arbeidsplasser utenfor foretaket? Hvis sistnevnte potensielle forklaring har betydning så bør man kunne forvente en tilsvarende tendens for Nordlandssykehuset som i hovedsak har hadde deltakere lokalisert i Bodø, som er Nord-Norges nest største by og som også har flere muligheter mht studier og alternative arbeidsplasser enn de mindre byene og distriktene. 28,6% av respondentene fra NLSH er ikke lengre yrkeslivet, men bak dette tallet står kun 2 respondenter. Ved å kjøre en Kji-kvadrattest kan vi finne ut om tallene for UNN bør tillegges stor vekt.

I Tabell 13 (nedenfor) ser vi at UNN (inkludert sykehusapoteket) hadde en høyere prosentandel som hadde gått ut av yrkeslivet enn de andre foretakene, det er forventet siden UNN står for den klart største andel av respondenter. Tabellen viser at man statistisk forventer 35,2, dvs ca 2 personer flere, i yrkeslivet. Kji-kvadrattesten viser imidlertid at tendensen ikke er sterk nok til å være statistisk signifikant (p burde vært på minst 0,05 nivå). Selv om vi ser en svak tendens hos respondentene, så kan vi ikke konkludere med at den er gyldig for alle deltakerne i prosjektet. Vi kan kun konkludere med at respondentene (de som har svart) fra UNN i større grad har gått ut av yrkeslivet, enn respondentene fra de andre stedene.

⁷ Det var også noen deltakere i Finnsnes som ikke er byområde.

Tabell 13: Om yrkeslivet fordelt på foretak

	Er du i yrkeslivet NÅ?				Kji- kvadrat statisti kk	Sign. nivå
	Ja (n =)		Nei (n =)			
	Antall	%	Antall	%		
Bedrift					1,295	,730
NLSH eller Helse Nord	5 (4,8)	8,6%	2 (2,2)	7,7		
RHF	33	56,9	18	%		
UNN og	(35,2)	%	(15,8)	69,2		
Sykehusapoteket	8 (6,9)	13,8	2 (3,1)	%		
Helgelandssykehuset	12 (11)	%	4 (5)	7,7		
Helse Finnmark		20,7		%		
		%		15,4		
				%		

Tall i parentes refererer til forventede verdier.

4.1.2 Er det andre forskjeller?

Krysstabellanalyser ut fra andre bakgrunnsvariabler kan gi oss flere svar. Tabell 14 viser fordeling ut fra om respondentene er i yrkeslivet eller ikke ut fra de viktigste bakgrunnsvariablene.

Har utdanningsnivå betydning?

Første krysstabell ut fra utdanningsnivå viste at utdanningsgruppe 2 (dvs 1-2 år på videregående skole) og 4 (1-3år på høyskole/universitet) fikk de høyeste prosentandeler som ikke er i arbeidslivet, henholdsvis 35,5% (5 personer) og 41,2% (14 personer). Er dette en tendens? Kji-kvadrat testen viser ikke signifikant sammenheng (kji-kvadrat=4,888, p= ,299).

Tabell 14: Alder, yrke eller alder sammenlignet med om i yrkeslivet

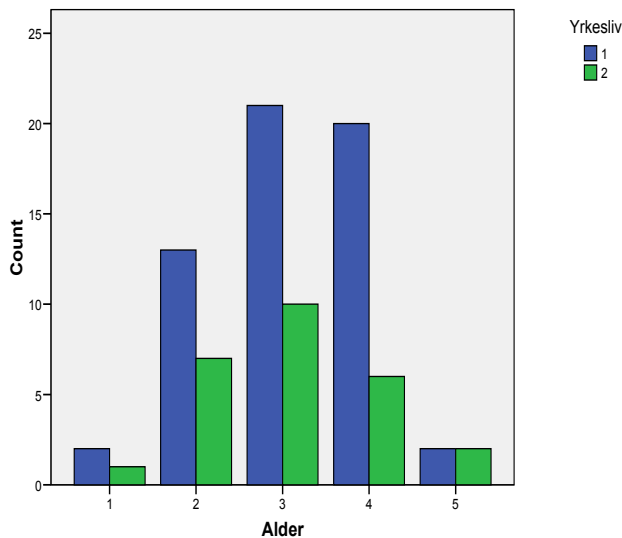
	Er du i yrkeslivet NÅ?				Kji- kvadrat statistikk	Sign. nivå
	Ja (n =) Antall	%	Nei (n =) Antall	%		
Individuelle karakteristika						
Alder					1,620	,805
16-29 år	2 (2,1)	3,4	1 (,9)	3,8		
30-39 år	13 (13,8)	22,4	7 (6,9)	26,9		
40-49 år	21 (21,4)	36,2	10 (9,6)	38,5		
50-59 år	20 (18)	34,5	6 (8)	23,1		
60 år+	2 (2,8)	3,4	2 (1,2)	7,7		
Udannelse					1,715	,190
Til og med videregående skole	29 (26,2)	50	9 (11,8)	34,6		
Universitet/ Høgskole 1år+	29 (31,8)	50	17 (14,2)	54,8		
Yrke					7,489	,586
Sykepleier (spesialsykepl/jordmor)	17 (19,9)	29,8	12 (9,1)	46,2		
Hjelppleier/annen pleie	11 (8,9)	19,3	2 (4,1)	7,7		
Bioing/labpers	5 (3,4)	8,8	0 (1,6)	,0		
Ambulansepersoneell	1 (0,7)	1,8	0 (0,3)	0,		
Renhold/kjøkken/vaskeri/drifft	5 (4,8)	4,8	2 (2,2)	7,7		
IKT/annen teknisk	2 (2,1)	3,5	1 (0,9)	3,8		
Adim arbeid u/høgere utd	5 (6,2)	8,8	4 (2,8)	15,4		
Adim arb m/høgere utd	4 (3,4)	7,0	1 (1,6)	3,8		
Behandlere/terapeuter	1 (0,7)	1,8	0 (0,3)	,0		
Annet	6 (6,9)	10,5	4 (3,1)	15,4		
Leder FØR					1,843	,175
Ja	5 (6,9)	8,8	5 (3,1)	19,2		
Nei	52 (50,1)	91,2	21 (22,9)	80,8		

Tall i parentes refererer til forventede verdier.

Den statistiske sammenheng blir noe bedre når tilsvarende analyse kjøres med den nye variabelen kalt 'høyere utdanning' (dvs utdanning på universitet/høgskolenivå), med kun to svar-alternativer (nei, ja). Som vist i Tabell 14 (nedenfor), blir p noe bedre: 190, men den er fortsatt ikke statistisk signifikant. Vi kan derfor ikke gjøre sikre konklusjoner som har relevans for alle deltakerne om at utdanningsnivå har betydning for *drop out*, vi kan kun slå fast at for respondentene er det en viss sammenheng.

Er det forskjeller ut fra alder?

Analyse av alder opp mot yrkesdeltaking viser at de tre yngste aldersgruppene har nokså lik *drop out*, dvs med mellom 32,3-35%.



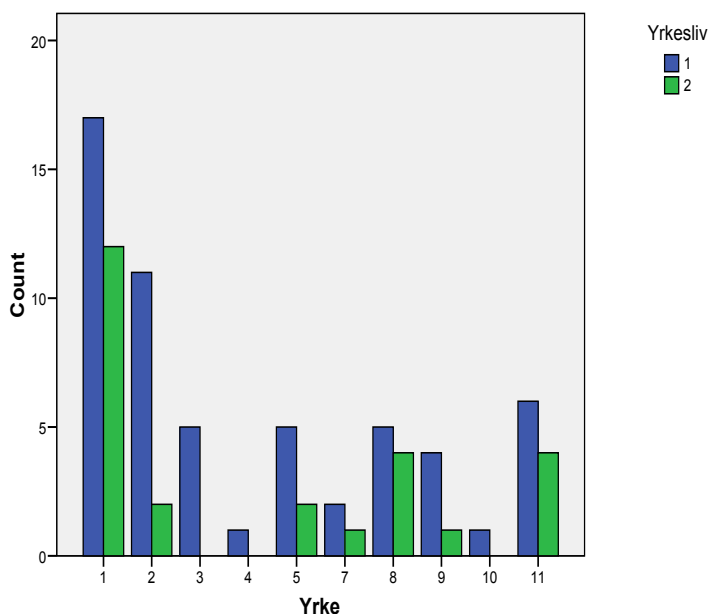
Figur 14:

Sammenheng mellom alder og deltakelse i yrkeslivet

I Figur 14 har de yrkesaktive blå søyle, og de som ikke er i yrkeslivet er vist med grønn søyle. Her synes det å være en sammenheng som også har statistisk relevans. Alle ligger med faktisk antall tett på forventet antall (se Tabell 14). Størst *drop out* har de over 60 år, med en *drop out* på 50%, men her er faktisk antall svært lavt, kun 2 stk. Forventet dropout er 1,2. Den aldersgruppen som skiller seg ut med lavere *drop out* enn forventet er de mellom 50-59 år. Faktisk antall er kun 6 personer, forventet dropout oppgis som 8. Kji-kvadrattesten viser imidlertid ikke statistisk signifikans, $p = ,805$ (jf Tabell 14), det kan derfor ikke gjøres statistiske konklusjoner om slik sammenheng som kan generaliseres til hele populasjonen.

Er det forskjeller avhengig av yrke?

Resultater av krysstabuleringen viser i søylediagrammet (Figur 15) litt forskjeller (blå søyle er i yrkeslivet). Det visuelle bildet viser at yrkesgruppe 3 (bioingernør/lab), 4 (ambulanspersonell) og 10 (behandler/terapeut) ikke har noe *drop out*. For yrkesgruppe 3 er den statistisk forventede *drop out* 1,6, vi ser derved et avvik. Yrkesgruppe 8 (administrativ arbeid uten høyere utdanning, eks sekretær) skiller seg ut med høyest prosentvis *drop out*, 44,4 %. Faktisk antall er 4, mens forventet antall er 2,8. Dette kan tyde på økt risiko for *drop out* i denne yrkesgruppen.



Figur 15: Sammenheng yrkesgruppe og om i yrkeslivet

Bortsett fra de to pleiegruppene, dvs yrkesgruppe 1 (sykepleie, spesialsykepleie/jordmor) og yrkesgruppe 2 (hjelpepleiere, annet pleiepersonale) er det faktiske antallet *drop out* veldig lavt. Av de 29 sykepleierne som har svart, har 12 droppet ut (41,4%). Forventet *drop out* er 9,1, det kan derfor være en økt risiko for *drop out* i denne yrkesgruppen. For yrkesgruppe 2 (hjelpepleier/annet pleiepersonell) ser vi en motsatt tendens, der har kun 2 (15,4%) av 13 personer sluttet i yrkeslivet. Forventet *drop out* er 4,1. Til tross for at prosenter og forskjeller mellom faktisk antall og forventede antall for tre av yrkesgruppene, så er ikke disse tendenser statistisk signifikant. Kji-kvadrattesten viser $p = ,586$. Vi kan derfor heller ikke her generalisere til hele populasjonen.

Har det betydning om deltaker hadde lederansvar eller ikke?

Vi har tidligere sett at 11 respondenter var leder før. Av de 83 som har besvart både spørsmålet om de hadde lederansvar før, og om de er i yrkeslivet nå, så er det 10 respondenter som var leder før, halvparten av dem er fortsatt i yrkeslivet. Det totale faktiske antall tidligere ledere er lavt, men det er overraskende med 50% *drop out*. Forventet *drop out* er 3,1, mens forventet antall i yrkeslivet er 6,9, her er det en viss statistisk sammenheng. Kji-kvadrattesten viser en noe "bedre" sammenheng enn ved de tidligere bakgrunns-variablene, men resultatet er heller ikke denne gangen statistisk signifikant ($p = ,175$).

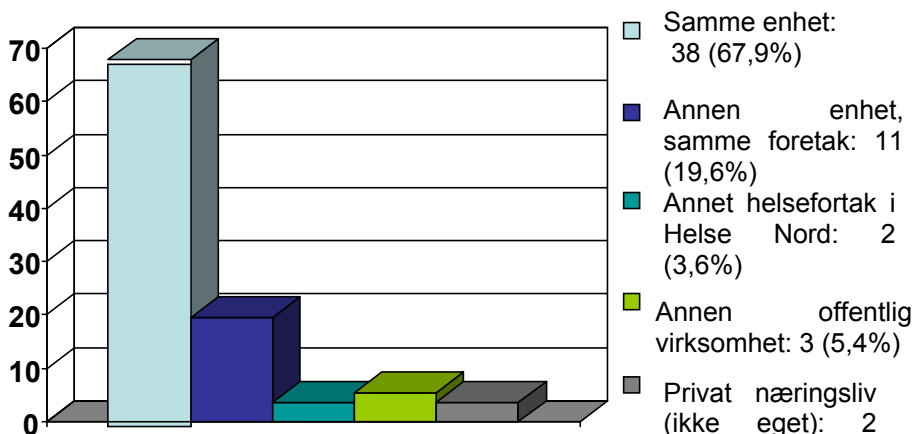
Selv om vi ikke kan konkludere med at funnet kan generaliseres til hele populasjonen, er det grunn til å stille spørsmål ved den uventede høye 'drop out'. Har ledere større risiko for å falle ut av yrkeslivet enn andre arbeidstakere dersom de kommer inn i langtidssykefravær? Er helseforetakene lite flinke til å ta vare på egne ledere? Arbeidstilsynets avdekning av ubalanse mellom krav og ressurser spesielt for mellomledere, kan bety at mellomledere oftere er i en ekstra presset situasjon. En annen mulig sammenheng kan være at disse lederne har hatt ekstra nytte av prosjektdeltakelsen. Dette bør undersøkes nærmere ved senere arbeidslivsveiledningsprosjekter der flere ledere deltar.

4.2 DE SOM ER I YRKESLIVET

4.2.1 Hvor jobber de og hva gjør de?

Hvor jobber de som er yrkesaktive nå?

Til dette spørsmålet fulgte seks svaralternativ, og kun ett valg. En frekvensanalyse viste følgende resultat:



Figur 16: Er arbeidssted endret eller som før?

Ingen har svart alternativ 6 (eget delvis eller heleid firma). N=56, det betyr at 2 respondenter som er i yrkeslivet ikke har besvart dette spørsmål.

Av de som er i yrkeslivet (og har besvart dette spørsmål), så er 49 (87,5%) i samme foretak som de var i når det kom med i pilotprosjektet. Hele 67,9% er i samme enhet, mens 19,6% har flyttet til annen enhet. Mobiliteten blant de yrkesaktive er derved lav, spesielt mht flytting over til andre virksomheter.

Hvor mange av dem er ledere?

I delkapitlet ovenfor så vi at 10 respondenter hadde vært leder før, og kun 5 av dem jobbet nå. 50% *drop out* blant lederne virket høyt, men det var ikke av statistisk signifikans. Av de 62 respondentene som er i yrkeslivet nå er det 4 (6,5%) med slikt ansvar.

Krysstabulering av svar (N=61) på spørsmålene om de var leder før versus leder nå, viser at 3 av de som var leder før også er leder nå. 1 av de som er i jobb nå er ikke leder lenger, og en av lederne har unnlatt å svare på spørsmålet.

Tabell 15: Leder Før vs Nå?

		Er du leder NÅ?					
		Ja (n =)		Nei (n =)			
		Antall	%	Antall	%		
Leder	FØR						
Ja		3 (,5)	75	4 (6,5)	7		
Nei		1 (3,5)	25	53 (50,5)	93		
		4	100				

Hvor mange har vært langtidssykemeldte siste halvår?

40 av 56 som besvarte spørsmålet om sykefravær, og som fortsatt er i yrkeslivet, sier de ikke har hatt langtidssykefravær. Det er 71,4%, forventet antall er 41,1. Det betyr at 28,6% (16 personer) har hatt slikt fravær. Kji-kvadrat testen viser ikke statistisk signifikans ($p = ,336$), dvs at vi ikke kan konkludere for hele populasjonen.



Dette er imidlertid et reelt fraværstall for de som har svart. Vi ser her viktigheten av at man ikke kun måler statistisk signifikans, men også gjør praktiske vurderinger. 28,6% er et betydelig høyere tall enn hva som er gjennomsnittlig sykefravær i Norge, i helsesektoren, og i Helse Nord-regionen mer generelt (jf kapittel 1). Det er ukjent for meg om det finnes statistikk på sykefraværstall på

personer som før har hatt langtidssykefravær. Siden nesten 30% av disse deltakerne som er i jobb har hatt langtidssykefravær bør en undersøke om det er relevant å følge dem opp med ytterligere arbeidsveiledning eller andre forsterkede tiltak.

4.3 DE SOM IKKE JOBBER, ELLER JOBBER MINDRE ENN 80%

Helsesektoren er kjent for å ha mange i deltidstillinger, totalt antall som hadde deltidstilling i Helse Nord i 2008 var 3185 personer, mens 7220 jobbet heltid. Vi har ikke informasjon om hvor mange av de som hadde deltid som jobbet mindre enn 80%. Blant deltakerne i pilotprosjektet kan vi forvente å finne flere som jobbet mindre enn 80% både før og etter pilotprosjektet som en normalsituasjonen som ikke trenger å ha noen kobling til personens sykefravær. Miniutgaven av surveyen inneholder ikke spørsmål om stillingsprosent før og nå, og om de var fornøyd med den.

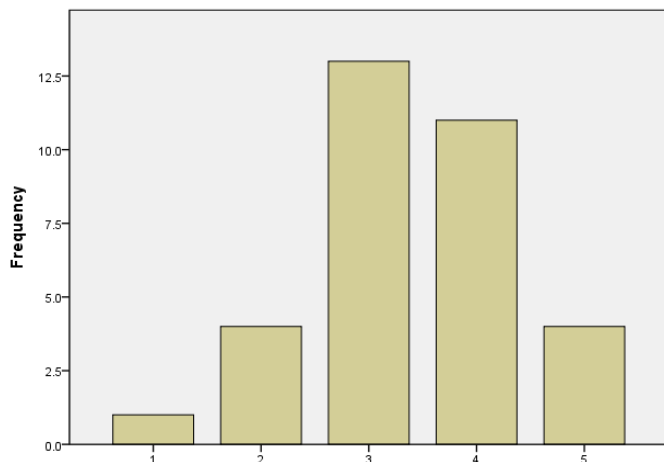
På spørsmålet om hva de gjør de som ikke er i yrkeslivet, eller som jobber mindre enn 80%, fikk respondentene 8 svaralternativer, og mulighet til å velge flere kryss dersom det var aktuelt. Tabellen nedenfor inneholder totalt 67 avmerkinger. 20 personer er involvert i NAV-tiltak som rehabilitering eller attføring. 14 er helt eller delvis uføretrygdet. 13 er helt eller delvis studenter. Ingen har fått alderspensjon.

Tabell 16: Andre aktiviteter enn arbeid

	Arbeids- søker/ ledig	Student	Uføre- trygdet	Alders- pensjon	NAV tiltak (rehabilitering/ attføring)	Hjemme omsorg	Mer fritid	annet
Ant	2	13	14	0	20	6	4	8

4.4 ANDRE LANGTIDSRESULTATER

Hvordan vurderer respondentene helsen sin nå, ut fra en skala på svært dårlig (1)-svært god (5)? Kun de som har besvart lang survey fikk dette spørsmålet (33 respondenter svarte på spørsmålet). Fordelingen er slik:



Figur 17: Selvvurdering av helsesituasjonen NÅ

Svarfordelingen ser slik: 1 (3%), 2 (12,1%), 3 (39,4%), 4 (33,3%) og 5 (12,2%). Gjennomsnittet er 3,39, sammenlagt for svar 4 og 5 er 45,4% (15 personer). En kan konkludere med at helsesituasjonen oppfattes som god for de fleste respondentene.

Tabell 17: Betydningen av bevissthet om friskfaktorer og energitappere

I hvilken grad har bevissthet om friskfaktorer og energitappere betydning for din:	Gj.snitt på skala 1-5	Standard-avvik	Prosent 4-5	N
1. Mestring på jobb/studier	4,17	1,037	64,2	29
2. Mestring privat	4,00	1,102	65,5	29
3. Motivasjon og trivsel på jobb/studier	4,24	,951	75,0	29
4. Trivsel privat	3,97	1,052	68,9	29
5. Opplevelse av at jobb/studier er meningsfull	4,33	,994	79,3	30
6. Arbeidsglede (studieglede)	4,28	,960	75,0	29
7. Livskvalitet	4,20	,805	76,6	30
8. Innsats mht å øke friskfaktorene og redusere energitapperne	3,79	1,062	58,3	24

Pilotprosjektets metodikk fokuserte på og ønsket å skape økt bevissthet og handling knyttet til friskfaktorer og energitappere. Respondentene ble spurt om i hvilken grad (1-5) de hadde bevissthet om hvordan friskfaktorer og energitappere har betydning sett i forhold til åtte aspekter, dette var formulert som påstander. Hovedfunn er presentert i tabellen ovenfor.

Påstand 1, 3 og 5-6 hadde et ekstra svaralternativ 'ikke aktuell' siden noen av respondentene ikke var i jobb/studie-situasjon. Det uttrykkes høyest bevissthet om friskfaktorer og energitappere i forhold til jobb/studie og minst i fht privatlivet, ett unntak er påstand 7 om livskvalitet som kommer blant de høyeste. Det er overraskende at påstand 8, om sammenheng mellom bevissthet og handling (innsats) for å øke friskfaktorer og redusere tappere, får lavest oppslutning. Pilotprosjektet forsøkte å øke bevisstheten om disse sammenhenger, da det ble antatt at bevissthet kan lede til handling. Slik sammenheng er imidlertid ingen selvfølge, for eksempel vet mange røykere at det er høy helseisiko ved å røyke men slutter allikevel ikke. Kognitiv kunnskap om noe viser seg ofte utilstrekkelig alene for å endre praksis. Selv ikke brudd i form av kriser, trenger å føre til læring som gir betydelige endringer (eks se Gherardi, 2006).

4.5 OPPSUMMERING

Som tidligere nevnt hadde prosjektet tre hovedformål i rangert rekke følge:

- 1) Tilbake til jobb i samme enhet;
- 2) tilbake til jobb i samme foretak, men annen enhet;
- 3) annen avklaring

Har prosjektet lyktes sett i forhold til disse formål? Vi kan ikke vite om langtidsresultatet mht om deltaker er tilbake til jobb, påvirkes av prosjektet. Men vi har sett på om nå-situasjonen stemmer med hovedformål.

Ad pkt 1: 68% av de som er i yrkeslivet jobber i samme enhet. Det må kunne sies å være en høy andel, og situasjonen er i tråd med primærmålet med pilotprosjektet.

Ad pkt 2: 19,6% av de som er i yrkeslivet jobber i annen enhet i samme foretak. Om dette er et ønskelig eller tilstrekkelig antall må virksomhetene selv avklare. Det kan også være en fordel å sette søkelys på om det er tilstrekkelig mulighet for mobilitet innad i foretakene? Er det tilstrekkelig vilje og evne hos

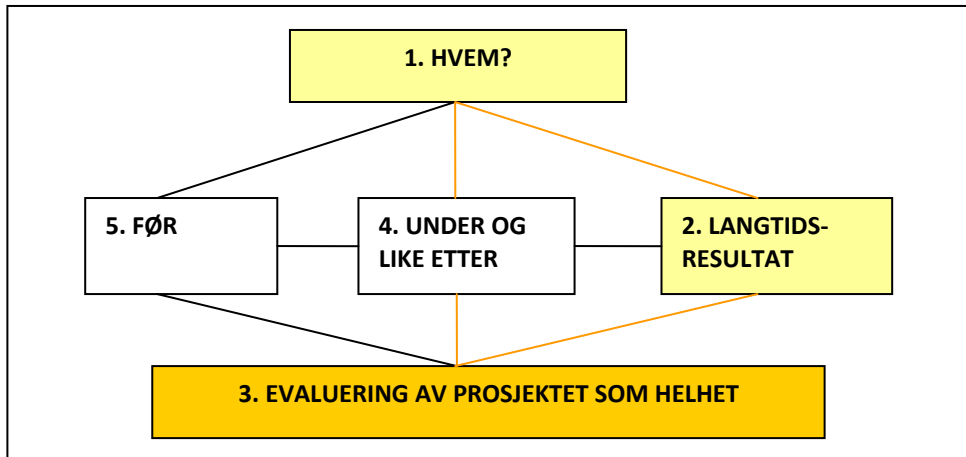
ledelsen/personalavdeling til å finne andre jobber innad? Noe mer informasjon om dette får vi i senere kapitler.

Ad pkt 3: 26 respondenter er ikke i yrkeslivet nå. Noen av dem kan ha permisjon for å studere. Blant de som ikke er i yrkeslivet, eller jobber mindre enn 80%, finner vi noen som er under attføring og/eller utdanning som trolig kommer tilbake til yrkeslivet, kanskje til et yrke eller sted de vil trives bedre i. Flere har blitt uføretrygdet, og derved fått en avklaring av sin situasjon. Noen har valgt at de ikke skal jobbe i det hele tatt eller mindre enn 80 %, enten fordi de har omsorgsansvar eller fordi de ønsker å ta bedre vare på seg selv (kommentert i åpent felt). I tillegg har 12,6% av de som jobber begynt å arbeide utenfor Helse Nord-foretak.

Noen var fortsatt syke og hadde derved ikke kommet ut av en vanskelig tilstand.

Sett i forhold til de 3 ovennevnte hovedformål og hvordan det har gått med deltakerne (respondentene), så er situasjonen (langtidsresultatet) i svært god samklang med hoved-formålene. Vi kan imidlertid ikke vite sikkert om det er sammenhengen mellom respondentenes nå-situasjon (langtidsresultat) og pilotprosjektet, dvs. vi vet ikke om det er prosjektet eller andre forhold som har hatt innvirkning på situasjonen for respondentene. I neste kapittel skal vi se hvordan respondentene evaluerer og selvrapporterer relevansen av prosjektet som helhet, retrospektiv (sett i ettertid). Vi kan da få mer kunnskap om pilotprosjektet.

5. DELTAKERES OPPSUMMERENDE EVALUERING



5.1 EN HELHETLIG EVALUERING

I slutten av hovedsurveyen ble respondentene bedt om å se tilbake på sin deltakelse i pilotprosjektet og de små eller store resultater/konsekvenser som deltakelsen har fått. Ut fra en gradering fra 1 (svært liten) til 5 (svært stor), ble de bedt om å gradere hvor enige de var i 12 påstander. Nedenfor presenteres gjennomsnittsberegning for hver av de tolv, samt hvor stor prosentandel som var meget og svært enig i påstanden.

Tabell 18: En helhetlig evaluering av pilotprosjektet

<i>I hvilken grad er du enig i påstanden?</i>	Gj.snitt på skala 1-5	Stan-dard Avvik	Prosen t 4-5	N
1.Var vellykket slik jeg erfarte det for egen del	3,82	1,261	63,50%	33
2. Ga ingen betydningsfulle resultater	2,53	1,391	28,20%	32
3. Tiltak som ble gjort ville ha blitt gjort uavhengig av pilotpr.	2,81	1,401	31,30%	32
4. Blitt mer vellykket om arbeidslivsguiden hadde vært dyktigere	1,75	1,295	15,70%	32
5. Blitt mer vellykket om blitt fulgt bedre opp av ledelse/personalavd i etter-kant	3,06	1,605	46,90%	32
6. Blitt mer vellykket om min innsats hadde vært bedre	2,16	1,347	15,30%	32
7. Blitt mer vellykket om jeg hadde hatt mer mot og energi til å følge bedre opp	2,53	1,436	25%	32
8. Har gode ideer og verktøy for oppfølging av sykemeldte, men passet ikke for meg	2,28	1,420	25%	32
9. Dets måte å følge opp sykemeldte bør videreføres	3,91	1,174	62,60%	32
10. Dets måte å følge opp medarbeidere bør benyttes ovenfor andre som sliter	3,94	,998	71%	31
11. Dersom jeg visste det jeg vet nå, hadde jeg gått inn i prosjekt	3,93	1,337	66,70%	30
12. Har problematiske etiske sider	1,72	,996	6,9%	29

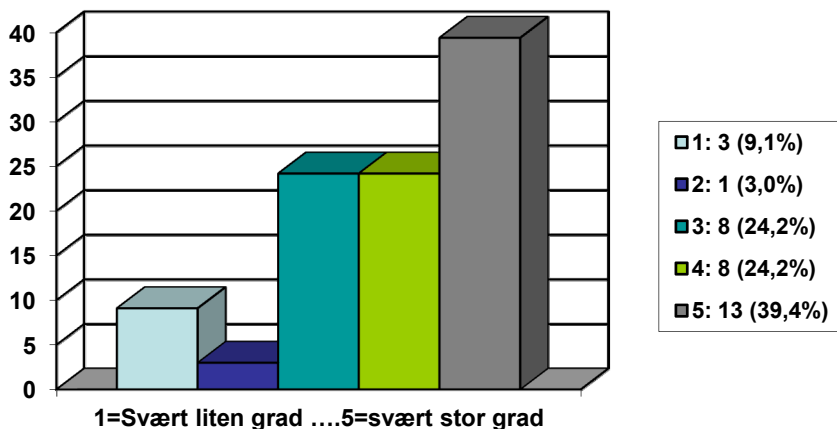
Skala 1 (Svært liten grad)-5 (svært stor grad)

Påstandene er utformet slik at respondentene skulle unngå å komme inn i et mønster der de gjennomgående var enig/uenig. De er derfor ulikt ladet, for eksempel påstand 1 (pilotprosjektet var vellykket slik jeg erfarte det), og påstand 2 (pilotprosjektet ga ingen betydningsfulle resultater). De som mente at pilotprosjektet var til hjelp bør være enig i påstand 1, 9-11, og uenig i påstand 2-5, og 8. Påstand 6 og 7 går på egen innsats.

Frekvens utdyping:

De 12 påstandene er utdypet og illustrert nedenfor.

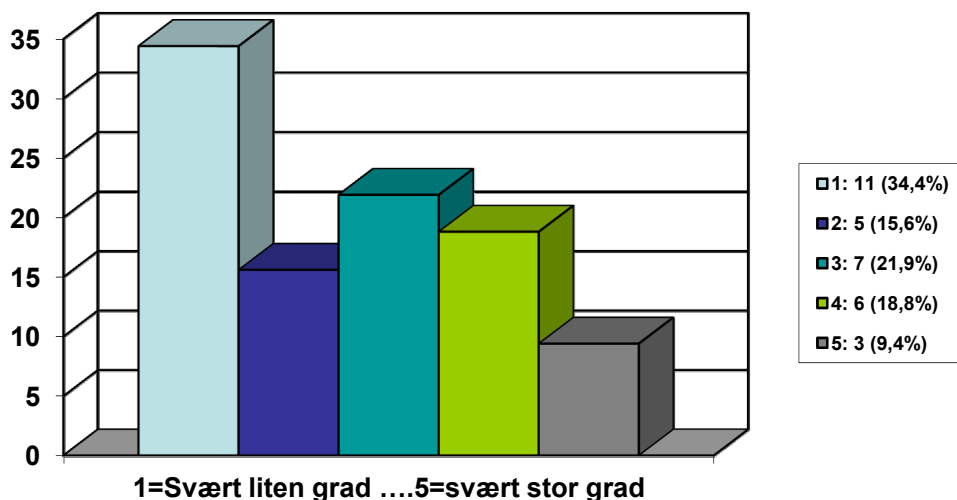
Påstand 1: Pilotprosjektet var vellykket slik jeg erfarte det for egen del



Figur 18: Om pilotprosjektets var vellykket for deltager

N=33 på dette spørsmålet. 13 respondenter, 39,4%, svarte svært enig på denne påstanden, det er også en klar positiv overvekt i svarene.

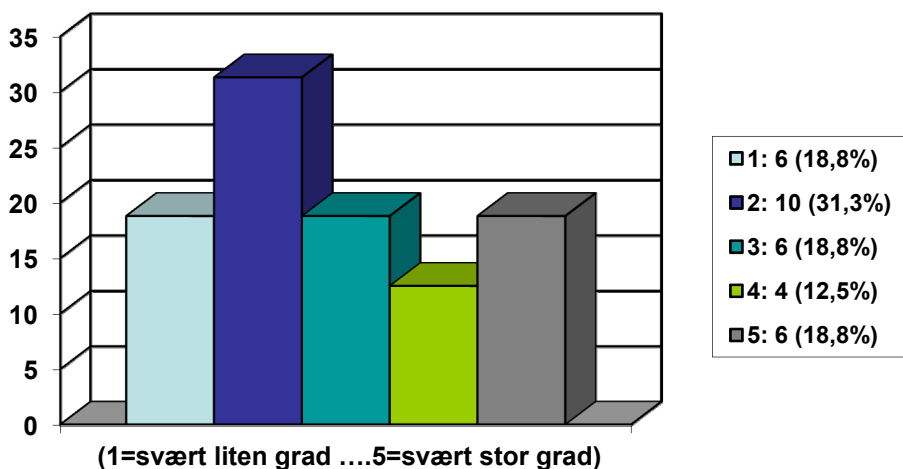
Påstand 2: Ga ingen betydningsfulle resultater



Figur 19: Om pilotprosjektet ga betydningsfulle resultater

N=32. 16 av respondentene er svært uenig eller uenig i påstanden om at pilotprosjektet ikke ga resultater. 9 er enig eller svært enig i denne påstanden. Mens 7 havner på midten. Selv om flertallet er uenig i påstandene, så er 28,2% prosent enig eller svært enig. Det er overraskende at så mange er enig i påstanden, tatt i betraktning at så mange mente prosjektet var vellykket (jf påstand 1). Hva kan det skyldes? Svaret på noen av de andre påstandene kan trolig forklare noe.

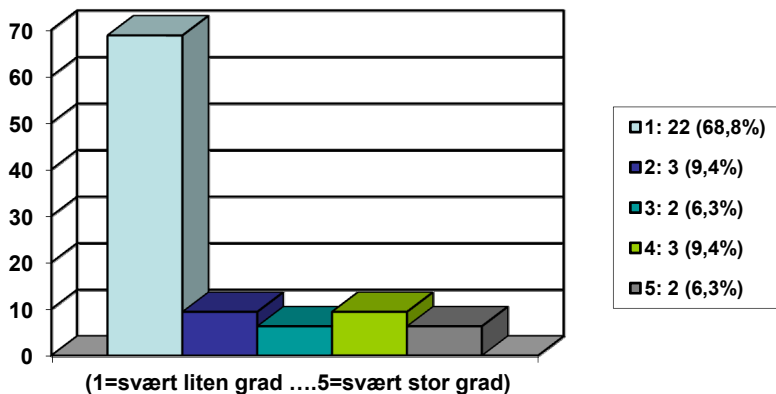
Påstand 3: Tiltak som ble gjort ville ha blitt gjort uavhengig av pilotprosjektet



Figur 20: Tiltak ville blitt gjort uavhengig av pilotprosjektet

10 (31,3%) av 32 respondentene har svært at tiltak ville i stor grad eller svært stor grad blitt gjort uavhengig av pilotprosjektet. Det kan synes overraskende tatt i betraktning av hvor stor enighet det var om at prosjektet var vellykket (jf påstand 1).

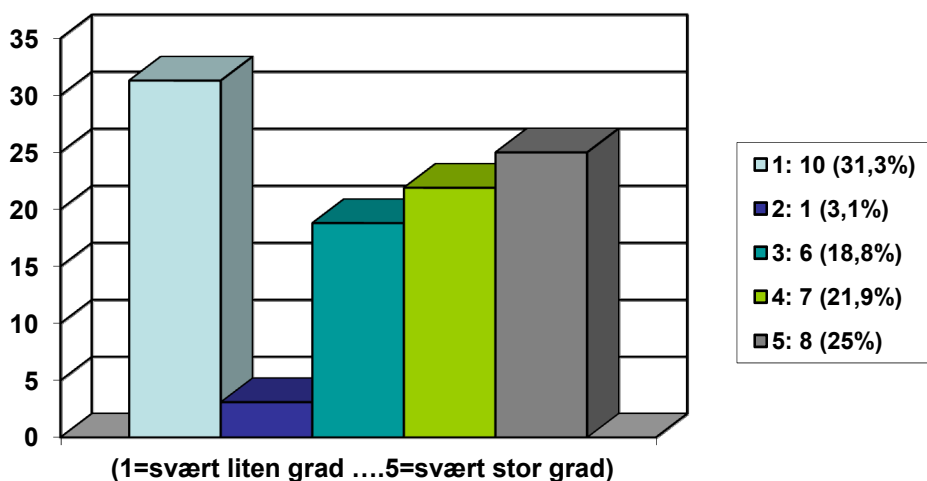
Påstand 4: Hadde blitt mer vellykket dersom arbeidslivsguiden hadde vært dyktigere



Figur 21: Sammenheng resultat og arbeidslivsguiden

Av de som har svart på dette spørsmålet (N=32), svarer hele 78,2 (25 personer) at prosjektets resultat kvalitet ikke ble redusert pga manglende dyktighet hos arbeidslivsguiden. Det er få som har besvart dette spørsmål, så vi kan ikke generalisere. Resultatet gir allikevel en ganske sterk positiv tilbakemelding om kvaliteten på arbeidslivsguidene og den opplæring de har fått.

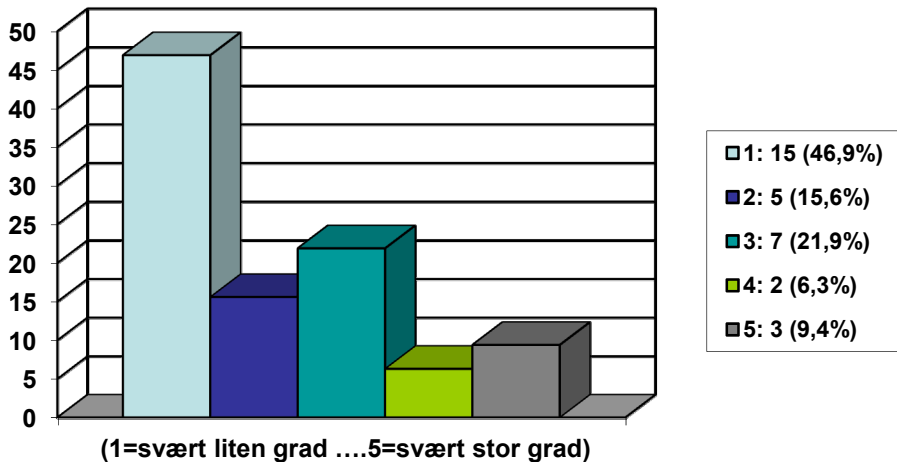
Påstand 5: Pilotprosjektet hadde blitt mer vellykket dersom det hadde blitt fulgt bedre opp av ledelsen / personalavdeling i etterkant:



Figur 22: Ledelsen/personalavdelingen oppfølging

15 (46,9%) av 32 respondenter er enig eller svært enige i at resultatet hadde blitt mer vellykket dersom ledelsen/personalavdelingen hadde fulgt opp bedre i etterkant. Antallet respondenter er få, men det gir klare signal om et forbedringspotensial mht organisering og ledelse dersom konseptet i pilotprosjektet videreføres.

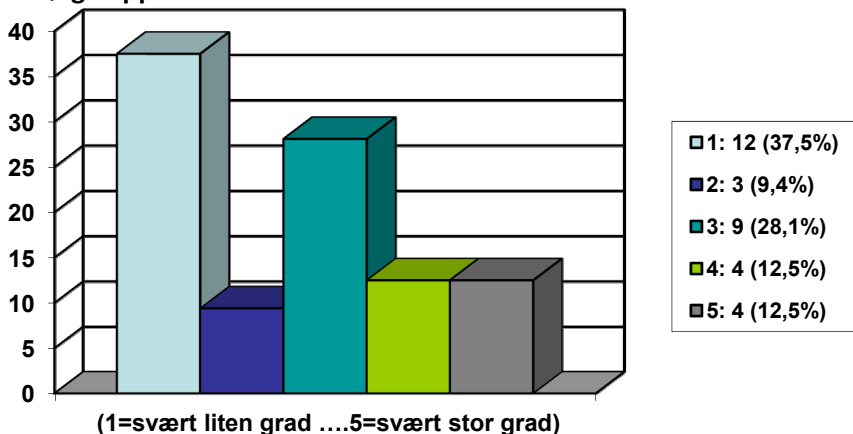
Påstand 6: Hadde blitt mer vellykket dersom min innsats hadde vært bedre



Figur 23: Resultatets kvalitet sett opp mot egeninnsats

Overraskende mange mener at manglende egeninnsats reduserte kvaliteten. Dette spørsmål provoserte noen til å skrive på kommentarer om at dette spørsmålet ble oppfattet negativt for selvtilliten.

Påstand 7: Hadde blitt mer vellykket om jeg hadde hatt mer mot og energi til å følge opp bedre

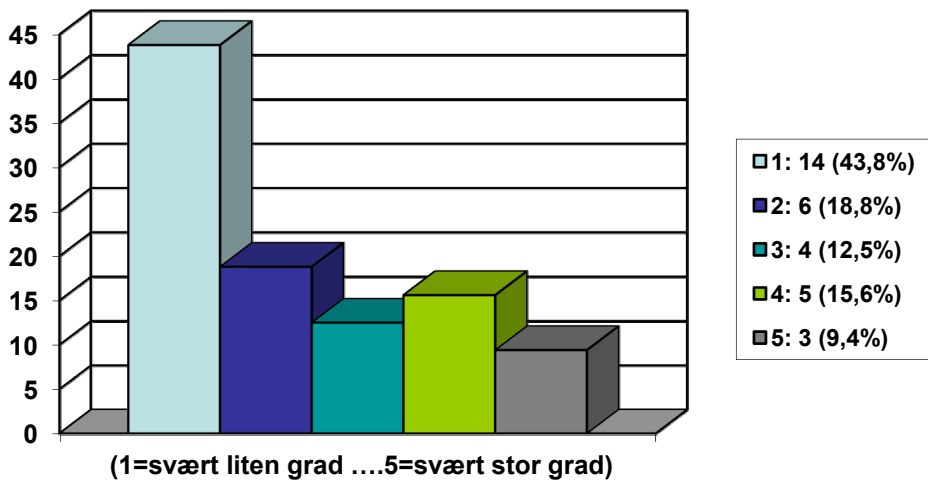


Figur 24: Resultatets kvalitet sett opp mot eget mot og energi til oppfølging

Svarfordelingen på denne påstanden har likheter med forrige påstand, flertallet mener at de selv ikke har hindret positivt resultat i prosjektet. Det er imidlertid en viss tendens til at flere mener at egeninnsatsen kunne vært høyere dersom mot og energi var bedre. Dette kan tolkes som uttrykk for selvrefleksjon, deltakere var i en sykefraværssituasjon som ofte gir lavere mot og energi.

Påstandene 4-7 kan tolkes ut fra attribusjonsteori som sier noe om hvordan vi forklarer årsakene til egne og andres handlinger (Kaufmann & Kaufmann, 2003). Enighet i påstand 6 og 7 kan sees som eksempler på indre attribusjon (dvs resultater forklares med årsaker som ligger hos en selv), mens påstand 4 og 5 kan sees som eksempler på ytre attribusjon (dvs resultater forklares med årsaker som ligger utenfor en selv).

Påstand 8: Prosjektet har i seg gode ideer og verktøy for oppfølging av sykemeldte, men de passet ikke for meg

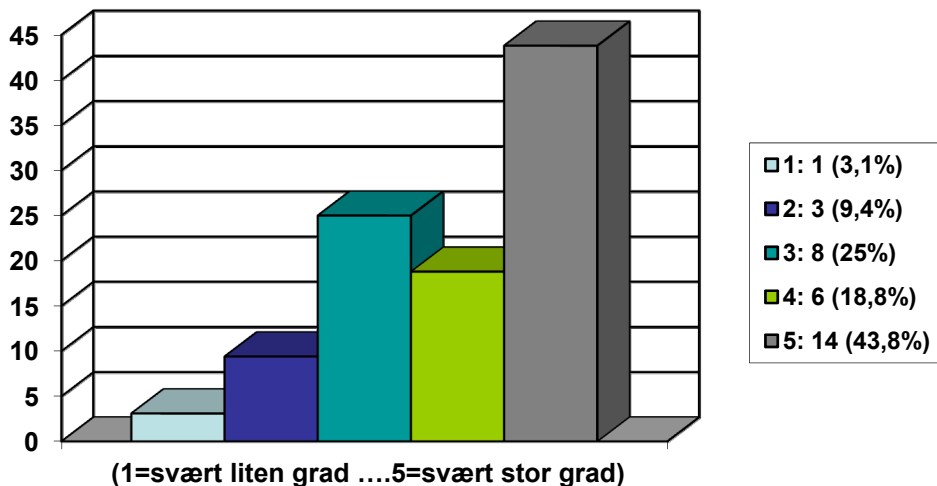


Figur 25: Om metodikken passet for deltager

Denne påstanden har dessverre en uklar formulering som kan ha medført ulike tolkninger ved besvarelsen, fordi påstanden er todelt. Respondentene kan være mer eller mindre enige i at prosjektet har i seg gode ideer/verktøy. Og de kan være mer eller mindre enig i at metoden ikke passet for dem selv. Her ligger en usikkerhet. En tolkning er at respondentene har besvart ut fra om de mente metoden passet for dem eller ikke. 8 av 32 mente at metodikken ikke passet eller i stor grad ikke passet for dem, mens et flertall (20 av 32) mente at metodikken passet for dem. 4 er usikker. Selv om flertallet av respondentene mente at metodikken passet for dem, så er det verdt å merke seg at 25% mener at metodikken ikke passet. Dersom dette er en tendens som gjelder for en større

populasjon, så er det all grunn til å skaffe mer kunnskap om hvem metodikken passer for og bruke kunnskapen ved rekruttering/utvalg dersom konseptet videreføres.

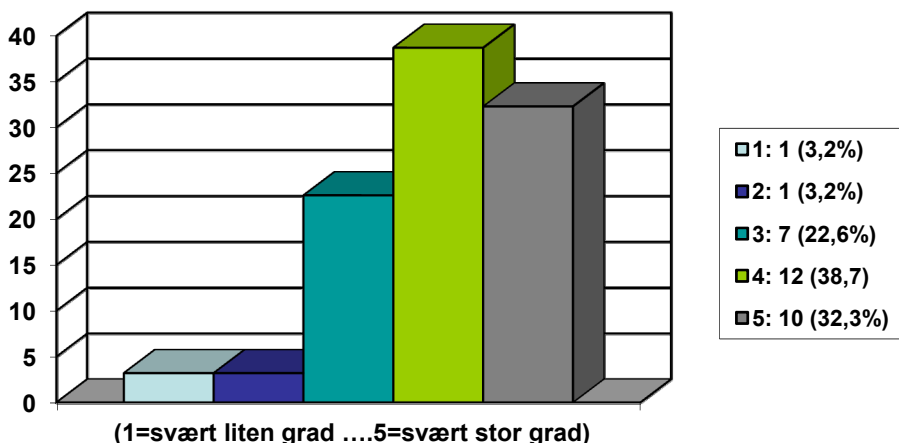
Påstand 9: Dets måte å følge opp sykemeldte bør videreføres som ett av tiltakene ovenfor sykemeldte



Figur 26: Oppfølgingsmåten av sykemeldte bør videreføres

62% (20 av 32) mener dette er en måte å følge opp sykemeldte som bør videreføres. Kun 4 av 32 mener at den er lite eller svært lite egnet.

Påstand 10: Dets måte å følge opp medarbeidere bør benyttes ovenfor andre som sliter selv om de ikke er syke

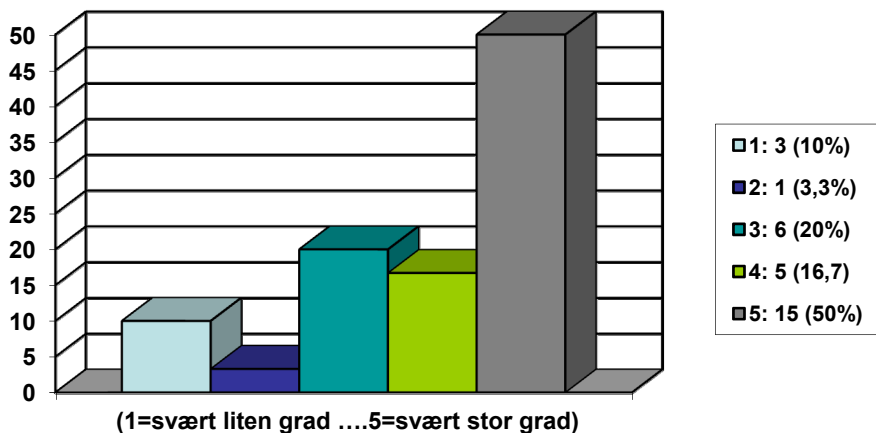


Figur 27: Tilnærmingen bør benyttes ovenfor andre som sliter selv om ikke syk

Den positive evalueringen som fremkom under påstand 9, forsterkes ytterligere i påstand 10, hvor hele 22 (71%) mener konseptet bør brukes også overfor andre som sliter. Forskjellen utgjør kun 2 personer. Dette kan det tyde på at disse ikke fant metoden egnet for seg selv når de var sykemeldt, men at den kunne egnet seg tidligere i en prosess eller med annen sykefraværsgrunn.

Ser vi de tre siste påstandene under ett, så er det mest overraskende at et klart flertall mener konseptet bør brukes både ovenfor sykemeldte og andre som sliter, samtidig som flere (25%) mente at konseptet ikke passet for dem selv. Hva kan det skyldes? Er de selv så spesielle som personer, eller mener de at de har en sykdomsårsak og diagnose som ikke er spesielt egnet for metodikken? Dette får vi ikke mer detaljer om gjennom surveyen.

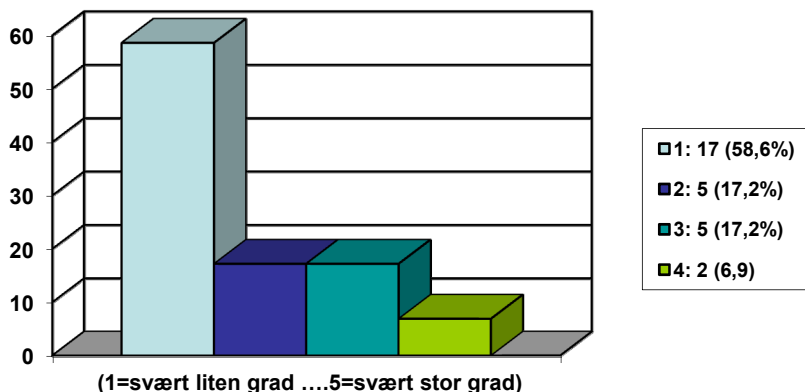
Påstand 11: Dersom jeg visste det jeg vet nå, hadde jeg gått inn i pilotprosjekt arbeidsglede



Figur 28: Jeg hadde gått inn i pilotprosjektet hadde jeg visst det jeg vet nå

4 respondenter ville ikke gått inn i prosjektet hadde de hatt den informasjon de har nå og 6 er usikker. Årsaken vet vi lite om, det kan være de er blant de som mente at prosjektet ikke passet for dem, eller de er skuffet over manglende positive resultater etter avsluttet veiledning.

Påstand 12: Pilotprosjektet har problematiske etiske sider



Figur 29: Om problematiske etiske sier

Resultatet her gir liten indikasjon på at pilotprosjektet har etiske problematiske sider, men det dukker opp noen indikasjoner under åpne spørsmål lengre ned i dette kapittelet samt i spørsmål i kapittel 6.3.

Hver av disse 12 påstandene kan krysses mot et annet spørsmål, dette er gjort mht utdanningsnivå og om respondenten er i yrkeslivet. For å få et grovbilde er det gjennomført en T-test, da sammenlignes gjennomsnittet for to variabler (hvor den ene har svaralternativ som er kontinuerlig eks 1-5; og den andre har to svarkategorier). Tabellen nedenfor inneholder slik analyse for hver av påstandene, først ut fra utdanning (da med sammenslåtte svaralternativer så det kun er to svaralternativer) og så ut fra om er i yrkeslivet eller ikke. Her kan vi også sammenligne med gjennomsnittsskåret for påstanden uten bakgrunnsvariabelen. Hovedregel ved T-tester, er at stor T følges av lavt signifikansnivå.

Tabell 19: Betydning av utdanning og i yrkeslivet for evalueringen

<i>I hvilken grad er du enig i påstanden?</i>	Gj.snitt skala 1-5	T-test	Sign.nivå	N
Påstand 1: Utdanning: Uten høyere utdanning Med høyere utdanning I yrkeslivet: Ja Nei	3,82 3,56 4,06 3,90 3,67	-1,135 ,516	,265 ,610	33
Påstand 2: Utdanning: Uten høyere utdanning Med høyere utdanning I yrkeslivet: Ja Nei	2,53 2,60 2,47 2,70 2,25	,259 ,883	,798 ,384	32
Påstand 3: Utdanning: Uten høyere utdanning Med høyere utdanning I yrkeslivet: Ja Nei	2,81 3,20 2,47 2,80 283	1,499 -,064	,144 ,949	32
Påstand 4: Utdanning: Uten høyere utdanning Med høyere utdanning I yrkeslivet: Ja Nei	1,75 2,07 1,47 1,95 1,42	1,314 1,133	,199 ,266	32
Påstand 5: Utdanning: Uten høyere utdanning Med høyere utdanning I yrkeslivet: Ja Nei	3,06 3,67 2,53 3,05 3,08	2,108 -,056	,043 ,956	32
Påstand 6: Utdanning: Uten høyere utdanning Med høyere utdanning I yrkeslivet: Ja Nei	2,16 2,40 1,94 2,25 2,00	,961 ,502	,344 ,619	32

Påstand 7:	2,53			32
Utdanning:		2,085	,046	
Uten høgere utdanning	3,07			
Med høgere utdanning	2,06			
I yrkeslivet:		,854	,400	
Ja	2,70			
Nei	2,25			
Påstand 8:	2,28			32
Utdanning:		,688	,497	
Uten høgere utdanning	2,47			
Med høgere utdanning	2,12			
I yrkeslivet:		,349	,730	
Ja	2,35			
Nei	2,17			
Påstand 9:	3,91			32
Utdanning:		-1,408	,169	
Uten høgere utdanning	3,60			
Med høgere utdanning	4,18			
I yrkeslivet:		-,655	,518	
Ja	3,80			
Nei	4,08			
Påstand 10:	3,94			31
Utdanning:		-1,125	,270	
Uten høgere utdanning	3,71			
Med høgere utdanning	4,12			
I yrkeslivet:		-,282	,780	
Ja	3,89			
Nei	4,00			
Påstand 11:	3,93			30
Utdanning:		-1,440	,161	
Uten høgere utdanning	3,54			
Med høgere utdanning	4,24			
I yrkeslivet:		-,476	,638	
Ja	3,85			
Nei	4,10			
Påstand 12:	1,72			29
Utdanning:		-,523	,605	
Uten høgere utdanning	1,62			
Med høgere utdanning	1,81			
I yrkeslivet:		-,191	,850	
Ja	1,70			
Nei	1,78			

Er det forskjeller ut fra utdanningsnivå?

Analysene viser størst forskjell ut fra utdanningsnivå. For eksempel så får påstand 1 et høyere gjennomsnitt for de med høyere utdanning, mens for noen av de andre påstandene har de med lavere utdanning høyere gjennomsnitt enn de med høyere utdanning. Også i tidligere krysstabuleringer har vi sett at utdanning har gitt høyere utslag enn de andre bakgrunnsvariablene. I forhold til påstandene vi analyserer her er det spesielt påstand 5 og 7 som utmerker, fordi T-testen viser en signifikant sammenheng ($p > 0,05$). Her kan vi konkludere med at utdanningsnivå er viktig for hvordan deltakerne vurderer påstanden, og vi kan generalisere til hele populasjonen. Men hva kan vi så trekke ut av dette? En mulig tese er at de med lavere utdanningsnivå trenger mer oppfølging i prosjektet enn de med høyere utdanningsnivå.

Er det forskjeller om personen er i yrkeslivet eller ikke?

Påstand 2 og 4 har størst ulikheter i gjennomsnittet, og har de laveste signifikansverdiene, men de er ikke statistisk signifikant. Det er en tendens i de to påstandene vi kan undersøke nærmere, og kanskje teste mer ut via andre spørsmål (se særlig kapittel 6.2 om veiledningen).

5.2 FREMMENDE OG HEMMENDE FAKTORER

I den lange surveyen fikk respondentene spørsmål om:

- Hva som var de viktigste fremmende (positive, støttende for å kunne skape gode resultater) faktorene i og rundt prosjektet?
- Hva som var de viktigste hemmende (negative, bremsende for å kunne skape gode resultater) faktorene i og rundt prosjektet?
- Andre viktige erfaringer fra prosjektet du ønsker å utdype
- Forslag til forbedringer?

Disse spørsmål har blitt besvart i åpne felt, nedenfor gis eksempler og oppsummeringer etter en grovsortering:

Fremmende faktorer (rangert etter hvor ofte nevnt):

- Få hjelp til å se løsninger, egne sterke sider, fokus på det positive (7)
- God veileder (6)
- Å bli støttet, oppmuntret, motivert, få troen på seg selv (4)
- Å bli tatt på alvor, trodd og forstått (4)
- Greie objektive tester (3)
- Å bli sett og hørt (3)
- Godt samarbeid med leder/god ledelse (3)

- Ekstern/nøytral veileder (2)
- Åpenhet og oppfølging hele tiden, gode dialoger (2)
- Egen motivasjon og innsats (2)
- Godt samarbeid med NAV spesielt (2)
- Trygghet
- Innsatsvilje fra andre
- Tilbakemelding og tydelige mål
- Medvirkning
- Bekreftende på egen prosess
- Økonomi for prosjektet
- Tilrettelegging av arbeidstid
- Godt samarbeid med HMS-avdeling
- Gode kolleger
- Samarbeid mellom en selv, arbeidsgiver, veileder, NAV, lege, etc

Hemmende faktorer (rangert ut fra hyppigst nevnt):

- Manglende/for lite oppfølging etter prosjektet, følte meg alene, manglende ansvarliggjøring av andre, hindret varige resultater (8)
- Lav innsats fra leder/arbeidsgiver, dårlig ledelse (7)
- System i det offentlige som ikke fungerte/ingen hjelp fra NAV (4)
- Sykdom hos deltaker (3)
- Min energi og innsats (2)
- Jeg var redd, sårbar, vanskelig å slippe andre inn på seg, utlevere så mye av seg selv (2)
- For få veiledninger
- Arbeidslivsguide har ingen makt til å foreta endringer
- Mobbing
- Kolleger
- Trøbbel med PC, passord
- Mange vanskelige spørsmål
- Følte jeg ikke passet inn i prosjektet

Andre positive erfaringer:

- "Har det så bra på jobb, opplever ingen energitappere"
- "Fikk frem troen på meg selv" (kvinne, 50-59 år, Helgelandsykehuset)
- "Dette er et utrolig bra prosjekt, og skulle vært tilgjengelig for flere, ikke bare når man havner ut i sykemelding" (kvinne, 40-49 år, UNN eller sykehusapoteket)
- "Resultatene fra testene fikk meg til å se hva som kunne gjøre hverdagen vanskelig og hva som kan gjøre den bedre. Jeg leser resultatene innimellom for å se hva jeg har svart. Nå når jeg har blitt frisk vil jeg bruke det jeg har lært

med tanke på ny jobb. Jeg er veldig fornøyd med tilbudet og håper flere får muligheten. Tusen takk☺" (kvinne, 16-29 år, UNN eller sykehusapoteket)

- "Er veldig fornøyd. Godt å få inn en tredjepart når kommunikasjonen med leder ikke fungerer" (ukjent kjønn, 50-59 år, UNN eller sykehusapoteket)
- "At jeg fikk hjelp til å komme i kontakt med NAV. Få kunnskap/informasjon om mine rettigheter og muligheter" (kvinne, 30-39 år, UNN eller sykehusapoteket)
- "Godt tiltak, men veldig personavhengig" (kvinne, 40-49 år, Nordlandssykehuset)

Andre negative erfaringer:

- "Liten vits å delta når det er lederen som er det største problemet på jobb" (kvinne, 40-49 år, UNN eller sykehusapoteket)
- "Fint på papiret, men problem ble ikke tatt tak i. Hadde for mange sjefer pga omstilling og sykemeldinger" (kvinne, 50-59 år, Helgelandandssykehuset)
- "Kan være etisk problematisk hvis ledelsen argumenterer for å bli kvitt folk på bakgrunn av sin profil" (kvinne, 40-49 år, UNN eller sykehusapoteket)

Forslag til forbedringer:

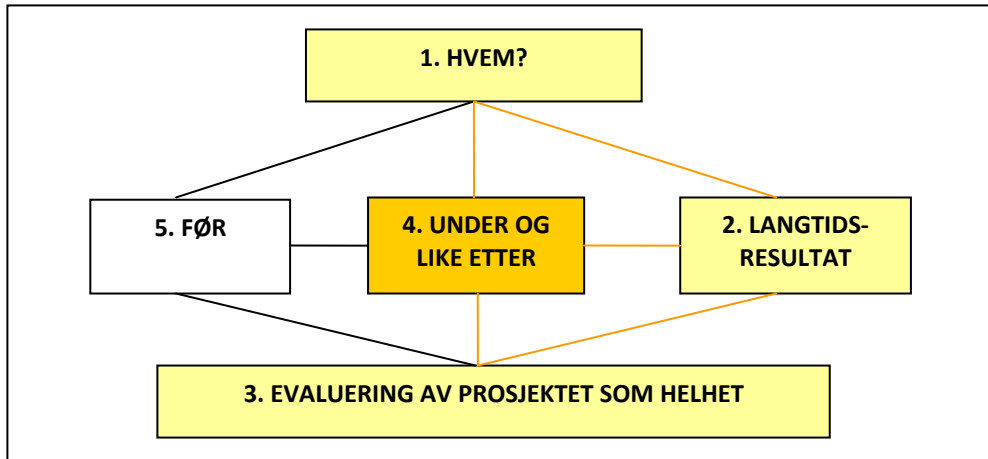
- "Det må skje noe aktivt etter alle samtale. Følte det var godt der og da at noen hjalp meg med å prate og bry seg, men det var ingenting som skjedde etter samtale" (kvinne, 16-29 år, Nordlandssykehuset)
- "Ansatte bør få tilbudet om å delta allerede før sykemelding" (kvinne, 30-39 år, UNN eller sykehusapoteket)
- "Savner ett team (eks akupunktør, manuell terapeut, psykolog, coach, og lignende) som kan bistå, veilede, rettlede, være kommunikasjonspartner i en slik prosess. Da forhindres man kanskje i å gå i de samme fallgruvene mange ganger, fordi tingene går i bølgedaler" (kvinne, 40-49 år, UNN eller sykehusapoteket)
- "Gå inn i sykehistorien til deltakerne før man velger yrkesvei videre. Jeg kom også med i dette altfor seint" (kjønn ukjent, 50-59 år, UNN eller sykehusapoteket)
- "De som deltar i prosjektet og som ikke klarer å gå ut i annet arbeid pga sykdom må få bedre hjelp fra LEDELSEN!" (kvinne, 40-49 år, UNN eller sykehusapoteket)
- "Det å være motivert for endring er viktig. Den grad av økt selvinnsikt denne test gir, kan for mange kreve mer oppfølging enn det prosjektet la opp til. Mye ansvar ble lagt på nærmeste leder. Etter endt prosjekt 'hang' liksom hele resultatet i luften på et vis. Involvering av aktuelle støttefunksjoner etter behov vil jeg si er nødvendig" (kvinne, 40-49 år, UNN)

- "Flere møter sammen med arbeidsgiver/leder" (kvinne, 30-39 år, Helse Finnmark)
- "Jeg kunne ikke fortsette å jobbe med nattevakter. Var sykemeldt til det dukket opp jobb utenfor UNN, uten nattevakter" (kvinne, 40-49 år, UNN)
- "Skulle ønske jeg hadde vært med i dette 4 år tidligere, for de fleste tiltak var gjort" (kvinne, 40-49, Nordlandssykehuset eller Helse Nord RHF)
- "Etter at prosjektet er ferdig så bør arbeidsgiver/leder, evt øverste leder, få tilbakemelding om mulighet for å bedre seg" (mann, 30-39 år)

5.3 OPPSUMMERING

Med det lave antall respondenter 33/32 kan det ikke gjøres noen generaliseringer ut over de som har svart. For de som har svart viser svarfordelingen på de 12 påstandene at det er en klar tendens til at prosjektdeltakelsen har blitt opplevd som vellykket. Dette til tross, mener noen at de selv ikke var helt i målgruppen, og flere at ledelsen/personalavdelingen burde fulgt opp bedre i etterkant. Begge disse forhold kan det tas lærdom av ved senere bruk av konseptet. Noen mener at tiltak trolig ville blitt gjort uten prosjektet. Konseptet anbefales ovenfor sykemeldte og andre som sliter. Under følgeforskningen av prosjektet, og under kvalitative intervju, dukket det opp situasjoner eller tema hvor etikk ble problematisert. I denne kvantitative undersøkelsen sier noen få at de ser eller har opplevde etisk problematiske sider ved prosjektet. Noen eksempler på hva dette kan være så vi under negative erfaringer og hemmende faktorer.

6. VEILEDNINGSPERIODEN



Dette kapitlet er basert på spørsmål som bare var i langversjon av surveyen, og har derfor et lavt antall respondenter (N=36, mens enkeltspørsmål kan være besvart av færre).

6.1 LIKE FØR VEILEDNING

Nedenfor undersøkes noen viktige forhold før selve veiledningene kom i gang.

Informasjon til deltaker om pilotprosjektet

Respondentene ble spurt om hvordan de hadde fått informasjon om pilotprosjektet før det ble avklart om personen skulle delta. De fikk oppgitt ni alternative svar, samt 'annet', og kunne krysse for flere svar. Vanligste informasjonskilde var:

- Fra nærmeste leder : 23
- Intern personalavd/HMS : 7
- En av arbeidslivsguidene : 4

Det er ingen som svarer fra NAV, eller fra 'intranet/web'. Sistnevnte er verdt å merke seg, det kan type på at personale i helseforetakene ved sykdom ikke søker informasjon via IKT. Men det kan også være at det var vanskelig å finne frem på intranet. Det var lagt ut informasjon om pilotprosjektet, blant annet webartikler fra prosjektgruppens arbeid og om deltakeres erfaringer.

Forespørsel/påmelding mht pilotprosjektet

Respondentene ble spurt om hvordan de opplevde situasjonen da de ble spurt om å delta i pilotprosjektet (gradert fra svært liten (1) til svært stor (5)), resultater vist i Tabell 20. 13 (38,2%) av de som har besvart spørsmålet (i lang survey) mener de var svært godt informert til å ta beslutning om å delta i pilotprosjektet. Mens 7 (20,6%) mente de i svært liten grad eller liten grad var nok informert. Informasjon er viktig for å unngå usikkerhet og opplevelse av 'tvang', i tillegg vet vi at for noen av interessetypene er informasjon spesielt viktig for opplevelse av mestring og motivasjon. At mange opplevde nok informasjon er derfor viktig.

Tabell 20: Opplevelse av situasjonen ved forespørsel om deltakelse

I hvilken grad opplevde du	Gj.snitt 1-5	Standard avvik	Prosent 4-5	N
1.å være godt nok informert	3,68	1,342	58,8	34
2.å være innenfor målgruppen	3,71	1,382	58,8	34
3.å selv ønske å delta	4,00	1,188	71,4	35
4.skepsis til verktøy/metoder	1,82	1,242	8,8	34
5.skepsis til formålet	2,06	1,369	20,6	34
6.skepsis til om deltakelse kunne brukes mot meg senere	1,77	1,308	14,3	35
7.at leder var positiv til deltakelse	3,77	1,416	65,8	35
8.at leder aktivt motivert	3,29	1,637	51,4	35

Hele 41,2% mener de i svært stor grad var innenfor målgruppen (spl 2). 45,7% mener de i svært stor grad selv ønsket å delta, 71,4% oppgir at de i stor eller svært stor grad ønsket slik deltakelse, i tillegg sier 17,1% i noen grad på dette spørsmålet. Det er kun 4 av respondentene som sier at de i svært liten eller liten grad ønsket å delta. Dette kan ha ulik forklaring. En mulig forklaring er at deltakerne i hovedsak har vært veldig motivert for deltakelse. Motivasjon antas å påvirke måten personene starter opp og deltar i prosjektet, som igjen kan påvirke resultatet av prosjektet. En annen forklaring på den høye grad av positiv motivasjon for deltaking i prosjektet kan være at de som var mest positive til prosjektet også er de som i størst grad har besvart langversjonen av surveyen (den krevde innsats hos respondenten). Dersom denne siste forklaring er reell så kan svarene i deler av surveyen være «skjev», i betydningen at den er mest

representativ for de som var motiverte og positivt innstilte, og mindre representativ for de som var skeptisk eller negativ.

De tre neste spørsmål undersøker om respondentene var skeptisk til pilotprosjektet, mht verktøy, formål eller om det kunne brukes mot personen senere. Det har i løpet av følgeforskningen fremkommet at enkelte deltakere har vært skeptisk til om tiltaket passet for dem, skeptisk til personlighetskartleggingene, og om informasjon som skulle samles inn kunne brukes mot dem til å få dem ut av jobben. De som har besvart surveyen gir imidlertid ikke uttrykk for slik skepsis.

Et flertall av respondentene opplevde at leder var positiv til deltakelse i prosjektet og aktivt motiverte. Lederne er viktig for et slikt prosjekt fordi de gir tilgang til det og støtte om de er positive. Det er også kritisk at lederne er positive tatt i betraktning at de var den vanligste kilde til informasjon om pilotprosjektet. Det er imidlertid grunn til også å være oppmerksom på at 5 (14,3%) respondenter opplevde at leder i svært liten grad var positiv, og 13 (37,1%) respondenter opplevde at leder i svært liten eller liten grad motiverte for deltakelse. Ved en vurdering om videreføring av denne arbeidsveiledningsmetodikken bør det derfor undersøke nærmere hva reservasjon eller motstand ledere kan skyldes. En mulig årsak kan være at informasjon gitt til ledere på forhånd var mangelfull eller på annet vis opplevd som lite utilgjengelig. En undersøkelse gjort av tre masterstudenter (Eriksen, Kasberg & Stokland, 2010) der Sollan-modellen ble brukt i mer kollektiv arbeidsveiledning, mente de nærmeste lederne at den informasjonen de selv hadde fått var vanskelig å forstå på grunn av mye fremmedord, det var derfor vanskelig å informere og engasjere seg i informeringen. Her synes det å være et forbedringspotensial som bør gjøres noe med.

Deltakere ble så bedt om å oppgi hva som talte for eller i mot å delta i pilotprosjektet i åpne felter, nedenfor gis noen eksempler:

Argumenter som talte for:

- Hadde ingen valg – var NØDT å være med; tilfredsstillende arbeidsgiver; leder spurte
- Få mer innsikt om meg selv (eks hvorfor utslitt; få det bedre, jobb-bytte?; finne sterke/svake sider)
- Trengte hjelp til å finne ut av hva jeg kunne gjøre (jobb, helse)
- Å kunne prate med noen
- Måtte gjøre noe, hadde så smått begynt å tenke jobb-bytte selv
- Komme tilbake i gammel/ny jobb

- Håp om hjelp (se ting klarere, komme videre, se muligheter, bedre liv)
- Hvordan ledelsen kan bli mer fleksibel
- Spennende

Argumenter mot:

- Trodde arbeidsleder ville bruke det mot meg, hun ønsket å bli kvitt meg
- Passet ikke min situasjon
- Frykt for å ikke finne ut noe
- Usikkerhet

Gjennomføring av kartleggingene på web – hvordan gikk det?

7 (20,6%) av respondentene oppgir at de prøvde mer enn en gang før de klarte å gjennomføre kartleggingene på PC. Grunner til at de ikke ble ferdig ved første forsøk oppgis å være følgende rangert ut fra hyppigst svart: Tok så lang tid, ble utslitt (5 respondenter); vanskelig å svare (3); andre forstyrrende årsaker (3); og passord virket ikke (1).

6.2 OM OG UNDER VEILEDNINGENE

Dette delkapitlet trekker frem de viktigste funn fra analysene av spørsmål relatert til veiledningen. Det kan i tillegg være mulig å krysse opp mot foretak og arbeidslivsguide for å se om det kan være betydningsfulle forskjeller i hvordan guidene veiledet. Slike analyser er ikke inkludert her, men kan bli gjort og brukt sammen med kvalitative data i senere dybdeanalyser om veilederrollen og egenskaper.

6.2.1 Om veileder og veiledningen – evaluering

De som har besvart lang survey har hatt fra 1 til 5 planlagte veiledninger. 13 av respondentene (N=36) har hatt en eller flere veiledninger på telefon, kun to av dem svarer at telefonveiledningen var mindre givende. Noen oppgir at telefonkontakten var av oppsummerende karakter.

Hvordan opplevde respondentene sin arbeidslivsguide?

Respondentene fikk 22 påstander om sin arbeidslivsguide som de skulle rangere ut fra svært liten til svært stor grad (1-5).

Tabell 21: Evaluering av arbeidslivsguiden

I hvilken grad opplevde du arbeidslivsguiden som	Gj.sn 1-5	St. avvik	Prosent 4-5	N
1. Tillitsvekkende fra første stund	4,40	,914	82,9	35
2. Tillitsvekkende etter hvert	4,19	1,111	81,5	27
3. Virkelig lyttet til meg og så meg	4,42	,874	86,1	36
4. Virkelig forstod meg	4,36	,990	83,3	36
5. Virkelig ville mitt beste og respekterte meg	4,44	,809	86,1	36
6. Virkelig hjalp meg videre	4,03	1,134	63,9	36
7. Hadde gode dialoger	4,23	,884	77,4	31
8. Faglig dyktig på veiledningsmetodikk	4,19	1,009	77,8	36
9. Faglig dyktig på arbeidsmiljø/HMS	4,11	1,036	77,7	36
10. Faglig dyktig mht å foreslå aktuelle tiltak	4,00	1,029	68,6	35
11. Faglig dyktig mht verktøyene	4,20	,901	80,0	35
12. Informerte forståelig	4,35	,877	80,7	31
13. Motiverte til å aktivt delta i prosjektet	4,00	1,069	69,5	36
14. Motiverte til mot/tro på meg selv	4,06	1,083	74,3	35
15. Motiverte til refleksjon og nytenkning	3,97	,985	68,5	35
16. Motiverte til å se nye problemer	3,51	1,358	54,3	35
17. Motiverte til å se nye realistiske løsninger	3,89	1,132	62,9	35
18. Motiverte til å prøve ut nye tiltak	3,69	1,261	58,3	36
19. God kjemi mellom oss	4,42	,874	86,1	36
20. Brukte humor konstruktivt	4,20	,994	80,0	35
21. Var objektiv tredjepart som ga positiv retning	3,94	1,179	64,7	34
22. En å stole på, ivaretok konfidensialitet	4,46	,950	88,6	35

Dette er egenskaper (evne eller vilje) hos guiden mer individuelt sett, men kan også være avhengig av hvilke hjelpemidler og ressurser guiden har tilgang til. De kan for eksempel ikke alene skape tiltak eller iverksette tiltak, da tiltak ofte avhenger av deltaker, leder eller andre. Ingen oppgir at de opplevde arbeidslivsguiden som i svært liten grad: være tillitsvekkende fra første stund (spl 1); virkelig lytte og se (spl 3); ville mitt beste og respektere meg (spl 5); ha god dialog (spl 7); dyktig på verktøyene (spl 11); informere forståelig (spl 12); motivere

til refleksjon og nytenkning (spl 15); og kjemi mellom oss (spl 19). Dette er nokså generelle men viktige kommunikative egenskaper, med unntakt av spørsmål 11 som går direkte på de spesielle verktøyene i denne metodikken.

Tabell 21 viser at de egenskapene som har lavest gjennomsnitt og lavest sammenlagt prosent mht svaralternativ 4 og 5 (stor til svært stor grad) er følgende: 6 (hjelp til å komme videre), 10 (foreslå og hjelpe med aktuelle tiltak), 13 (motivere til aktiv deltaking), 16 (motivere til å se nye problemer), 17 (motivere til å se realistiske løsninger), 18 (motivere til å prøve ut nye tiltak) og 21 (være en objektiv tredjepart som ga positiv retning). Dette kan være områder med størst potensial for forbedringer forutsatt at dette er egenskaper som er av stor viktighet for resultatet av prosjektet (noe mer innsikt i hva som er viktig sett fra respondentene får vi nedenfor). Ett unntak er spl 16, fordi motivering til å se problemer ikke er i tråd med Sollan-modellens grunnidé. Isteden for å grave seg ned i problemer og årsaker til dem vektlegger konseptet å se muligheter og løsninger (heri en parallell til for eksempel LØFT-modellen (Langslet, 1999 og 2002) og positiv psykologi. Det er grunn til å legge merke til at påstandene om bidrag til konstruktive handlingsrelaterte grep, som for eksempel å se muligheter og foreslå løsninger, er blant de egenskaper som får lavest skår. Dette er bekymringsfullt fordi de antas å være særlig viktige for å få til handlingsresultater.

I tillegg til vurdering ut fra detaljspørsmålene kunne respondentene bruke et åpent felt til å presisere ytterligere kjennetegn ved guiden. Stikkord som nevnes er dyktig, forståelse, motivere, positiv, trygg og tillit.

Tabell 21 viser hvordan respondentene opplevde guiden ut fra de ulike spørsmålene, men tabellen sier oss lite om hvor viktige de ulike egenskapene ved arbeidslivsguidene var og hva som særlig var viktig. Respondentene ble derfor bedt om å rangere hvilke egenskaper de mente var de fem viktigste ved en arbeidslivsguide i et slikt prosjekt. Det ble kjørt frekvensanalyse for å se hvilke egenskaper som hyppigst ble rangert som aller viktigst, nest viktigst, osv. (jf Tabell 22).

Tabell 22: Viktigste egenskaper ved guiden (deltakerperspektiv)

Egenskaper	Antall respondenter
<i>Viktigst:</i>	
Tillitsvekkende fra første stund (spl 1) :	10
En som virkelig lyttet til meg og så meg (spl 3) :	10
Ville mitt beste og respekterte meg (spl 5) :	3
<i>Nest viktigst:</i>	
Ville mitt beste og respekterte meg (spl 5) :	8
En som virkelig lyttet til meg og så meg (spl 3) :	5
God kjemi (spl 19) :	3
<i>Tredje viktigst:</i>	
God kjemi (spl 19) :	5
Ville mitt beste og respekterte meg (spl 5) :	4
Få tro på meg selv, mot (spl 14) :	4

Tabellen ovenfor viser de egenskapene som hyppigst ble nevnt som viktigst, nest viktigst og tredje viktigst, sett fra deltakernes perspektiv. Sammenligner vi hvilke egenskaper som nevnes oftest i en av disse tre rangeringene (viktigst, nest viktigst, tredje viktigst) så er: 'en som virkelig lyttet og så meg' nevnt 18 ganger; 'tillitsvekkende fra første stund' nevnt 14 ganger; 'ville mitt beste og respekterte meg' nevnt 15 ganger; 'god kjemi' er totalt nevnt 10 ganger, og 'få tro på seg selv' er nevnt 5 ganger. Disse fem er alle helt eller i hovedsak relasjonelle egenskaper, og i liten grad oppgave-/handlingsorientert.

Oppsummering av funn presentert i Tabell 21 og 22

Mange av de forhold som får høy rangering er mer generelle sosiale og kommunikative egenskaper som er viktig i samhandling, de bør ligge i bunnen for arbeidslivsveiledningen. Men reell omsorg og veiledning vil ofte kreve mer enn empati og kommunikasjon, skal man virkelig hjelpe noen så er også handlingsdelen meget viktig (Eide, 2007). Også Skogstad og Einarsen (2005) viser til faglitteratur som påpeker at hjelpende atferd mer generelt på arbeidsplassen innebærer mer enn empati og kommunikasjon. Arbeidslivsguidene skal hjelpe ut fra et konsept med noen klare verktøy og antagelser, der formålet er å realitetsorientere og bidra til relevante tiltak. Tillit og det å bli hørt/sett vil være viktig særlig i første fase, og i de kvalitative intervju har flere fortalt om hvor godt det var å endelig bli sett/hørt. Men et fokus på tiltak og handling bør få økende vekt utover i prosessen, deltaker skal da være aktivt med å utforme og iverksette tiltak. En kan hevde at arbeidslivsguidene må ivareta både de relasjonelle og oppgaveorienterte sider i sin veiledning. Resultatene kan tyde på at de har lyktes best med den relasjonelle siden, en bør derfor se på hvordan styrke den oppgaveorienterte siden.

6.2.2 Hva bidro verktøyene og samtalene til?

Pilotprosjektet brukte kartleggingsverktøyene på PC, samt andre verktøy som Sollan-hjulet, samtaler, fortellinger og veiledning om muligheter og tiltak. For å få mer innsikt i hva disse verktøyene og veiledningene bidro til ble respondentene bedt om å vurdere i hvilken grad (1-5) de var enig i 16 påstander. Resultatene av analysen er summert i Tabell 23 nedenfor.

Resultatene av frekvensanalysen av påstand 1 og 2 viser at respondentene mener veiledningene bidro mer til sortering og vurdering av jobbsituasjonen enn av privatlivet. Tilsvarende sammenheng viser påstand 12 og 13, også der var bidraget til å gjøre endringer størst mht yrkeslivet. Et flertall fikk styrket eller bekreftet antagelser om friskfaktorer og energitappere, og enda flere var enige i at de fikk økt innsikt om disse forhold. Påstand 6 og 8 viser at de fleste fikk økt innsikt om seg selv og sin situasjon. Påstand 10 og 11 viser at flertallet fikk økt evne/vilje til å se muligheter og konstruktiv handling. Det er imidlertid et lavere antall som bekrefter at de faktisk gjorde konstruktive endringer, særlig i privatlivet. Dette kan tyde på at veiledningene førte til mentale endringer, men ikke i like stor grad til endringer i handlinger. Her kan vi se et vist gap mellom å tenke det og ville det versus faktiske gjøre det. Mentale (kognitive og emosjonelle) endringer kan være et første viktig steg i en lærings- og endringsprosess, men kan være utilstrekkelige alene for å endre praksis, særlig når praksis også berører andre og om den er sterkt knyttet til ens identitet.

Tabell 23: Resultater av verktøyene og veiledningene

I hvilken grad er du enig i at prosessene med bruk av verktøyene og samtalene med veileder bidro til:	Gj.sn 1-5	Standard avvik	Prosent 4-5	N
1 Å sortere og vurdere min situasjon i privatlivet	3,29	1,270	48,4	31
2 Å sortere og vurdere min jobbsituasjon	4,06	1,031	71,0	31
3 Økt innsikt om mine friskfaktorer og energitapper	3,81	,873	64,5	31
4 Å bekrefte og styrke mine antagelser om egnefriskfaktorer og energitappere	3,77	1,135	60,0	30
5 At jeg fikk en 'objektiv' skriftlig vurdering/bekreftelse som var nyttig ovenfor andre	3,30	1,264	43,3	30
6 (Gjen)oppdaget sider ved meg selv (selvinnsikt)	3,79	1,013	62,1	29
7 Økt tro på meg selv (selvtillit)	3,65	,839	61,3	31
8 Økt bevissthet og refleksjon om egen helse og situasjon på jobb og privat	3,87	,885	67,7	31
9 Økt innsikt om muligheter/løsning	3,87	,957	67,7	31
10 Økt evne/vilje til å se realistiske muligheter	3,84	,820	64,5	31
11 Økt evne/vilje til handling, gjøre noe konstruktivt med egen situasjon	3,87	,973	66,7	30
12 At jeg gjorde endringer (bryte mønstre) som reduserte energitapperne og økte friskfaktorene i privatlivet	3,13	1,279	40,0	30
13 At jeg gjorde endringer (bryte mønstre) som reduserte energitapperne og økte friskfaktorene i yrkeslivet	3,52	1,184	62,0	29
14 At min leder fikk ny innsikt om meg	2,55	1,234	25,8	31
15 At min leder ble mer lydhør for meg	2,29	1,131	12,9	31
16 At jeg og min leder fikk bedre dialog	2,35	1,279	19,4	31

Resultatene på påstandene 14-16 er overraskende fordi dette er argumenter som ble hevdet i kvalitative intervju med både deltakere og ledere under følgeforskningen. Surveyen viser liten slik positiv sammenheng. På påstand 15 og 16 svarer 54,8% av respondentene benektende om slik forbedring.

24 svarer at de husker å ha brukt Sollan-hjulet, 2 svarer 'ikke brukt' og 7 'husker ikke'. De som svarte at de husker at hjulet ble brukt blir spurt i hvilken grad de vurderer Sollandhjulet som nyttig i sortering av egen situasjon privat versus i yrkeslivet. 52,1% (12) mener hjulet i stor eller svært stor grad var nyttig relatert til privatlivet, og 59,1% (13) relatert til yrkeslivet.

6.2.3 Oppgaver underveis og egen innsats

I delkapitlet ovenfor ble arbeidslivsguidens innsats vurdert, i dette delkapittel rettes fokus på deltakers egeninnsats.

Oppgaver underveis mellom veiledninger

Respondentene fikk spørsmål om de fikk oppgaver underveis mellom veiledningene. 17 svarer 'ja', 5 'nei' og hele 13 'husker ikke'. At så mange ikke husker er oppsiktsvekkende, og kan ha betydning langt ut over dette spørsmålet. Dersom respondentene har vansker med å huske så langt tilbake i tid reduseres dataenes og studiens kvalitet.

Av de 17 som husker å ha gjort oppgaver utenfor veiledningene, svarer følgende antall respondenter at de i stor eller svært stor grad: har gjort oppgavene (9); hadde nytte av oppgavene (6); laget selv nye oppgaver (0); forsøkte men var for syk/sliten (2); jeg reflekterte/diskuterte (7); tiden gikk for fort (1); og jeg prioriterte det ikke (1). Oppgaver utenfor organiserte møtepunkter kan være viktige for å øke innsatsen og resultatet. Resultatet på spørsmålet kan på den ene side tale for å forsøke å øke intensiteten på slike oppgaver fordi det øker forpliktelsen og forankring til handling. På den annen side så er ikke dette en vanlig lærings- og endringssituasjon, det er syke mennesker som kanskje ikke blir bedre av økt press. I dette ligger både etiske og praktiske dilemmaer som krever varsomhet og vurdering fra situasjon til situasjon.

Egeninnsats i veiledningene

For å undersøke deltakernes innsats og utbytte i veiledningene ble respondentene bedt om å vurdere (selvrapportere) åtte utsagn. Av 33 respondenter som har besvart disse spørsmålene oppgir: 31 at de i stor eller svært stor grad var 'var åpen og ærlig', 'forsøkte aktivt å lære om seg selv' og 'var motivert for å komme i jobb', ingen sier i svært liten grad på disse tre spørsmål. 29 oppgir stor eller svært stor grad om 'aktivt forsøkte å finne løsninger'. 6 sier de i stor eller svært stor grad 'hadde liten tro på prosjektet', mens 16 mener en slik beskrivelse i svært liten grad var gjeldende for dem. Kun 3 mener de i stor eller svært stor grad 'var usikker og passiv deltaker', 28 er i liten eller svært liten grad enig i en slik beskrivelse. 1 respondent er i svært stor grad enig i utsagnet 'ble mer reflektert enn vanlig', 13 er i stor grad enig, mens 10 er i liten eller svært liten grad enig i

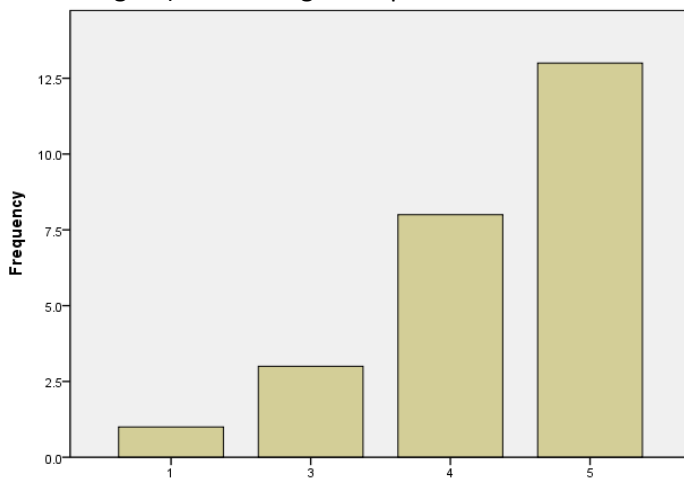
dette, og 9 svarer i noen grad. Spørsmålet om utbytte underveis er derfor svært sprikende.

Det siste av spørsmålene om egen deltakelse, går på utbytte av veiledningene mens de pågikk. Her var spørsmålet formulert med negativ vektning, 'fikk lite ut av veiledningene mens de pågikk'. 19 er svært uenig i påstanden, 6 uenig, kun 2 er svært enig, og 4 enig.

6.2.4 Sluttrapport

I pilotprosjektet var ett av elementene at arbeidslivsguiden skulle lage en sluttrapport som oppsummerte hva de hadde gjort og funnet ut, samt beskrev planlagte tiltak på kort og eventuelt lang sikt. Sluttrapporten skulle være et dokument som begge parter kunne slutte seg til, den kunne senere benyttes av deltaker som ledd i informering til leder, NAV eller andre, og minne en selv på hva de hadde funnet ut gjennom veiledningsprosessen.

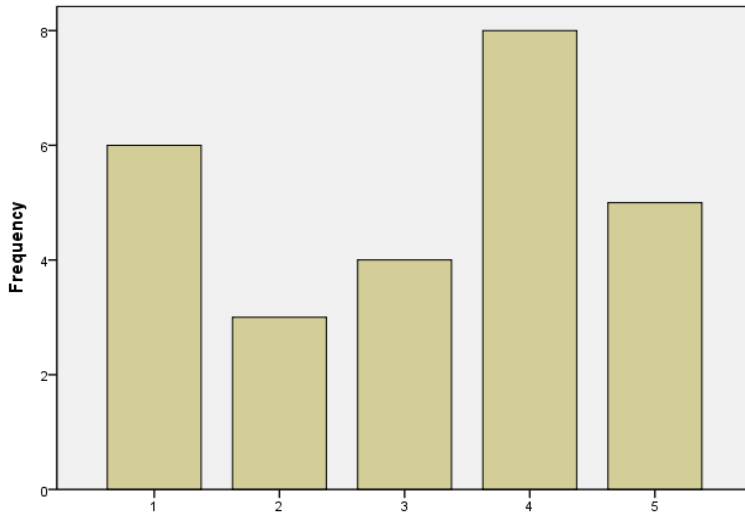
Av 36 respondenter som svarer på lang survey oppgir 27 at de fikk en slik rapport, 4 svarer nei, mens 5 ikke husker om de fikk en slik rapport. De som husker å ha fått en sluttrapport fikk så spørsmål om i hvilken grad (1-5, svært liten grad til svært stor grad) de var enige i tre påstander.



Figur 30: Opplevd sluttrapport som dekkende og riktig

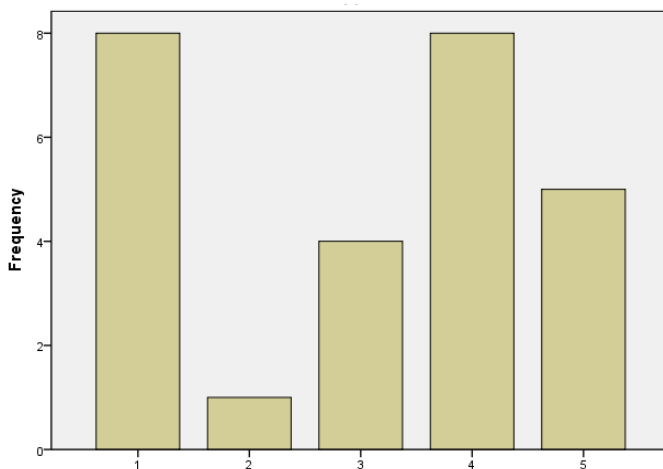
En respondent er svært uenig i at rapporten var dekkende og riktig, 21 var i stor grad eller svært stor grad enig i påstanden. Kun 25 svarte på dette spørsmålet. Hovedinntrykket er at sluttrapporten oppleves å være representativ.

Påstand 2: 'jeg har lest i rapporten senere', kan si oss noe om rapporten blir brukt.



Figur 31: Lesing av sluttrapporten senere

13 respondenter (av 25) er i stor eller svært stor grad enig i at de har lest i rapporten senere, mens 9 er i liten eller svært liten grad enig i dette. Basert på Hollands karrierehologram så kan en forvente at noen interressetyper er mindre tilbøyelig for å lese og analysere enn andre.



Figur 32: Nyttien av den skriftlige sluttrapporten

13 respondenter (av 26) mener rapporten i stor eller svært stor grad har vært nyttig for respondenten; mens 8 mener den i svært liten grad har vært nyttig. Hva kan det skyldes at 8 mener den har vært svært lite nyttig? Delvis kan det skyldes

at den ikke har blitt lest i, den kan være avglemt, eller ikke ansett for å ha noen relevans å hente frem igjen. Trolig så er det forskjeller ut fra interesseprofiler hvordan deltakerne vurderer nytten. Er det mulig og hensiktsmessig å forsøke å gjøre noe for å øke opplevelsen av nytte? For eksempel kunne innholdet eller formen på rapporten bedres? Heri ligger et mulig forbedringspotensial.

6.2.5 Planlagte tiltak på kort og lang sikt

Som en del av veiledningene og sluttrapporten skulle tiltak på kort og eventuelt lang sikt planlegges. Tabellen nedenfor viser hovedtypene av jobbrelevante tiltak som respondentene husker ble planlagt. Flere kryss var mulig, da den enkelte respondent kunne kombinere tiltak.

Tabell 24: Planlagte jobbrelevante tiltak på kort og lang sikt

Hovedtiltak	Kort sikt (N=36)	Lang sikt (N=15)
Fortsette i eksisterende jobb	16	6
Annen jobb i avd/enheten	4	2
Annen jobb i foretaket	2	1
Annen jobb utenfor foretaket	4	1
Fortsette å være sykemeldt	6	2
Studere	7	3
Rehabilitering	3	1
Uføretrygd/pensjonering	0	0
Annet (eks permisjon, attføring, veileder syk)	4	0

Ut fra planlagte tiltak på kort sikt ser vi at flertallet skulle bli værende enten i eksisterende jobb, eller i en annen jobb i enheten eller foretaket. Skulle man over i en annen jobb i enheten eller foretaket kunne det i seg selv sees som en form for tilrettelegging.

Vi ønsket å vite om tilrettelegginger ble gjort for de som skulle tilbake til sin eksisterende jobb. Kun 21 respondenter svarer på dette spørsmålet, hvorav 9 svarer at tilrettelegginger ble planlagt, 8 svar 'nei' og 4 'husker ikke'. Type tilrettelegginger som ble planlagt var (flere svar var mulig): 6 respondenter oppgir planlagte tilrettelegginger i arbeidsoppgaver; 4 i arbeidstid (mengde, turnus); 1 i relasjon til leder, og 2 annet (nattevakt, struktur). Ingen oppgir tilrettelegging av utstyr eller i relasjoner til kolleger.

Respondentene fikk også spørsmål om: *Var det planlagt andre hovedtiltak på lang sikt?*

15 respondenter svarer ja, 17 nei, og 2 husker ikke. Fordelingen av type hovedtiltak som ble planlagt på langsikt for de 15 som gjorde det er vist i tabellen ovenfor. Eksempler på at det kunne være forskjeller på planlagte tiltak på kort og lang sikt, er: Bli frisk gjennom rehabilitering, så studere; eller gå tilbake i jobben på deltid, så gjøre større endringer på lang sikt.

Veiledningene berørte ikke kun jobb, de så også på energitappere og friskfaktorer i privatlivet, og hvordan jobb og privatliv påvirker hverandre. Det ble derfor også forsøkt å skape bevissthet om endringsbehov og muligheter i privatlivet. Respondentene fikk spørsmål om *'Ble det planlagt at det på kort eller lang sikt skulle gjøres endringer i privatlivet?'* 33 respondenter har svart på spørsmålet, og svarene fordeler seg slik: 10 'ja', 21 'nei' og 2 'husker ikke'. De som svarte at slike endringer var planlagt oppgir følgende type endringer (flere kryss var mulig): 2 i relasjoner til familie (partner, barn); 2 i relasjoner til venner og bekjente; 3 i oppgaver i privatlivet; 5 mht mosjon/fysisk aktivitet; 2 i kosthold, røyk/rus; 1 i hobbyer; og 1 annet (omsorg). Kun 3 av disse 10 respondentene husker om noen av disse tiltakene ble prøvd ut mens veiledningene pågikk.

6.3 LIKE ETTER VEILEDNINGSPERIODEN

Like etter (ca 0-3 måneder) at de planlagte veiledningene var over skulle deltaker informere leder og tiltak settes i verk. I hvilken grad ble tiltak satt i verk? Hvordan gikk det? Hvordan opplevde deltakerne denne perioden?

6.3.1 Perioden like etter?

For å finne ut hvordan deltakerne opplevde denne perioden etter at siste planlagte veiledning var over ble respondentene først spurt om i hvilken grad (1=svært liten – 5=svært stor) følgende påstander stemte med egne erfaringer:

Tabell 25: Tiden 0-3 måneder etter avsluttet veiledning

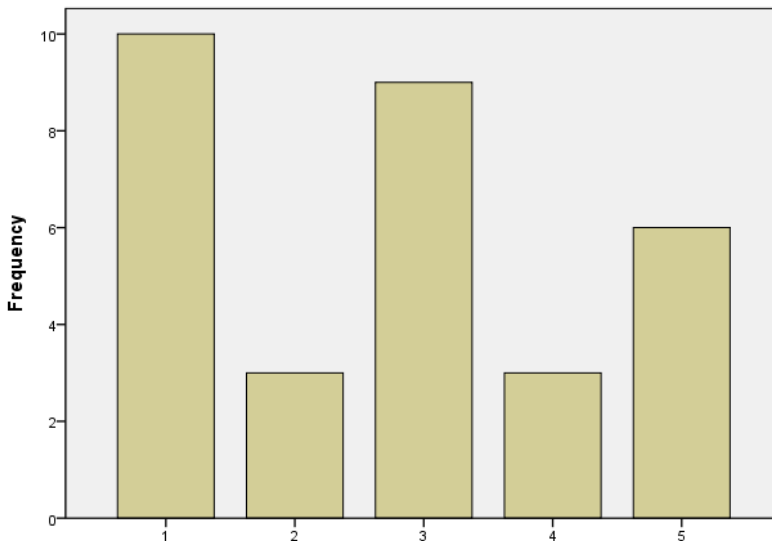
I hvilken grad opplevde du tiden (0-3 mnd) etter veiledningene som påstandene under	Gj.snitt på skala 1-5	Standard-avvik	Prosent 4-5	N
1. Prosesser var satt i gang, jeg følte meg kastet på dypt vann og overlatt alene	2,35	1,404	19,4	31
2. Prosesser var satt i gang, det gikk greit å kjøre løpet selv	2,97	1,245	30,0	30
3. Det stod stille en stund, før det løsnet og jeg kunne kjøre løpet videre	2,52	1,353	27,6	29
4. Var fortsatt så syk at hadde nok med å bli frisk	2,82	1,517	32,1	28
5. Veiledningene var greie, men fikk lite nytte av dem i ettertid	2,74	1,505	29,1	31

Flere av disse påstandene ble utviklet i løpet av de kvalitative deler av følgeforskningen. Ikke minst påstand 1, hvor enkelte arbeidslivsguider og ledere uttrykte bekymring over at det var satt i gang prosesser som krevde mer tid og oppfølging enn hva som var planlagt inn i pilotprosjektet. Hadde man bare satt i gang viktige prosesser uten å sikre at man tok nok vare på deltakere i deres videre utvikling? Ut fra svarene på surveyen er det ikke grunnlag for å konkludere med at det generelt er problematisk, men det var problematisk for noen. 6 respondenter opplevd i stor eller svært stor grad situasjonen slik, 10 sier de opplevde dette i noen grad. Surveyen på dette spørsmål er kun besvart av 31 respondenter så vi kan ikke generalisere ut over disse 31. Dette er et forhold som absolutt bør følges nøye ved senere bruk av konseptet ovenfor sykemeldte, slik at forlenget og økt oppfølging kan settes inn ved behov.

Påstand 2 (greit å kjøre løpet videre selv) sier 12 (40%) av respondentene seg noe enig i, de øvrige fordeler seg jevnt over de fire andre svaralternativer. Svarfordelingene på de resterende tre påstander sprer seg i så stor grad at de ikke gir noen tydelig tendens til støtte om enighet eller uenighet, en kan kun konkludere med at deltakerne som har besvart surveyen (lang, disse spørsmål) opplevde nokså ulike situasjoner i tiden like etter veiledning. Påstand 3, er 10

(34,5) svært uenig i, 4 (14,8%) uenige, og til sammen 15 (51,7%) er i noe, stor eller svært stor grad enige. Påstand 4 (fortsatt så syk) er 12 (42,9%) svært uenig eller uenig i, mens 16 (57,1) er noe enig, enig eller svært enige i.

Påstand 5 (fikk lite nytte etter på) er 10 (32,3%) svært uenige i, 9 (10,6%) noe enige i, og 6 (19,4%) svært enige i. Siden dette spørsmål direkte er en evaluering av pilotprosjektet, er fordelingen vist også med illustrasjon nedenfor.



Figur 33: Nytt av veiledningene i etterkant

Eksempler på utdypende svar hos de som var svært uenige i påstanden er: "Lærte mye om meg selv som jeg den dag i dag bruker i hjemmet og med tanke på arbeid en gang"; "det var tungt å begynne å studere igjen, men det var nødvendig"; "Savnet samarbeidspartnere utenfor avdeling i forhold til prosjektet". Eksempel på utdypning fra deltaker som svarer i stor grad enig (svaralternativ 4), er "Veiledningene bekreftet at de grep vi allerede hadde gjort var riktige". Eksempel på utdypning fra deltaker som svarer i svært stor grad enig (alt 5), er "Min bedrift hadde svært lite å tilby". Sistnevnte eksempel sier trolig mer om organisasjonskonteksten enn om selve konseptet.

6.3.2 Informasjon og tiltak

Åpenhet om deltakelse i prosjektet?

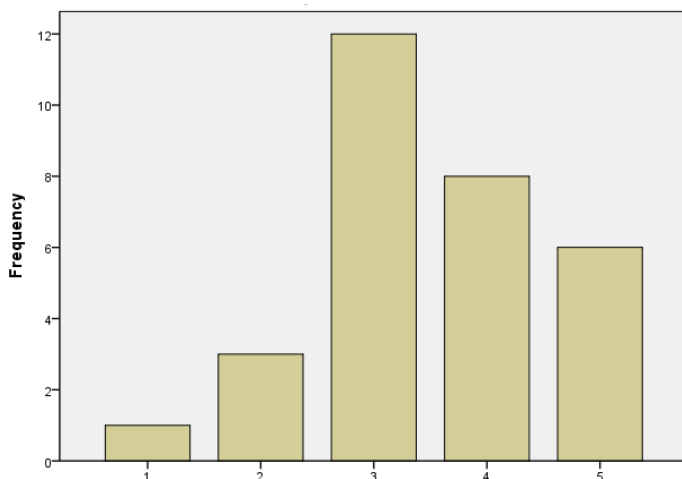
Av respondentene som har svart på dette har nesten samtlige vært åpne om sin deltakelse. Av de 35 respondentene som har besvart spørsmålet om de var åpne ovenfor kolleger, svarer 34 'ja', 1 'nei', ingen 'husker ikke'. Av 34 som har besvart spørsmål om de var åpne ovenfor familie/venner, svarer 31 'ja' og 3 'nei'. De fikk videre spørsmål om hvorfor/hvorfor ikke, med mulighet for å svare i åpent-felt. Eksempler på utdypende svar er: "ville at de skulle se at jeg prøvde å komme tilbake", "er generelt åpen som person", "alle visste at jeg var sykemeldt, og det var et spennende prosjekt", "fordi andre sykemeldte lurte på prosjektet", "følte det var positivt og uproblematisk", "åpenhet gir respekt", "opplevde prosjektet positivt og givende, ønsket å formidle mine erfaringer"; "ikke noe å skjule, alle visste om at min leder var 'ute' etter meg". Vi kan ikke vite om denne sterke åpenhetstendens også var gjeldende for hele populasjonen. Tallene gir indikasjoner på om deltakelse i pilotprosjektet i seg selv ikke har blitt opplevd som pinlig men snarere noe akseptabelt og positivt som det var greit å være åpen om, noen fordi de var så engasjerte og fornøyde at de ønsket å dele sine erfaringer med andre, noen for å vise at de tok tak i egen situasjon, og noen fordi åpenhet om hva de gjør er vanlig praksis for dem.

Underveis

Det var opp til deltaker å avgjøre om leder skulle holdes løpende orientert mens veiledningsperioden pågikk, dvs mellom veiledninger. I hvilken grad hadde de slik kontakt og førte det til aktiv handling? 33 respondenter svarer på dette spørsmål. 12 svarer at de ikke har hatt slik kontakt. 12 svarer at 'ja, de informerte løpende og diskuterte tiltak, men ingenting skjedde'. 9 svarer at 'ja, jeg informerte, vi diskuterte og startet å prøve dem ut'. Det kanskje mest overraskende er at 27,3% ikke bare informerte og diskuterte, men faktisk startet å gjøre endringer i jobbsituasjonen fortløpende. I tillegg vet vi fra den kvalitative datainnsamlingen at deltakere også startet å prøve ut endring i privatlivet fortløpende mellom veiledninger (kommer litt tilbake til dette).

Da veiledningsperioden var ferdig

Respondentene ble spurt om hvordan deres intensjoner hadde vært med hensyn til hvor mye de ønsket å informere leder (1-5, svært lite til svært mye). Svarfordelingen ble slik:



Figur 34: Intensjoner om grader av informering

Av 30 respondenter som har besvart spørsmålet, svarer 14 at de hadde intensjoner om å informere i stor eller svært stor grad, 12 svarer i noen grad, mens 4 sier i liten eller svært liten grad. I spørsmål om åpenhet ovenfor kolleger og familie om deltakelse i prosjektet svarte et overveiende flertall av respondentene at de var åpne, det er derfor ikke overraskende at åpenheten ovenfor leder synes å være relativt stor. Informasjon ovenfor nærmeste leder er imidlertid viktigere for å skape resultater av prosjektet siden leder har hovedansvar for sykefraværs oppfølging, og ofte var den som måtte medvirke for å kunne sette jobbrelevante tiltak i gang.

Intensjoner og praksis trenger ikke være samstemte, vi vet fra de foreløpige analyser av den kvalitative datainnsamlingen at det var deltakere som resonnererte med grunner som: 'leder var problemet, så det var for vanskelig å ta det opp', 'jeg skulle starte å studere/skifte jobb/andre tiltak utenfor foretaket, så derfor orket jeg ikke informere leder', eller 'tenkte ikke på det'.

Pilotprosjektet inneholdt en forpliktelse om at leder skulle informeres etter at de planlagte veiledningene var ferdige. Leder hadde personalansvaret for medarbeideren, og det overordnede ansvar for sykefraværsoppfølgingen. Det var derfor antatt at leder måtte informeres for å vite hva som var avtalt og hva han/hun kunne og burde gjøre videre. Det var opp til den enkelte sykemeldte å avgjøre hvor mye som skulle informeres, om hva, og hvordan informasjonen skulle skje. Denne nokså åpne tilnærming førte til svært ulik praksis, inkludert at deltakere ikke har informert sin leder slik det ble avtalt ovenfor arbeidslivsguide. Spesielt ledere har under følgeforskningen gitt uttrykk for manglende informasjon både underveis mens veiledninger pågikk og ikke minst etter, dette er noe som både har skapt usikkerhet om når deltaker var ferdig med veiledningene, hva som

kom ut av det og hva leder skulle gjøre i oppfølging. Også deltakere har uttrykt undring eller skuffelse over manglende oppfølging fra leder. De kvalitative data indikerer derfor at det har vært ulike løsninger, noen ble svært fornøyd mens andre svært lite fornøyde. Dette kan tyde på for stor tilfeldighet i hvordan informasjon og kommunikasjon ovenfor leder ble praktisert.

Noe mer innblikk i valgte versus praktiserte løsninger, og hvordan de fungerte kan vi få av surveyen.

Hva ble avtalt mellom deltaker og arbeidslivsguide om hvordan leder skulle informeres?

35 respondenter svarer på spørsmålet, hvorav 22 svarer 'ja' slik avtale ble gjort, 5 svarer 'nei', og 8 'husker ikke'. De som svarer 'ja' bes så krysse av (ett kryss) for valgt informasjonsmåte, fordelingen er vist i tabellen nedenfor kolonne 'planlagt'. Resultatet vises i Tabell 26 nedenfor. Det er særlig to observasjoner som overrasker. 1) Det alternativ som oftest ble planlagt benyttet var å sende e-post. Dette alternativ bruker et medium som er mindre rikt enn ansikt-til-ansikt, det er enveis og kan lett bli lite forpliktende. 2) Det alternativ som mest sjelden planlegges brukt er trekantsamtale (deltaker, guide og leder snakker sammen). Dette er en tilnærming som er rik på informasjon og som gir mulighet for dialog og forpliktelse. Den kvalitative studie indikerte at når deltaker har vanskeligheter med å nå frem til leder i kommunikasjonen, så kunne guidens medvirkning øke muligheten for konstruktiv gjennom-gang av planlagte tiltak og begrunnelser.

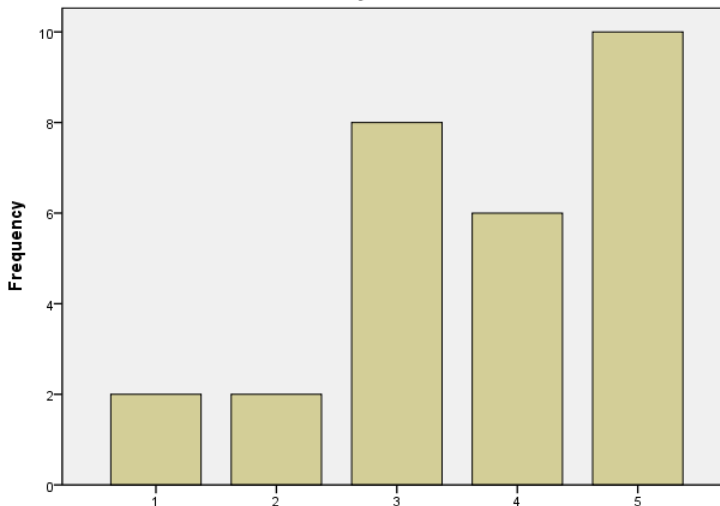
Tabell 26: Informasjon til leder etter veiledningene

Informasjonsløsning	Planlagt (N=22)	Gjennomført (N=31)	Nyvalg (N=26)
La lederen lese sluttrapporten selv	3	5	5
Jeg gjengir muntlig fra rapporten til min leder	7	11 (12)	6 (7)
Jeg sender en e-post til min leder	9	0	0
Arbeidslivsguiden informerer leder	3	9	5
Jeg, guiden, og leder snakker sammen	1	4	8
Ingenting tror jeg		4	1
Annet (eks informerte leder, ringte leder, info leder over)		3 (2)	2 (1)

Hvordan ble leder faktisk informert (flere kryss var mulig)?

Sammenligner vi planlagt informasjonsløsning med faktisk informasjonsløsning i Tabell 26, så er den mest overraskende forskjellen at ingen har brukt epost når dette var informasjons-strategien som var oftest planlagt. Mest brukte tilnærming var enten å informere muntlig selv, eller la arbeidslivsguiden gjøre det. Å la guiden gjøre det kan sees som en mindre forpliktende eller enklere strategi for deltaker, og kan være en løsning som er valgt når deltaker syntes det var vanskelig å kommunisere med leder.

Respondentene ble bedt om å evaluere valgte informasjonspraksis, ut fra en rangering fra 1-5 (svært lite god til svært god), fordelingen ble slik:



Figur 35: Egevaluering av måten leder ble informert på

I hovedsak er respondentene fornøyde med den måten de informerte leder.

Om skulle valgt informasjonsløsning på nytt

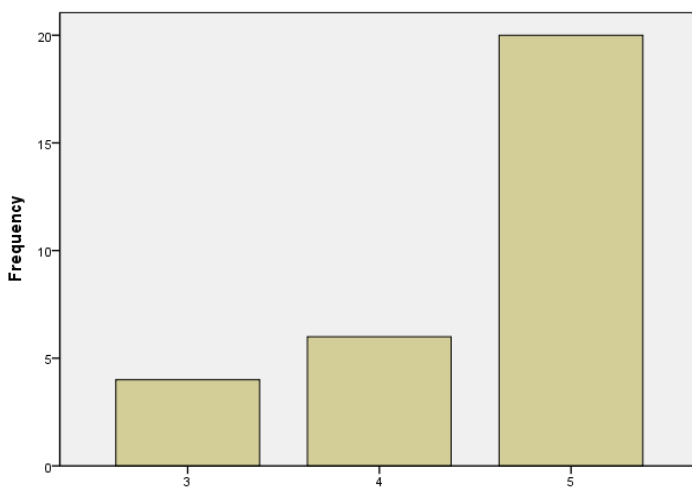
Deltakerne ble spurt om hvilken informasjonsstrategi de ville valgt dersom de nå skulle gjort valget på nytt, basert på de erfaringene de har fra prosjektet. Oversikten i Tabell 26 viser at det alternativ som oftest velges ved nytt valg, sett i lys av egne erfaringer, er trekant-samtalen. Sammenligner vi kolonnene for planlagt, faktisk og nyvalgt så er det en økende tendens til å velge trekantsamtalen. Trekantsamtale ble trukket frem av informanter under intervju (del av de kvalitative datainnsamlinger i følgeforskningen) som særlig givende (tryggere, og mer innflytelsesrik) når deltaker opplevde vansker med kommunikasjon med leder.

Respondentene ble bedt om å begrunne nytt valg i et åpent felt. Eksempler på begrunnelser er:

- Alt 1: 'slik at leder kan se hva jeg er god på, og hva jeg er dårlig på', 'ingenting å skjule', 'mer detaljert beskrivelse'
- Alt 2: 'passet best, siden det er en personlig rapport', 'ville selv bestemme hva leder skulle vite', 'hadde god dialog'
- Alt 4: 'Pga at min leder ikke snakker med meg. Hun snakker til meg'
- Alt 4 eller 5: 'leder ville forstått mer om guide hadde forklart'
- Alt 4 eller 6: 'lite tiltak å gjøre, var for syk'; 'hadde ikke noen god relasjon til leder';
- Alt 5: 'Det kunne ha ført til konkret handling'; 'trygg måte', 'synliggjøre forhold leder/ansatt', 'mer profesjonelt, mindre personlig og mer betydningsfullt'
- Alt 6: 'Lederen kunne bruke opplysninger om meg mot meg'
- Alt 7: 'Vet ikke, hadde for mange sjefer pga sykemeldinger og omstillinger'

Bestemme selv

Hvor viktig mener respondentene det er at de selv kan bestemme hvor mye og hvordan det informeres til leder etter avsluttet veiledningsperiode?



Figur 36: Selvbestemmelse om informasjonsløsning

Ingen av respondentene svarer i svært liten eller liten grad, på spørsmålet om viktigheten av deltakers selvbestemmelse om informasjon. Figuren gir et sterkt inntrykk av at selvbestemmelse er viktig for de 30 som har svart på spørsmålet.

Leders oppfølging?

De som faktisk hadde informert leder i samtaler ved å gjengi selv (11 respondenter) eller informert gjennom trekantsamtale (4), ble spurt om de opplevde å bli lyttet til av leder. 3 respondenter opplevde å i svært liten grad bli lyttet til, de øvrige opplevde det i noen (5), stor (6) eller svært stor (5) grad.

Å bli lyttet til er ofte et første skritt i å komme videre i dialog, forhandling og handling, fordi leder da kan få økt innsikt i og forståelse for deltakers situasjon. Men lytting er ikke nok i arbeidslivet, erfaringer fra service bransjer viser at medarbeidere kan oppleve å bli lyttet til uten at det følges opp med handling senere, og noen kan oppleve å bli oversett, havne i debatt eller like til bli utskjelt og straffet (Andersen, 2002; Eide, 2007). For å finne ut mer om dette ble deltakerne spurt om hvordan leder fulgte opp handlingsplanen (forslag til tiltak utviklet gjennom veiledningene):

Tabell 27: Leders tilnærming og oppfølging av forslag til tiltak

Leders tilnærming og oppfølging av forslag til tiltak	Antall (N=25)
Hørte ingenting/lite om dette videre	7
Leder kom med en rekke motargumenter	1
Vi diskuterte og leder virket positiv, men ingen ting skjedde	2
Vi diskuterte endringsforslag, prøvde og de fungerte positivt	5
Vi diskuterte endringsforslag, prøvde, men de fungerte ikke positivt for helsen	3
Vi diskuterte endringsforslag, prøvde, de fungerte positivt men kunne ikke videreføres pga økonomi/praktiske grunner	2
Annet (uaktuelt, for syk, permisjon)	3

Studien viser at det er to hovedtyper av erfaringer som oppleves særlig problematiske. Det ene er når leder ikke følger opp som i de to første alternativene. Den andre er når tiltaket er prøvd og fungerer godt, men hvor det ikke er mulig å fortsette. Et eksempel på en slik situasjon lokalisert under de kvalitative datainnsamlinger er når en person midlertidig fikk være i en annen jobb (med andre oppgaver eller arbeidstider) og det fungerer godt med personens helsesituasjon, men enheten eller foretaket kunne eller ville ikke tilby denne jobben videre til personen. For de sykemeldte kan dette oppleves som et stort paradoks og frustrerende (kanskje også svikefullt). Mot dette kan hevdes at pilotprosjektet forsøker å bistå over i annen jobb om det er mest ønskelig, men det betyr ikke at prosjektet og arbeidsgiver gir lovnad om at dette er mulig på mer varig basis etter at en tilrettelegging er prøvd ut. Tilrettelegginger er gjerne

midlertidige. Her kan det være en svikt i realitets-orientering om hva som kan være mulig gjennom prosjektet. Forventninger om oppfølging med tiltak kan bli en utfordring for ledere, det kan skape økt press i en allerede presset hverdag. Flere ledere uttrykte i intervju (kvalitative del av følgeforskningen) at deres muligheter for slike tilrettelegginger var begrenset allerede før pilotprosjektet kom i gang som følge av tilrettelegginger gjort som del av IA-avtalen der personer var blitt omplassert.

6.3.3 Egne endringstiltak og relasjoner

Respondentene fikk spørsmål om de selv gjorde endringer/tiltak på jobb eller i privatlivet som hadde betydning for helsen, og 23 svarte 'ja', 9 svarte 'nei' (N=32). De som svarte 'ja' på dette spørsmålet ble så bedt om å utdype mer om endringenes karakter, en oversikt er gitt i tabellen nedenfor. Nedslagsfeltet for disse endringene er jevnt fordelt på jobb og privatlivet, ofte var begge steder involvert. Endringene var i hovedsak små gradvise, og ble enten igangsatt nokså umiddelbart eller etter noen måneder. Kun i to tilfeller ble endringen helt uten suksess, enten ble resultatet en suksess eller en kombinasjon av suksess og 'fiasko'. Prosessene gikk som oftest greit, men kunne være strevsomme.

Tabell 28 : Egeninitierte endringstyper

Type endring			Både og	N
Hvor	I privatlivet: 6	Jobbrelatert: 6	11	23
Hvem berørt	Meg selv: 15	Andre: 0	7	22
Avhang av	Meg selv: 15	Andre: 3	4	22
Omfang	Små gradvise: 16	Større: 5	1	22
Når gjort	Nokså umiddelbar: 9	Etter noen mnd: 7	5	21
Resultat ble	Suksess: 8	Ikke suksess: 2	12	22
Proessen var	Strevsomt: 9	Gikk greit: 8	5	22

Deltaker selv var alltid berørt, og deltaker anser at endringen nesten alltid avhang av deltaker selv enten alene eller sammen med andre. For å finne ut mer om hvem de andre var og hvilken type andre som deltaker opplevde var viktigst, ble respondentene bedt om å gradere ulike aktører/relasjoners betydning for endringsprosessen (Tabell 29). Størst gjennomsnitt har familien, deretter følger venner/bekjente, lege eller terapeut, arbeidslivsguiden, NAV, etc. At personalkontor/HMS-person rangeres nest lavest, er overraskende tatt i betraktning at endringer på jobb kan involvere dem. Ser vi på hvilke aktørtyper som oftest oppgis å ha stor og svært stor betydning så endres rekkefølgen noe,

fortsatt er familien den som trekkes frem oftest, deretter følger kolleger i arbeidsgruppen samt lege/terapeut som like store, som tredje i rekken kommer da venner/bekjente. Familien synes derved å være spesielt viktig, hvordan vet vi ikke mer om men det kan være både fordi de støtter eller ikke støttet, eller det kan være fordi familien på annet vis var direkte berørt av endringen (de måtte kanskje selv endre seg).

Tabell 29: Ulike aktørers betydning i endringsprosessen

Betydningen av følgende relasjoner/ aktører for endringsprosessen?	Gj.snitt 1-5	Stand-ard avvik	Prosent 4-5	N
1.Arbeidslivsguiden	2,93	1,492	37	27
2.Kolleger i arbeidsgruppen	2,18	1,156	46,4	28
3.Din leder	2,50	1,319	28,6	28
4.Annen leder	1,56	1,086	7,4	27
5. Personalkontor/HMS-person	1,65	1,018	7,7	26
6.Tillitsvalgt/verneombud	1,69	1,087	11,5	26
7.NAV	2,63	1,573	37	27
8.Lege eller psykolog /psykiater /annen terapeut	3,04	1,621	46,4	28
9.Venner/bekjente	3,15	1,287	38,4	26
10.Familie	3,56	1,251	59,2	27
11.Andre	1,83	1,204	8,4	24

6.4 OPPSUMMERING

I dette kapitlet har vi fått økt kunnskap om hvordan deltakerne opplevde perioden rett før, under og like etter veiledningene, dvs det tidsrom hvor de deltok i pilotprosjektet. Hovedinntrykket er positivt. Det er også avdekket forbedringsbehov og – potensialer, særlig i forhold til følgende: 1) arbeidslivsguidenes arbeid med deltaker i fht tiltak og handling; 2) informasjon til leder etter at veiledningsperioden er over; 3) leders oppfølging av med-arbeider; og 4) noen deltakers behov for forlenget og forsterket oppfølging fra arbeidslivsguiden.

Noen av spørsmålene har avdekket visse hint om etiske sider ved prosjektet, en kort oppsummering av mulige dilemma er: Noen kan ha følt seg presset til å delta i prosjektet; noen få var skeptisk til om prosjektet kunne brukes mot dem senere, eller at metode eller formål var tvilsomme. Noen ønsket å begrense lederes innsyn i prosessen for å unngå at leder misbrakte informasjonen eller fordi de ikke

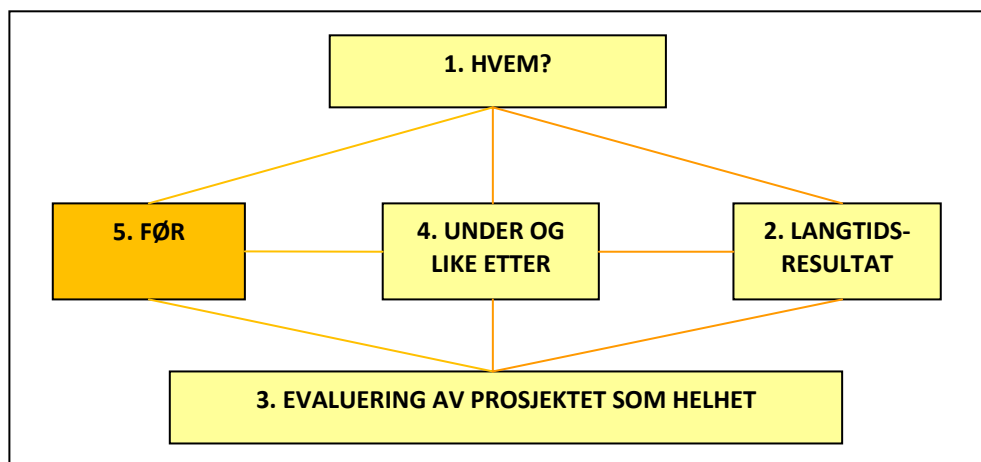
stolte på leder og hadde et dårlig forhold til leder. Dette er aspekt som indikerer en viss engstelse for at noen med vilje kunne misbruke sin stilling. Det er også andre sider som kan gi hint om etiske sider, først og fremst spørsmålet om at prosesser er satt i gang gjennom pilotprosjektet, og så blir deltaker overlatt til seg selv uten videre oppfølging av arbeidslivsguiden, og kanskje heller ikke av HMS-personale eller leder. I slike situasjoner kan det være både etiske og funksjonelle aspekt som er uheldig og som bør forbedres. Disse sider har på ingen måte dominert beskrivelsene av denne perioden, det er snarere forbedringspotensial og aktsomhetssignal.

Spørsmålene om informasjonsløsninger sett i etterkant av erfaringene med pilotprosjektet kan gi oss litt mer innblikk i etiske aspekt knyttet til informasjon, i tillegg til forbedringspotensial når det gjelder informasjonsløsninger ved et sykefraværestiltak som dette. Siden informasjon og kommunikasjon med leder synes svært viktig for å sikre oppfølging i etterkant av veiledningene så taler det for en forbedring av informasjons-praksisen. På den annen side, så er det neppe verken nødvendig eller ønskelig at leder skal ha informasjon om kartleggingsresultater eller planlagte tiltak som er svært personlige og rettet mot privatlivet. Slik informasjonsutveksling kan være naturlig dersom leder og medarbeider har en åpen og nær relasjon, men bør ikke institusjonaliseres.

Økt innsikt og tro på seg selv er viktige steg på veien mot endring, men også endring av mer ytre praksis/handling vil være nødvendig. Arbeidslivsguide og arbeidsgiver kan og bør bidra med tiltak, men mennesker (deltaker) må også selv bidra betydelig gjennom omsorg for seg selv og ved å ta styringen på eget liv (Heidegger, 1027/1996; Skogstad & Einarsen, 2005; Eide, 2007). Hva bør man gjøre om deltakerne ikke kan eller vil? Arbeidslivsveileder kan bidra til å utvikle vilje og evne, men dersom viljen og evnen er lav i utgangspunktet så vil dette ta lang tid. I tillegg kan noen være så syke at det ikke er forsvarlig. En utvikling av vilje og evne kan over tid få likheter med terapi, det er i så fall et spørsmål om det er noe som arbeidslivsveiledningen skal drive på med? Her kan en også havne i et ullent faglig område, særlig for deltakere med psykiske diagnoser. Dette bør utredes nærmere av både arbeidsgivere, firmaet Sollan og arbeidslivsguiden.

7. SITUASJON FØR DELTAKELSEN

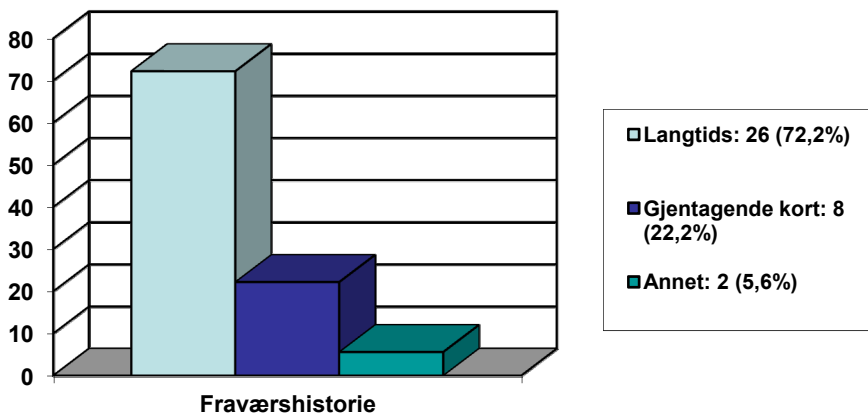
Dette kapitlet fokuserer på situasjonen slik den var før sykefraværet eller under sykefraværet før deltakelsen i pilotprosjektet. Temaene er kun kartlagt i hovedsurveyen, dvs at antallet respondenter er for lavt til å generaliseres til populasjonen.



Noen få beskrivelser av situasjonen før har dukket opp i tidligere delkapitler, nå får det hovedfokus. Langversjon av surveyen inneholdt mange spørsmål om situasjonen slik den var før. Slik innsikt i konteksten og opplevd situasjon før og delvis under sykefraværet og pilotprosjektet kan øke forståelsen av de vilkår som pilotprosjektet befant seg i, noe som i neste omgang kan bidra til å øke forståelse av prosjektet som helhet.

7.1 TYPE FRAVÆR OG MEDISINSK DIAGNOSE

Ved oppstart av pilotprosjektet var målgruppen kun de med langtidssykefravær, dvs mer enn 56 dager. Etter litt utprøving ble målgruppen utvidet til også personer med gjentakende sykefravær. ***Hvilken fraværshistorie hadde deltagerne da de kom inn i prosjektet?***



Figur 37: Fraværstype

Av de 36 som har besvart hovedsurveyen er 26 i kategorien langtidsykemeldte.

Hvilke diagnoser hadde de?

Respondentene ble i hovedsurveyen bedt om å tenke tilbake på sykemeldingsperioden forut for og/eller under deltakelsen i prosjektet. 8 valgalternativer ble oppgitt, alternativene er basert på en tradisjonell inndeling ofte benyttet i medisinske studier. 33 av 36 respondenter har besvart spørsmålet. Respondentene kunne oppgi flere kryss om det var relevant. En optelling av hver diagnosegruppe viser følgende fordeling (faktisk antall):

Tabell 30: Diagnoser

Hjerte- og kar	Fordøyes-organer	Muskel og skjelett	Nerve-systemer	Psykiske	Luft-veier	Svangerskap/fødsel	Annet
2	2	19	4	13	1	1	4

Oversikten viser at muskel og skjelett diagnoser er den vanligste blant respondentene, deretter følger psykiske diagnoser. Vi vet ikke noe om alvorlighetsgraden av de psykiske lidelsene hos respondentene. De to diagnosegruppene kan ofte opptre sammen ved psyko-sosiale problemer som mobbing, konflikter, stress og utbrenthet (Skogstad, 2000). Det er kun 4 respondenter som har oppgitt begge disse diagnosegruppene.

De to diagnosegruppene (muskel og skjelett plager, samt lettere psykiske lidelser) er de vanligste ved legemeldt sykefravær i Norge (Stortingsmelding, 2006-2007):

- 65% av de nye uførepensjonistene har muskel og skjelettplager eller psykiske lidelser som årsak
- For de over 45 år er muskel og skjelett plager vanligst årsak
- For de under 45 år er psykiske problemer vanligste årsak

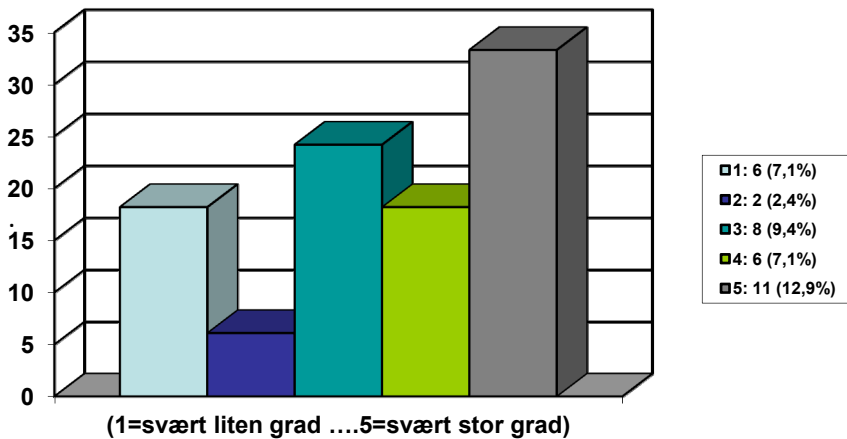
At de to diagnosegruppene opptrer hyppigst er interessant fordi det er disse som kan antas i størst grad å ha sin årsak i personers miljø (arbeids-/livssituasjon) og personens egen mestring av livet (jobb/hjemme) og omsorg for seg selv. Dette er faktorer og forhold som delvis er i endring hele tiden, og delvis kan endres av personen selv og/eller av andre. Konseptet som benyttes i pilotprosjektet søker å kartlegge, bevisstgjøre, veilede og finne tiltak fortrinnsvis relatert til arbeids- og livssituasjon. Forutsatt at det ikke er alvorlige lidelser, så synes disse to diagnosegruppene å være hovedmålgruppen (best egnet) for pilotprosjektet. Respondentenes diagnoser stemmer godt overens med dette.

7.2 OPPLEVDE ÅRSAKER TIL FRAVÆR?

Hva mener deltakerne selv var årsaker til fraværet undersøkes i dette delkapittel.

7.2.1 Arbeid som opplevd årsak

Første spørsmål gjaldt arbeidet uten nærmere spesifisering.



Figur 38: Arbeidet som årsak?

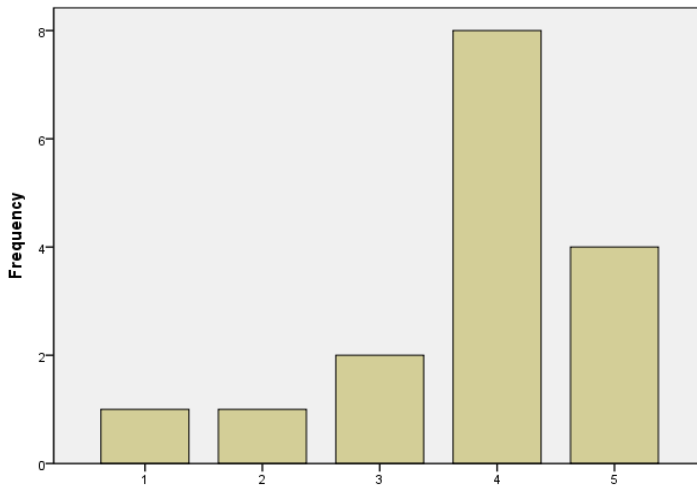
Flere respondenter (17 av 33) mener at arbeidet var årsak til fravær, enn de (8 av 33) som mener at det ikke var årsak til fravær. Hva kan det så være i arbeidet som kan påvirke fraværet? Sammenligner vi de to neste spørsmålene 'fysisk arbeidspress som årsak' og 'psykisk arbeidspress som årsak', ser vi at 14 av 32 mener psykisk arbeidspress i stor eller svært stor grad har ført til fravær, mens

kun 7 av 31 mener fysisk arbeidspress har så stor betydning. Det ble også spurt om situasjoner og hendelser i privatlivet oppleves som årsak til fraværet. 17 av 32 mener at privatlivet i svært liten eller liten grad var årsak til fraværet, mens 8 mente i stor eller svært stor grad at årsaken var å finne i privatlivet. Vi kan oppsummere med følgende, av de som har svart oppgir både jobb og privatlivet som årsaker til sykefraværet, der jobb og ikke minst psykisk arbeidspress nevnes oftest.

Arbeidstidsordningen og eventuell kobling til sykefravær

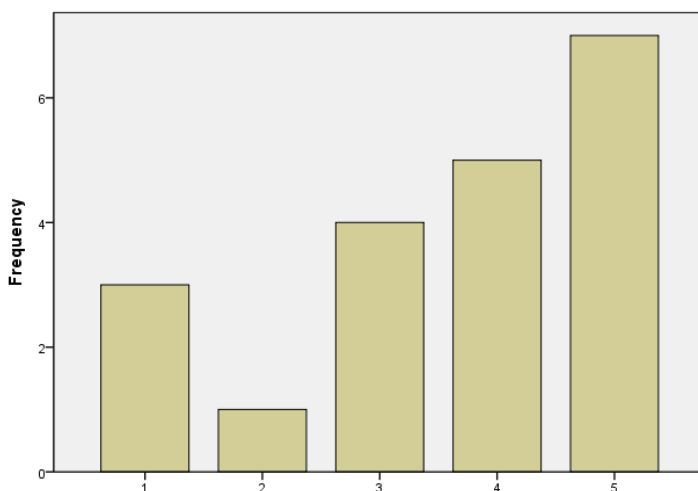
Respondentene ble spurt om egen arbeidstidsordning før sykefraværsperioden som ledet inn i pilotprosjektet: Respondentenes (N=27) svar fordelte seg slik: 13 Kun formiddag; 8 Todelt turnus; 5 Tredelt turnus; og 1 Annet.

De som jobbet nattevakter ble bedt om å gi en egen vurdering av følgende: I hvilken grad tror du at nattevakter gikk ut over din helse (1-5, svært liten-svært stor, 6=ikke relevant). Kun 16 respondenter svarer på spørsmålet om nattarbeid. Svarfordelingen viser et gjennomsnitt på 3,81, og en overvekt (75%) av respondenter som mente at nattarbeid i stor eller svært stor grad gikk ut over deres helse.



Figur 39: Antagelser om sammenheng nattarbeid og helse

De som jobbet på ulike tider på døgnet ble bedt om å gi egen vurdering av følgende: I hvilken grad tror du at jobbtidsskiftet gikk ut over din helse?



Figur 40: Antagelser om jobbtidsskifte og helse

Kun 20 respondenter gjør en vurdering av sammenhengen jobbtidsskifte og egen helse. På dette spørsmålet er svarene mer spredd: svært liten grad=15%, liten grad=4%, noen grad=20%, stor grad=25%, og svært stor grad=35%; gjennomsnitt er: 3,60. Til tross for spredning, så mener flertallet at jobbtidsskiftet har hatt negativ innvirkning på helsen.

Om lag en fjerdedel av yrkesaktive i Norge har jobbtidsskifte (skift eller turnusordninger), slik jobbsituasjon kan få ulike konsekvenser og har derfor fått økt fokus i forskningen. Lie, m.fl. (2008) har gjennomført en litteraturgjennomgang av studier og summerer opp følgende hovedkonsekvenser for helse av nattarbeid og jobbtidsskifte: økt risiko for søvnproblemer, psykiske problemer, brystkreft, mage og tarmproblemer, samt hjerte og karsykdommer. Slikt arbeid øker også risikoen for ulykker som kan gi andre medisinske konsekvenser. Ut over disse medisinske sider, kommer konsekvenser for familielivet og muligheter for deltakelse i aktiviteter i fritiden (eks sosiale, hobbyer).

Gjennom de kvalitative datainnsamlinger (observasjoner og intervju) i følgeforskningen så har det blitt observert at sykemeldte forsøkte å slippe unna nattarbeid spesielt, men også kveldsarbeid. Flere ledere har trukket frem dette som en gjenganger i det generelle IA-arbeidet (dvs ikke kun pilotprosjektet). Forventinger om å få slippe slikt arbeid skaper press og utfordringer for mange ledere, som opplever at de ikke har tilgjengelige ressurser og tiltak til å møte disse forventinger. Noen mener at siden yrkene i helsesektoren har lange tradisjoner for natt eller flertidsskift så er dette arbeidsvilkår som arbeidstakerne visste om da de gikk inn i yrket, dersom de så finner ut at de ikke kan eller vil jobbe under

disse vilkårene så må de selv ta ansvar og skifte arbeidsplass eller yrke. Dette er et dilemma. Hvor langt bør enheten/foretaket strekke seg for å tilrettelegge på kort og lang sikt? Et sykehus eksisterer for pasientene, og kan ikke slutte med kvelds- og nattevakter. På den annen side så har arbeidsgiver ansvar for arbeidstakers arbeidsmiljø, og er avhengig av deres vilje og evne til kompetent yrkesutøvelse for å kunne yte omsorg for pasientene.

Rett yrke og plass før sykefraværet startet?

25 av 36 respondenter svarte at de opplevde at de var i rett yrke i tiden før sykefraværet begynte, 21 av 34 opplevde at de var på rett plass (type enhet, pasienter, miljø). Kun 3 mente de ikke var i rett yrke, og 5 mente de ikke var på rett plass. 8 av 36 var usikre på om de var i rett yrke, og 8 av 34 var usikre på om de var på rett plass. Opplevelsen av å være i riktig yrke og på rett plass antas å være svært viktig i følge konseptet (Sollan-modellen) i prosjekt arbeidsglede. Forutsatt at disse antagelsene har stor gyldighet og relevans, så ser vi av tallene at det er henholdsvis 11 som opplevde at yrket kunne være feil, og 13 som opplevde at plass kunne være feil, dvs minst en tredjedel av respondentene kan antas å særlig ha nytte av kartlegging og veiledning om yrke og arbeidssted.

7.2.2 Situasjonen like før sykefraværet startet

Respondentene ble spurt om en rekke spørsmål om arbeidsmiljøet og sin egen situasjon i perioden før sykefraværet startet. I Tabell 29 har vi tatt med et lite utvalg der respondenten bes om å vurdere i hvilken grad (1=svært liten – 5=svært stor) 10 påstander var dekkende beskrivelser av seg selv.

Tabell 31: Perioden før sykefraværet – noen kjennetegn

I hvilken grad var påstandene beskrivelser av deg i perioden like før sykemeldingen?	Gj.snitt 1-5	Standard avvik	Prosent 4-5	N
1.Jeg var utslitt/utbrent i den perioden	3,63	1,395	54,3%	35
2.Flink pike/gutt forventninger (fra andre/selv) hadde stått sterkt i livet mitt	3,94	1,162	68,6%	35
3.Å ta vare på andre (høy service faktor) hadde stått sterkt i livet mitt	4,46	,817	85,8%	35
4.Jeg hadde ofte gått på jobb selv om jeg var syk	3,97	1,150	65,7%	35
5. Jeg følte meg ofte (flere ganger i uka) emosjonelt utslitt	3,71	1,292	58,8%	34
6.Jeg distanserte meg i økende grad (flere ganger i uka) fra jobb/brukere (kynisme, tingliggjøring)	2,58	1,119	15,2%	33

7.Jeg opplevde ofte (flere ganger i uka) å ikke strekke til	3,26	1,263	44,1%	34
8.Selvtilliten var lav	2,94	1,305	31,4%	35
9.Å prioritere omsorg for seg selv, fremfor å ta vare på andre, opplevde jeg som egoistisk	3,57	1,357	57,2%	35
10.Jeg hadde alltid vært bedre til å ta vare på andre enn meg selv	4,06	1,241	66,7%	36

De som har besvart langversjon av surveyen kjennetegnes av å ha stor grad av ansvarlighet (på jobb når syk, flink pike-syndrom). Kanskje var dette også en grunn til at de svarte på langversjon? I så fall kan det være en indikasjon på skjevhet i materialet. Respondentene kjennetegnes også av meget stor grad av omsorg for andre, så stor at det kan gå ut over omsorgen for seg selv. I følge interesseprofilen til Holland og teser omhandlet i prosjekt-rapporten til Åsvang (2009) er sosial omsorgstypen kjennetegnet av stor grad av ansvarlighet og omsorg ovenfor andre. Som nevnt tidligere så kan stor omsorg for andre øke faren for å forsake omsorg for seg selv. Konseptet i pilotprosjektets ansees å ha gode muligheter til å bevisstgjøre deltakere om faren ved dette, og skal skape konkrete tiltak slik at deltaker kan trene seg i å bli flinkere til å ta vare på seg selv uten å skape dårlig samvittighet. Et mål i konseptet er å øke antall friskfaktorer og redusere antall energitappere. Sosial omsorgstypen var den interessesylen som beskrev flest av deltakerne i lang og kortversjon av surveyen Også andre interessent profiler kan kjennetegnes av stor grad av ansvarstaking (eks foretaksom), og kan trenge hjelp til å konstruere grenser for når jobbutøvelsen eller aktiviteter i privatlivet er gjort bra nok. Beskrivelser av service- og kunnskapssamfunnet peker på at antallet som opplever press, stress og grenseløse jobber øker og aktualiserer behovet for vilje og evne til grensesetting (Skogstad, 2000; Baumann, 2001; Rasmussen, 2002). Slik grensesetting kan sees som del av en persons omsorg for seg selv.

Hovedtendensen i tabellen viser at respondentenes opplevde en situasjon før sykefraværet preget av ansvar og omsorg for andre og manglende omsorg for seg selv, ved en slik arbeids- og livssituasjon er personer i stor grad i målgruppen for metodikken i pilotprosjektet.

7.3 OPPLEVELSE OG HOLDNINGER OM SYKEFRAVÆR

Hvordan opplevdes det å være sykemeldt?

Respondentene (i lang survey) ble bedt om å tenke tilbake på perioden under sykemeldingen som ledet inn mot pilotprosjektet, og vurdere i hvilken grad følgende fire påstander var dekkende beskrivelser for seg:

Tabell 32: Hvordan deltaker opplevde å være sykemeldt

<i>I hvilken grad er beskrivelsen dekkende for deg?</i>	Gj.snitt 1-5	Standard- avvik	Prosent 4-5	N
1. Å være sykemeldt ga meg dårlig samvittighet	4,03	1,110	71%	31
2. Å være sykemeldt var en energitapper i seg selv	3,94	1,243	62,4%	32
3. Å være sykemeldt følte riktig i situasjonen	4,13	1,264	75,1%	32
4. Jeg ville bruke retten til å være sykemeldt ett år	2,0	1,509	20%	30

Flertallet opplever det riktig å være sykemeldt, men grunnen er ikke at de vil utnytte muligheten til å være sykemeldt ett helt år. Flertallet opplever snarere at sykefravær gir dårlig samvittighet og tapper dem for energi. Ubehaget ved å være sykemeldt kan trolig være et «puff» til å forsøke ulike tiltak (som pilotprosjektet) for å komme seg ut av fraværet, mens det for andre kan bli en ekstra belastning i tillegg til sykdommen.

Antagelser og holdninger under sykefraværet før deltakelse i pilotprosjektet?

For å forstå mer om deltakers forventninger og holdninger, og delvis også attribusjoner (indre og ytre forklaring) fikk deltakerne 10 beskrivelser å ta stilling til.

Tabellen viser at respondentene har store forventninger til seg selv og sin nærmeste leder spesielt. Eget ansvar og initiativ tillegges meget stor vekt av de fleste, selv om ikke alle ser muligheter til tiltak de kan organisere selv. Forventningene var lavest til at familie, foretaket og NAV skulle hjelpe til.

Tabell 33: Holdninger og antagelser relatert til sykefraværet

<i>I hvilken grad var påstanden nedenfor dekkende beskrivelse av deg før pilotprosjektet?</i>	Gj.snitt 1-5	Standard-avvik	Prosent 4-5	N
1. Jeg forventet at min nærmeste leder skulle tilrette-legge så jeg kunne være i arbeid	3,51	1,095	57,2%	35
2. Jeg forventet at foretaket fant en egnet jobb til meg	2,66	1,392	25,6%	35
3. Jeg forsøkte selv å få til tilrettelegginger på arbeids-plassen	3,34	1,259	40%	35
4. Jeg forsøkte selv å få til tilrettelegginger i privatlivet og livsstilen	3,06	1,278	35,2%	34
5. Jeg så få muligheter til selv å gjøre endringer på arbeidsplassen	3,31	1,301	42,8%	35
6. Jeg så få muligheter til selv å gjøre endringer i privatlivet og livsstilen	2,97	1,272	40%	35
7. Jeg forventet at NAV hjalp meg til gode løsninger	2,5	1,581	26,5%	34
8. Jeg forventet at familie og venner hjalp meg	2,18	1,218	14,5%	34
9. Hva jeg selv gjorde hadde stor betydning	3,94	1,187	68,6%	35
10. Hvis jeg mislyktes i jobben var jeg mislykket	2,94	1,301	35,5%	34

7.4 ENDRINGER

I innledningskapitlet ble det presentert noen nye teser/antagelser om at organisasjons-endringer kunne medvirke som sykefraværsårsak, og at noen interesseprofiler og Jung8-kombinasjoner var mer sårbare for slike endringer enn andre.

Et av mange ledd i undersøkelsen av en slik sammenheng er å finne ut i hvilken grad respondentene opplevde endringer før sykefraværet som ledet inn i pilotprosjektet. 18 sier de opplevde større endringer på jobb i perioden, 16 svarer nei (N=34). 21 har opplevd gjentatte omstillinger som berørte egen avdeling, 13 har ikke opplevd dette (N=34). 18 har opplevd omstillinger som førte til nedbemanning på avdelingen, 16 har ikke (N=34). Av dette kan vi trekke den

slutning at litt over halvparten av respondentene hadde opplevd organisatoriske endringer på jobb i perioden før sykefravær. Dette sier dog ingenting om hvordan respondentene opplevde endringene eller om de var medvirkende årsaker til fraværet. Om endringene skapte positiv energi eller tappet personen for energi og muligens kunne ha sammenheng med sykefravær kan vi få noe mer innblikk i ved å analysere hvordan respondentene erfart endringer i arbeidslivet. Respondentene ble bedt om å vurdere i hvilken grad de var enig (1=svært liten grad – 5=svært stor grad) i 32 påstander relatert til egne erfaringer med endringer, en oversikt over svarene vises i tabellen nedenfor.

Tabell 34: Hvordan opplevd endringer i arbeidslivet

<i>Hvordan du har erfart endringer i arbeidslivet?</i>	Gj.sn 1-5	St. avvik	% 1-2	% 4-5	N
1.Endringer var en fysisk belastning	3,03	1,448	37,5	34,4	32
2.Endringer var en psykisk belastning	3,59	1,316	21,9	59,4	32
3.Endringer åpnet muligheter og ga ofte positiv energi	2,72	1,224	40,6	38,2	32
4.Endringer resulterte i positiv læring og vekst	2,75	1,270	40,6	28,2	32
5.Ledelsen fulgte opp og tok godt vare på meg	2,63	1,362	46,9	25	32
6.Det var mye planer med abstrakt og visjonær tenking, men for lite handling og resultater	3,45	1,060	19,4	51,6	31
7.Jeg ble utrygg, pga uforutsigbarhet	2,90	1,029	36,7	26,7	30
8.Ledelsen var åpne, informerte godt og trygget meg	2,47	1,167	53,3	16,7	30
9.Jeg fikk tid til å tenke gjennom og diskutere de foreslåtte endringer	2,50	1,368	53,1	21,9	32
10.Jeg fikk komme med reelle innspill	2,53	1,224	50	16,7	30
11.Endringer resulterte i mindre frihet og mer rutiner	2,94	1,315	45,2	35,5	31
12.Endringer gikk for sakte (endeløse møter/utredninger), jeg vil handle raskere	2,65	1,142	48,4	22,6	31
13.Jeg tok en aktiv rolle i endringene	2,74	1,154	35,5	22,6	31
14.Endringer ga uro og negative konflikter	3,10	1,165	29,0	35,5	31
15.Endringer uten mye uro og konflikter var givende	3,17	1,256	20,7	41,4	29

Hvordan du har erfart endringer i arbeidslivet?	Gj.sn 1-5	St. avvik	% 1-2	% 4-5	N
16.Jeg brukte mye energi på å megle i konflikter under endringer	2,32	1,301	58,1	16,2	31
17.Toppledelsen har stor betydning for om endringer blir vellykket	4,00	1,016	6,3	71,9	32
18.Nærmeste leder har stor betydning for om endringer blir vellykket	4,31	,780	12,5	87,5	32
19.Jeg har stor betydning for om endringer blir vellykket	3,47	1,077	18,8	59,4	32
20.Jeg var på utkikk etter nye måter å forbedre tilværelsen på	3,69	,859	37,5	62,5	32
21.Det var spennende å se at ideene mine blir realisert	2,42	1,311	51,6	22,6	31
22.Jeg gjorde noe med ting jeg ikke likte	2,97	,964	30,0	30,0	30
23.Jeg likte å utfordre tingenes tilstand	2,94	1,268	31,9	40,7	32
24.Jeg tok ordet på personalmøte	3,06	1,413	32,3	45,1	31
25.Jeg trivdes med å jobbe med nye og uvante oppgaver	3,44	1,014	12,5	40,7	32
26.Jeg var av de første blant mine kolleger som prøvde ut nye ideer / metoder	2,59	1,214	43,8	18,8	32
27.Min avdeling var snar med å ta i bruk nye hjelpemidler, metoder og rutiner	2,77	,956	35,5	19,3	31
28.Ledelsen ønsket å få til OU, men de ansatte var passive, vanskelig å få med	2,42	1,089	54,8	16,1	31
29.Ansatte ønsket å få til OU, men ledelsen var passiv, vanskelig å få med	2,55	1,060	45,2	16,1	31
30. Både ansatte og nærmeste ledelse var åpne for nye forslag, men det skjedde lite	3,30	1,022	20,0	40,0	30
31. Hos oss vår det stor takhøyde for ideer og konstruktiv kritikk	2,84	1,214	38,7	29,1	31
32. Ansatte og ledelsen var stort sett positive og samarbeidet om utvikling av enheten	2,81	1,108	32,3	22,6	31

I tillegg til tidligere brukte måltall inneholder tabellen også sammenlagt prosent for svaralternativ 1 og 2, fordi noen av påstandene er formulert slik at dersom respondentene mener de i svært eller liten grad beskrev situasjonen så kan dette være uheldig i endringssituasjoner. Eksempel på dette er mangelfull og uklar informasjon og manglende reell medvirkning, som ansees som generelle kritiske

faktorer ved organisasjonsendringer. I tillegg kan en anta basert på tesene til Holland og prosjektgruppen (Åsvang, 2009) at det er individuelle forskjeller, fordi visse interessetyper og Jung8-typer er mer følsom for endringer enn andre (eks behov for mer informasjon, tid til å tenke og diskutere, versus raskere handling).

Hovedtendenser i materialet er uthevet i tabellen. En kort oppsummering av hovedmønstre er at flertallet opplever endringer mer som energitappende enn som friskfaktorer; toppledelse, nærmeste leder og en selv ansees for å ha stor betydning for sluttresultatet av endringer; informasjon og medvirkning oppleves ikke god nok, planer oppleves abstrakte og konkret handling savnes.

7.5 OPPSUMMERING

Vanligste sykdomsdiagnose for deltakerne (respondenter i langversjon av survey) var muskel & skjelettplager og psykiske lidelser, dette er også de to mest vanlige diagnoser i Norge ved sykefravær og utføretrygding. Diagnosene kan i stor grad være forbundet med jobb- og livssituasjon, og er derfor ansett som særlig egnet for arbeidslivsveiledning etter Sollan-modellen. Forhold som arbeidspress, arbeidstid, og organisatoriske endringer er trukket frem som kjennetegn på arbeid som kan ha slike konsekvenser i materialet og er også velkjent i fra arbeidslivsforskning. Arbeidet i seg selv er imidlertid langt i fra eneste faktor som kan lede til sykefravær. Dette kapitlet har gitt økt kunnskap om en annen viktig faktor som også har vært fremme flere ganger i tidligere kapitler, dvs medarbeideren selv. Medarbeiderens interessetype, personlighet, attribusjon, forventinger, samt ikke minst, evne og vilje til å ta ansvar og omsorg for andre versus seg selv kan ha stor betydning for hvordan man opplever og mestrer sitt arbeid, liv og helse. Studien viser at respondentene ofte tar så stort ansvar og omsorg for andre og oppgaver, at de i for liten grad tar vare på seg selv.

Vilje og evne til å ta vare på seg selv kan synes å variere med interessetyper og personlighet. På den annen side så kan en hevde at slik evne og vilje er en kompetanse. I følge Skogstad og Einarsson (2005, s. 161) er en viktig kompetanse i dagens samfunn, ivaretagelse:

”av egen psykiske og fysiske helse – gjennom mestring av stress på jobben - vil være avgjørende for å kunne være en dyktig medarbeider over tid og på tvers av organisasjoner...den dyktige medarbeider ivaretar sin egen helse og er oppmerksom på hva han kan – og ikke kan – tåle av arbeidsbelastninger. En dyktig medarbeider holder seg i god fysisk form, sørger for å ta seg fri og samle krefter, og søker alternative positive stimulanser dersom jobben i perioder blir for ensidig eller ensidig gir

belastninger. Den dyktige medarbeider søker også å balansere jobb og familieliv”.

Sitatet påpeker viktigheten av å ta vare på seg selv, samt ansvaret som det enkelte individ har. Det passer godt inn i filosofien for arbeidslivsveiledningen i Sollan-modellen. Det er lett å si seg grunnleggende enig i sitatet, men det er grunn til å påpeke at det er lettere å si det enn å gjøre det, og medarbeidere vil ha ulike personlige og organisatoriske forutsetninger for å kunne gjøre det – dette er det svært viktig at vi ikke glemmer. Glemme bør enn heller ikke at arbeidsgiver har et lovfestet ansvar, og ledere er i tillegg en vesentlig del av medarbeideres arbeidsmiljø.

DEL III: AVRUNDING

8. KONKLUSJON OG AVRUNDING

I følge Drucker (2007) bør innovasjoner ofte prøves ut i form av pilotprosjekt, fordi pilotprosjekt kan og bør gi læring om hva som fungerer og hva som bør bli bedre slik at innovasjonen kan forbedres før den blir del av mer ordinær praksis. Denne delundersøkelsen av pilotprosjektet gir innsikt i både sider som har fungert godt, og noen sider som bør eller kan bli bedre og som derfor åpner for ytterligere læring og innovasjon. Vi vet fra andre deler av følgeforskningen at flere justeringer og andre læringsprosesser ble gjort av de ulike involverte underveis i pilotprosjektet. Disse ting stemmer godt med hva pilotprosjekter bør kjennetegnes av.

8.1 KORT OPPSUMMERING AV PROBLEMSTILINGENE

Det var utviklet 10 forskningsspørsmål for følgeforskningen som helhet (jf kapittel 1), surveyen til deltakere i pilotprosjektet inkluderte direkte eller indirekte spørsmål relatert til F1-F3, F5, F7-10. Den korte versjonen av surveyen inkluderte kun direkte spørsmål relatert til F3. F3 ga kun innsikt i langtidsresultat. En meget kort og forenklet oppsummering er:

- *F1: Hvordan erfares og oppleves pilotprosjektet sett fra prosjektdeltakere (her: sykemeldte medarbeideres) perspektiv?* I hovedtrekk som meningsfulle og nyttige, jf evaluering av deler (kapittel 6) og av helhet (kapittel 5). Det er sider ved konseptet og forankringen i organisasjonen som bør forbedres.
- *F2: Skaper arbeidslivsveiledningen økt bevissthet om egen helse, friskfaktorer og energilekkasjer?* Ja, i hovedtrekk, men det kan være utfordringer ved å ta i bruk denne kunnskapen i praktisk handling.
- *F3: Hvilke resultater oppnås på lang sikt?* Surveyen kartla NÅ-situasjonen ca 1 ½ år etter deltakelsen, hovedfunnene i forhold jobbsituasjon var slik: 69% av respondentene var i yrkeslivet, 31% var ikke. Av de som var i yrkeslivet hadde sykepleiere og ledere, samt medarbeidere fra UNN (inkludert sykehusapoteket) litt høyere tendens til *drop out* enn andre. Ca 69% av de som er i jobb, er tilbake i samme foretak og enhet. 71,4% av de som svarer på langversjon av surveyen og som er i yrkeslivet sier de ikke har hatt langtids sykefravær siste halvår. Et klart flertall (85%) av respondentene (i langversjon, få respondenter) uansett om de er i jobb eller ikke, rapporterer fra middels til svært god helsesituasjon. Vi kan ikke si om nå-situasjonen skyldtes prosjektet.

- *F5: Når, hvordan og hvorfor (/hvorfor ikke) bidrar pilotprosjektet positivt?* Kunnskap om dette får vi gjennom selvrapporing. Generelt, så bidrar pilotprosjektet til økt bevissthet om muligheter, svakheter, styrker og tiltak, dette oppnås gjennom kartleggingsverktøyene, veiledninger og bruk av de andre elementer i pilotprosjektet. Det er også avdekket flere sider som hindrer eller reduserte positive bidrag av prosjektet (se lengre ned). Pilotprosjektet er trolig særlig egnet ved muskel- og skjelett diagnose og lettere psykiske problemer som har opphav i personens tidligere eller nåværende arbeids- og/eller livssituasjon, eller andre relativt stabile mønstre ved personen. Det synes også som spesielt egnet for personer som har tendens til høy grad av ansvarlighet og omsorg for andre eller ting, og som samtidig ikke har tilstrekkelig evne og/eller vilje til å ta ansvar og omsorg for seg selv.
- *F7: Hva hemmer og fremmer gjennomføringen av prosjektet/innovasjonen og konstruktive resultater – på ulike nivå?* Personens egen vilje og evne kan hemme eller fremme. Eget ansvar og initiativ trekkes frem som viktig, men ikke alle var friske nok til å ta et slikt ansvar. Arbeidslivsguiden trekkes frem som viktig, positiv og fremmende særlig med hensyn til de relasjonelle kommunikative og empatiske sider. Det er noen svakheter mht deres evne/vilje til å bidra til tiltak og handling som bør styrkes. De sistnevnte svakheter kan også ha noe med konseptet å gjøre, dvs at det kan være for kognitivt og individuelt orientert. Leder trekkes frem som viktig for resultatet, på en positiv måte når leder motiverer og følger opp, på negativ måte når leder ikke gjør dette. Mange ledere har fulgt opp, men det har også vært mange som ikke har gjort det i følge respondentene, her ligger flere behov og muligheter for forbedringer. Familie, venner, lege/terapeut og kolleger er trukket frem som andre viktige støttespillere.
- *F8: Hvilken sammenheng er det mellom kjennetegn ved personen og energiskapere og -tappere (jobb-hjem)?* Respondentene er i hovedsak kjennetegnet ved stor ansvarlighet og omsorg for andre/ting, og flertallet mener de var for lite flinke til å ta vare på seg selv. En svært stor andel av deltakerne i pilotprosjektet er høy på S-søylen i interesselypetesten, som er kjennetegnet av stor grad av omsorg for andre. 86% av respondentene (kun langsurvey) svarer i stor eller svært stor grad at 'å ta vare på andre (høy service faktor) hadde stått sterkt i livet mitt'. Dersom det blir høy grad av omsorg for andre både på jobb og i privatlivet kan energi tappes så mye at sykefravær blir en konsekvens.
- *F9: Hvilken sammenheng er det mellom arbeidsmiljø, livssituasjon og sykefravær generelt, og mellom energiskapere og -tappere i jobb-hjem og sykefravær spesielt?* Flest respondenter mener at arbeidssituasjon har sammenheng med sykefraværet, i den sammenheng trekkes spesielt psykisk

press frem, samt nattarbeid og jobbtidsskifte. Et mindre antall respondenter mener at situasjonen hjemme har bidratt til sykefraværet.

- *F10: Oppstår etiske dilemma, i så fall hvilke og hva er deres konsekvenser?* Respondentene rapporterer om noen få etiske utfordringer, ingen alvorlige, men de bør jobbes proaktivt med. Eksempler er fare for misbruk av informasjon; og sette i gang prosesser i deltaker uten å følge opp. Vi har ikke informasjon om direkte konsekvenser, men mht første punkt så kan det skremme vekk personer som kan være aktuelle deltakere.
- *F11b: Hvordan fungerer organiseringen og ledelsen av innovasjonen rundt konseptet ute i organisasjonene?* Ulike erfaringer er rapportert, særlig avhengig av nærmeste leders oppfølging. Flere forbedringspotensialer er avdekket.

Alle disse spørsmål, med unntak av F3 mht langtids resultater, er også studert gjennom ulike kvalitative datainnsamlingsmetoder i følgeforskningen. Analyser av de kvalitative dataene er kun i liten grad trukket inn i denne rapporten, de vil kunne gi et mer nyansert og komplementært bilde.

Andre viktige oppsummeringer av den kvantitative studien som også støttes av foreløpige analyser av de kvalitative data: Konseptet (prosjektet) ble i flere tilfeller for lite integrert i organisasjonens hverdag og sykefraværsoppfølging. Planlagte tiltak ble derfor i flere tilfeller ikke tilstrekkelig forankret og fulgt opp av deltaker, leder og/eller andre. Resultatet av veiledningene ble da gode intensjoner og prat, uten nok reell handling og realisering. Trolig medførte det en del skuffelser. Dette er forhold som kan gjøres noe med. Det er også mange eksempler på at god dialog og oppfølging fant sted. Både de positive og negative erfaringene tilsier at konseptet brukt i forhold sykefravær bør benyttes videre, men at den da bør integreres mer og forsterkes med rutiner som sikrer god praksis for oppfølging fra leder, veileder og eventuelt personalavdeling og NAV.

Hovedproblemstilling for følgeforskningen som helhet var: *Er pilotprosjektet – Arbeidslivsveiledning i et helseperspektiv (Sollan-modellen) – en fruktbar tilnærming ovenfor medarbeidere med jobbrelaterte eller sammensatte (jobb-hjem-fritid) utfordringer og langtidssykefravær?*

Konklusjonen på hovedproblemstillingen, samt T1⁸, T2⁹ og T4¹⁰ – om vi oppsummer kun basert på survey til deltakere ca halvannet år etter deres

⁸ T1: Konseptet i pilotprosjektet er et tiltak ovenfor sykemeldte medarbeidere som bidrar positivt til å få deltakerne tilbake i jobb, eventuelt til å få en avklaring i deres situasjon.

⁹ T2: Konseptet i pilotprosjektet bidrar til opplevd økt bevissthet og mestring i forhold til betydningen av friskfaktorer og energitappere.

deltakelse er: JA for de fleste respondenter ut fra selvrapporing ved evaluering, men det er forskjeller avhengig av den sykemeldte, dennes leder og virksomheten som viser behov for å gjøre forbedringer. Om deres NÅ-situasjon har sammenheng med pilotprosjektet er det heftet betydelig usikkerhet ved, fordi deltakerne ikke har vært isolert fra andre påvirkninger.

Omtrent 11.600 ansatte (9.500 årsverk) jobbet i Helse Nord foretakene i 2006, og sykefraværet var omtrent 8,9%. Det var den seinhøsten ideen til pilotprosjektet kom. Organisasjons- og personaldirektør Åshild Nordnes sa juni 2010: "Vi er i den situasjon at sykefraværet har gått ned med 1,7 %-poeng, mest innenfor langtidsfravær og vi vet ikke hva det skyldes. Vi har sjekket "alt" mht. endrede punche-rutiner, endring kodeverk/definisjoner, nye systemer etc., men finner ikke noe som er feil. Det kan altså tyde på at fraværet har gått ned. Tendensen har holdt seg hele første kvartal....".

Det vi kan si temmelig sikkert er at nedgangen i fraværspersent i Helse Nord generelt ikke kan skyldes pilotprosjektet. Pilotprosjektet er som en liten nål i en høystakk, kun 142 deltakere i en svært stor multiorganisasjon. Selv om pilotprosjektet hadde foregått i en mye mindre organisasjon hadde det vært vanskelig, om ikke umulig å si noe sikkert om årsak-virkningssammenheng. For eksempel om nåsituasjonen til deltakerne skyldtes helt eller delvis pilotprosjektet, eller ikke. Dette har ikke vært et eksperiment, med mulighet for kontroll av alle direkte og indirekte faktorer.

Andre forhold som styrker eller begrenser muligheten for å konkludere:

Langversjon av surveyen til deltakerne ble ferdig utviklet, pretestet og søkt godkjent av REK-Nord første del av høsten 2009, så startet utsending (til alle deltakere) og purring av surveyen. Ved purrerunde 2 ble det laget et kort (tosides) versjon hvor det viktigste formål var å få flest mulig svar på langtidsresultatet mht om de var i jobb eller ikke, hvor, og hva de gjorde om de ikke var i jobb. Spørsmål som både inngår i kort og langversjon av surveyen har god svarprosent (ca 60%), og den vurderes sterk ikke kun fordi 60% av dem som fikk surveyen har svart, men også fordi dette er 60% av den totale populasjonen. Spørsmål som bare inngår i langversjonen av surveyen har imidlertid kun en svarprosent på ca 25%, noe som svekker datamaterialets representativitet ut over de som har svart. Tidsaspektet skaper i tillegg utfordringer mht hukommelsen (husker ikke, husker feil).

¹⁰ T4: Organiseringen innad i organisasjonen rundt konseptet (før, under og etter veiledningsfaser) fungerer godt nok.

8.2 ANBEFALINGER

Basert på deltakersurveyen kan følgende anbefalinger gis knyttet til konseptet, samt organiseringen og bruk av det:

- Arbeidslivsveiledning er et konsept som **bør utprøves og benyttes videre** ovenfor sykemeldte og i forebygging av sykefravær, særlig ved plager relatert til muskel og skjelett, og lettere psykiatriske diagnoser/plager. Også andre diagnoser kan være relevante.
- **Sikre bedre oppfølging før og særlig etter veiledningsperioden:** Gjennomgangstema under hemmende faktorer og erfaringer, og i forslag til forbedringer (i kapittel 5) er relatert til ledelsens medvirkning, og særlig manglende oppfølging etter at pilotprosjektet var ferdig. Annen oppfølging etter pilotprosjektet er også et vesentlig forbedringspotensial. Flere spørsmål særlig i kapittel 6 har pekt på samme utfordring knyttet til ledelse og annen oppfølging. Det holder ikke alene at kjernen i konseptet (verktøy, arbeidslivsguider og veiledningene i seg selv) fungerer meget bra, dersom det som skal skje etterpå ikke følges opp. Konseptet brukt i sykefraværsoppfølging og eventuell forebygging, bør derfor utvides til å være grundigere i forkant av veiledningene og ikke minst i etterkant av veiledningene. Primærfokus bør være på den sykemeldte/medarbeider, men da ved at man ser person som relasjonell og situert i kontekster der også relasjoner til andre er viktig, særlig lederen.
 - **Sikre bedre oppfølging fra lederen og andre mht tiltak**
 - **Sikre bedre oppfølging fra veileder ved tilbud om flere veiledninger**
- Det bør legges inn som en del av konseptet en **oppfølgingsveiledning ca tre måneder etter** avsluttet hovedveiledningsperiode.
- Personalavdeling eller veileder, i samarbeid med leder, bør observere disse medarbeiderne mht sykefravær eller om de sliter over en lengre periode (kanskje 2-3 år, det bør prøves ut), for å **vurdere om ytterligere veiledninger eller andre tiltak** kan være relevant.
- **Antall veiledninger i planlagt hovedperioden** kan fortsatt være 2-3 som et utgangspunkt, men medarbeidere har ulike behov det bør derfor fortsatt være fleksibilitet og tilpasning til enkeltindividet for å avgjøre hvor mange veiledninger som skal inngå i hovedperioden. Særlig når sykefraværsårsaker har utviklet seg og virket over lang tid, kombinert med sykefravær over lang tid, så er det rimelig å forvente at det tar lang tid å komme ut av fraværet.
- **Sikre økt og god informasjon til leder om konseptet metodikken, forventninger og oppfølging:** Gjerne koblet med helseforebyggende ledelse og erfaringsdeling for ledere om bruk av konseptet.

- **Sikre informasjon til leder etter veiledningsperioden:**
 - Deltakere bør fortsatt få avgjøre hvor mye som skal informeres fra veiledningene mht kartlegginger og diskusjoner, men informasjon om planlagte tiltak mht yrkeslivet er det en forutsetning at leder får informasjon om og involveres i, såfremt personen ikke skal slutte i foretaket.
 - Deltaker bør derfor ikke alene få avgjøre når og hvordan informasjon til leder skal gis.
 - **Trekantsamtaler anbefales for å oppnå forpliktende og reell handling.** Generelt anbefales en trekantsamtale (deltaker, leder og veileder), eventuelt utvidet med aktør fra personalavdeling eller NAV. Dersom det er en vanskelig relasjon mellom deltaker og leder bør leder over inn i tillegg, eventuelt istedenfor nærmeste leder.
- **Utrede ordninger og muligheter for tilrettelegginger i eksisterende jobber og bytting til andre jobber i foretaket eller i andre IA-virksomheter lokalt.** På dette området må det jobbes mer systematisk slik at planlagte tiltak i større grad blir realiserbare, og en unngår at ledere får økende press uten at de samtidig får tilgang på ressurser og støtte systemer (eks lage database med midlertidige eller ledige stillinger).

Jeg har i løpet av rapporten pekt på flere dilemmaer, utfordringer og spørsmål som Helse Nord eller andre arbeidsgivere, guider, og firmaet Sollan bør ta for seg ved bruk av arbeidslivsveiledning ovenfor syke. Det er ikke rom for å gjengi dem her, men jeg skal her sette fokus på ett forhold som ikke kommer godt nok frem gjennom enkelt spørsmål i surveyen. Vi ser konturene av dem når funn fra flere spørsmål sees opp mot hverandre, og de kvalitative studier i følgeforskningen sier mer om dem. Det er sider som i liten eller utilstrekkelig grad dekkes av hovedfaktorene arbeidet og medarbeider, slik som viktigheten av andre aktører, relasjoner med andre, identifisering og opplevelse av egenverdi. Et eksempel er følgende situasjon: Hvis du fra barnsben av har fått mye, og kanskje eneste positive, feedback på at du er dyktig til og verdifull fordi du yter omsorg for andre, så kan det rimeligvis være vanskelig å redusere (bryte) denne praksisen og starte med en annen praksis der du tar mer vare på deg selv. Det kan kreve eksistensielle, emosjonelle, verdimeslige og relasjonelle brudd, dvs mer radikale endringer. Kartlegging, individuell kognitiv visualisering og refleksjon, samt veiledning, kan være viktige faser i en slik endring, men jeg vil påstå at de emosjonelle, eksistensielle, relasjonelle og handlingsmessige sider da blir enda mer kritiske. Det kan da være behov for en mer holistisk og lengre lærings- og endringstilnærming enn hva konseptet (Sollan-modellen) slik det ble kjørt i pilotprosjektet tok høyde for. Kan og bør konseptet endres til å bli enda mer holistisk og langvarig om deltaker har behov for dette? Er det ønskelig og rimelig

at arbeidsgivere som Helse Nord tilbyr enda mer holistisk og langvarig veiledning dersom medarbeidere har behov for det? Kan mer holistiske og langvarige endringer øke risikoen for å bevege seg inn i områder for sykdomsbehandling som terapi (individuell og kanskje også gruppebasert som involverer familie/venner) og psykiatri? I så fall, er det etisk og faglig forsvarlig, og hvor bør grensene trekkes? Dette er spørsmål som bør bearbeides videre både av virksomheter, Sollan og forskning.

Pilotprosjektet har i seg mange gode sider som kan styrke HMS-verktøykassen til virksomheter ovenfor sykemeldte, og trolig også ovenfor medarbeidere som sliter (sistnevnte bør prøves ut).

8.3 VIDERE ANALYSER OG FORSKNING

Det var hverken mulig eller ønskelig å analysere dataene fullstendig i denne rapporten. Jeg kommer til å gjøre nye analyser (både kvantitative og kvalitative) og ikke minst drøftinger av funn opp mot annen forskning, ved artikkelskriving, og da kan det dukke opp nye funn som også kan være relevante for Helse Nord. Disse kan da formidles gjennom korte upubliserte notat og/eller ved kopi av paper/artikler hvor sammenhenger utdypes.

Hvordan ulike andre aktører kan ha betydning for hvordan sykemeldte klarer å komme ut av sykefraværet, eller hemmes i dette, bør studeres nærmere med enda bredere multirelasjonelle tilnærminger. Det er lite kunnskap om dette. Det kan studeres ved via den sykemeldte, men også ved at de ulike aktørene trekkes inn som informanter. Studien peker også på flere utfordringer knyttet til omsorg for seg selv, som bør studeres nærmere. Det er også interessant å prøve ut og forske på konseptet i kontekster der deltakere i høyere grad er ledere, menn, har andre yrker eller er i andre bransjer i både privat og offentlig sektor. Underveis i rapporten har jeg også pekt på områder som kan/bør forskes videre på, jeg har også pekt på områder som Helse Nord eller andre arbeidsgivere, samt konsulentfirmaet Sollan, bør undersøke nærmere, reflektere over og/eller ta stilling til ved bruk av konseptet.

REFERANSER

- Abrahamsson, K. (red.) (2003), **Friskfaktorer i arbetslivet**, Stockholm: Prentent
- Allebeck og Mastekaasa (2004). Risk factors for sick leave. General studies. **Sc. J. Public Health**, 32 (49), chapter 5, 49-108
- Alvesson, M. and Sköldbberg, K. (1994), **Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitativa metod**, Lund: Studentlitteratur
- Andersen, L. (2002b), **Underorganisering. Bedriftsutvikling og ansattes arbeidsvilkår**, Oslo: Gyldendal
- Antonovsky, A. (1987). **Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well**, San Fransisco: Jossey-Bass
- Bauman, Z (2001), **The individualized society**, Oxford: Polity/Blackwell Publishers Ltd
- Cochran, L. (1997). **Career Counseling. A narrative approach**. Thousand Oaks, Sage Publications
- Csikszentmihalyi, M. (1998), **Finding Flow: The psychology of Engagement with Everyday Life**, New York: Basic Books
- Czarniawska, B. & Sevon, G. (1996), **Translating organizational change**. Berlin: de Gruyter
- Drucker, P.F. (2007), **Management challenges for the 21st century**. Oxford: Elsevier
- Easterby-Smith, M., Thorpe, R., & Jackson, P.R. (2008). **Management research**. Los Angeles: Sage
- Eide, D. (2007), Knowing and Learning in-practice in service: A relational and collective accomplishment, doctoral thesis, Tromsø University, ISV, ISBN 978-82-91636-57-3
- Eide, D. (2008a), Breakdowns and Emotions in Learning: Case HRM-innovation to reduce long-term sick leave, paper presented at 24th EGOS Colloquium, Sub-theme 6 (practice-based studies), July 10-12 2008, VU University Amsterdam, Nederland.

Eide, D. (2008b), Hva er brudd? Hva skjer når brudd oppstår? og Arbeidsglede: kan vi avdekke positive brudd?, To hovedinnlegg på: Erfaringskonferanse prosjekt arbeidsglede, arr. Helse Nord RHF, Eide, D. (2008c), Fokus på friskfaktorer og energitappere – kan det redusere sykefravær? Skriftlig og muntlig kåseri, Nordlandsakademiet, 27 oktober. **NRK Nordland radio og på web.**

<http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/nordland/1.6282601>

Eide, D. (2008d), Arbeidsglede, Reportasje, 29 oktober. **NRK1 TVSveip**, <http://www.nrk.no/nett-tv/indeks/148919/>

Eide, D. (2009), Forskningsprotokoll for følgeforskning av pilotprosjekt arbeidsglede, vedlegg, i Åsvang, G.B. (red) (2009), Prosjekt Arbeidsglede. En innovasjon i Helse Nord, Rapport, Bodø: Helse Nord

Eide, D. & Lindberg, F. (2006), På søk etter brudd i organisasjons- og konsumentforskning – konsistens ifølge ontologisk hermeneutikk. I Nyeng & Wennes, (red.), **Tall, tolkning og tvil**. Cappelen Forlag.

Eriksen, T.E., Kasberg, G.K. & Stokland, M. (2010), Forandring fryder sjelden. De viktigste hemmende og fremmende faktorer for samordningen, hvor Arbeidslivsveiledningen var forsøkt som et fremmende tiltak. Masteroppgave MBA. Bodø: Handelshøgskolen i Bodø.

Gherardi, S. (2006), **Organizational Knowledge: The Texture of Workplace Learning**. MA: Blackwell Publishing

Grimsmo, A. & Sørensen, B.A. (2004a), Tøffere arbeidsmiljø i sykehusene, weboppslag, AFI, http://www.afi.no/modules/module_123/templates/news_template_detail_1.asp?strParams=1%231%232%231%233%23%2D1&iCategoryId=1&iInfold=2045

Grimsmo, A. & Sørensen, B.A. (2004b), Null-punkt-undersøkelse i sykehus, **AFI Notat 8/2004**, Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet

Heidegger, M. (1927/1996), **Being and Time**, Albany: State University of New York Press

Henriksen, 2007, Dagens Medisin, webartikkel, 5 oktober, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2007/10/05/statsbudsjettet-20-million/index.xml>

Holland, J. (1985). **Making vocational choices. A theory of vocational personalities and work environments.** Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall.

Holte, Ø. G. (2007), Kjønn som innovasjon og det nye pappaspoeret. I Kvanne & Rasmussen (red), **Arbeidslivets klemmer. Paradokser i det nye arbeidslivet.** Bergen: Fagbokforlaget, s. 249-272

Johansen, B. (2007), Fleksibilitet. – En utfører til mødres deltidsarbeid? I Kvanne & Rasmussen (red), **Arbeidslivets klemmer. Paradokser i det nye arbeidslivet.** Bergen: Fagbokforlaget, s. 196 -220

Johnsson, J., Lugn, A., Rexed, B. (2006): Langtidsfrisk. Stockholm, Ekerlids Forlag

Kaspersen, L. (2009), Arbeidsmorale er fallende, webartikkel 24 november, DN.no <http://www.dn.no/karriere/article1786790.ece>).

Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2003), **Psykologi i organisasjon og ledelse.** Bergen: Fagbokforlaget

Langslet, G.J. (1999), **LØFT: Løsningsfokusert tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning,** Oslo: Ad Notam Gyldendal

Langslet, G.J. (2002), **LØFT for ledere. Løsningsfokusert tilnærming til typiske ledelsesutfordringer,** Oslo: Ad Notam Gyldendal

Lave, J. and Wenger, E. (1991), **Situated learning: Legitimate peripheral participation,** New York: Cambridge University Press

Levinas, E. (1993), **Den annens humanisme,** Otta: Aschehoug

Lie, J-A. S.; Gulliksen, E., Bast-Pettersen, R., Skogstad, M., Tynes, T. & Wagstaff, A.S. (2008), Arbeidstid og helse. En systematisk litteraturstudie, **STAMI-rapport 9** (21), Oslo

Lindøe, P.H. (2002), Aktører, arenaer og roller i bedriftsutvikling. Erfaringer fra programmet Bedriftsutvikling 2000, **Tidsskrift for Arbejdsliv**, 4 (1), s. 11-27

Løgstrup, K.E. (2008), **Den etiske fordring,** København: Gyldendal

Morgan, G. (1990), **Organisasjonsbilder,** Oslo: Universitetsforlaget

Nilsen, A. Kornberg, K. (2002), Nordmenn er sykest i Europa, webartikkel **07.07, Dagsavisen**.
<http://www.rf.no/Internet/home.nsf/wvDocCatHTML/41D51280E3BF925FC1256EBA003FD559>)

NAV, Sykefraværspersent 3. kvartal 2008-2010, 2008 er korrigert etter ny næringskode. Totalt, næring, kjønn og la-avtale. <http://www.nav.no/261587.cms>

Newell, S., Robertson, M., Scarborough, H. & Swan, J. (2009). **Managing knowledge work and innovation**. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Nordnes, Å. (2010), Innspill til NOU – utvalg om sykefravær. Internt upublisert notat av 5 september. Helse Nord RHF

NOU (2010), Arbeid for helse, sykefravær og utstøting i helse – og omsorgssektoren. Nr. 13. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet

Ose, S.O. (2010), Kunnskap om sykefravær: nye norske Bidrag, **SINTEF A14516 RAPPORT**, Trondhjem: Sintef

Olsen, K.M. (2007), Sykefravær – hvor mye skyldes jobben?, **Søkelys på arbeidslivet**, 24 (1), 53-62

Larsen, K. (2008), Ny runde med God vakt! Webartikkel, Sykepleien, <http://www.sykepleien.no/ikbViewer/nyhet/116076/ny-runde-med-god-vakt!>

Kvale, S. (1989), To Validate Is to Question. I Kvale (red), **Issues of Validity in Qualitative Research**,
Lund: Studentlitteratur, 73-92

Lincoln, S.L. and Guba, E.G. (1985), **Naturalistic inquiry**, London: SAGE Publications

Pettigrew, A.M. (1990), Longitudinal field research on change: theory and practice, **Organization Science**, 1(3), 267-292

Pettigrew, A. (1997), What is a processual analysis?, **Sc. J. of Management**, 13(4), 337-348

Rasmussen, B. (2002), "Når jobben tar livet...", i Forseth & Rasmussen (red), **Arbeid for livet**, Oslo: Gyldendal, p. 131-144

Skogstad, A. (2000), Psykososiale faktorer i arbeidet. I Einarsen & Skogstad (red.), **Det gode arbeidsmiljø**. Bergen: Fagbokforlaget, 15-32

Skogstad, A. & Einarsen, S. (2005), Den dyktige medarbeider: Høy kompetanse eller bare velvilje?, i Einarsen & Skogstad (red.), **Den dyktige medarbeider. Behov og forventninger**. Bergen: Fagbokforlaget, 147-163

Stortingsmelding (2006-2007), Arbeid, velferd og inkludering, nr.9, Oslo: Arbeidsdepartementet

Swan, J., Scarbrough, H. and Robertson M. (2002), The construction of Communities of Practice in the management of innovation, **Management Learning**, 33 (4), 477-96.

Tsoukas, H. & Chia, R. (2002), On organizational becoming: Rethinking organizational change, **Organization Science**, 13 (5), 567-582

Tveito T., Halvorsen, H., Lauvålien, A., Eriksen, J.V. & Eriksen, H.R. (2002): Room for everyone in working life? 10% of the employees – 82% of the sickness leave. **Norsk Epidemiologi**, 12 (1), 63-68.

Ventegodt, S. (1996). **Arbejdslivskvalitet: at blive værdifuld for sig selv og sin omverden**, København: Forskningscenterets forlag

Vike, H. (2004), **Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet**. Oslo: Akribe

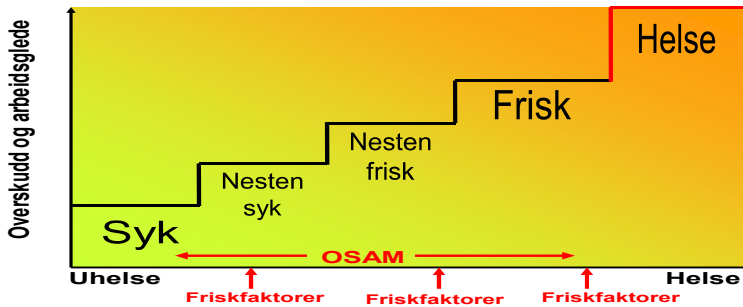
Weick, K.E. (1989), Theory Construction as Disciplined Imagination, **Ac. of Man. Rev.**, 14(4), 516-531

Wenger, E. (1998), **Communities of Practice**, New York: Cambridge University

Åsvang, G.B. (red) (2009), Prosjekt Arbeidsglede. En innovasjon i Helse Nord, Rapport, Bodø: Helse Nord

VEDLEGG

1.Helsetrappa

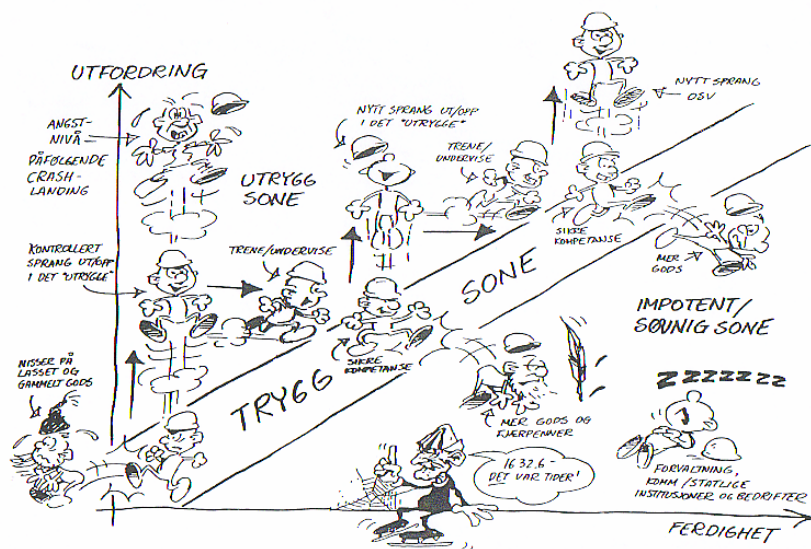


22

Figur 41: Helsetrappa: Langtidssyk vs langtidsfrisk

Opplever personen en situasjon preget primært av helse eller uhelse? Helse er dynamisk tilstand, som en trapp vi kan bevege oss opp over eller nedover. I følge WHO's brede definisjon fra 1946 er helse ikke kun fri for sykdom, men også kjennetegnet av mental, fysisk og sosial velvære (*well being*). Riktignok en definisjon som er kritisert for å være utopisk og vanskelig å operasjonalisere og ikke minst måle, da dette i større eller mindre grad er subjektivt basert på personens oppfattelse.

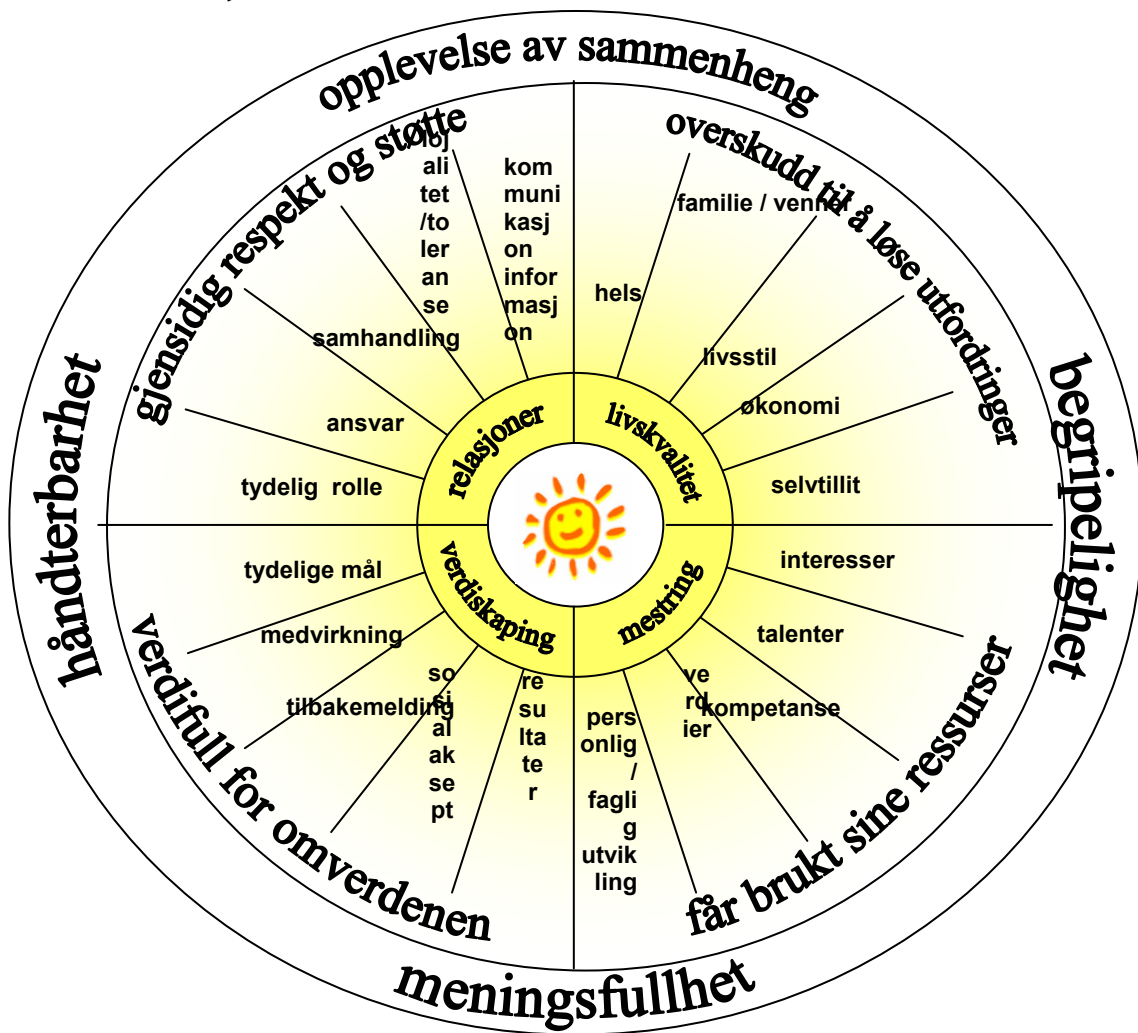
2.Flyt-sone



Figur 42: Flytsone

Vi har alle komfortsoner hvor vi er trygg og mestrer situasjonen – en flytsituasjon. Men dersom vi ikke beveger oss utenfor sonen begrenses våre læringsmuligheter. Går vi mye og ofte utenfor og oppsøker ukjente områder kan utfordringene bli til høyt press, usikkerhet og kanskje negativt stress. Er vi nedenfor trygghetssonen får vi lite utfordringer og press, en tilværelse som kan bli svært passiviserende og lite utviklende. Trygghetssonen er dynamisk, de kan endres raskt eller sakte. Vi har ulike komfortsoner i ulike kontekster og aktiviteter.

3.Sollan-hjulet



Figur 43: Sollan-hjulet 2008

Sollan-hjulet kan brukes til å kartlegge ulike sider ved jobb og privatlivet, og hvordan de samvirker. Siden pilotprosjekt arbeidsglede ble gjennomført er dette verktøyet blitt videreutviklet og digitalisert til bruk for enkeltpersoner og grupper.



UNIVERSITETET I
NORDLAND

HANDELSHØGSKOLEN I BODØ • HHB

Rapporten presenterer funn fra en survey til primærdeltakerne (sykemeldte) i pilotprosjektet. Primærdeltakerne var medarbeidere ved foretakene i Helse Nord, og de hadde enten vært langtidssykemeldt eller hatt gjentakende sykefravær. Pilotprosjektet er et innovativt tiltak ovenfor sykemeldte med hovedmål å få de tilbake i arbeid. Rapporten viser langtidsresultater, samt deltakernes erfaringer og evaluering av pilotprosjektet. I tillegg gis forslag til forbedringer av konseptet og organiseringen rundt.

ISSN: 0806-9263
ISBN: 978-82-7314-636-9

Trykk: Trykkeriet UiN

www.uin.no