

Elisabeth M. E. Anfinnes og Line Stemland

Bacheloroppgave

Økonomi og personalutvikling

Fagkode: BE215E

***“Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av
karriereveiledning være måter å få ned
langtidsfraværet på?”***

En kvalitativ studie i helseforetaket Nordlandssykehuset

Bodø, mai 2008

Summary

The purpose of this bachelor dissertation is twofold. Firstly to study which factors in life, both in work environment and in private life, that makes a good health. Secondly to study experiences with Helse Nords innovation “Arbeidsglede” (work satisfaction). We chose to approach the problem “How can a gained focus on well-being factors and career supervising be used to detain absence due to illness?”

Through interviews and empiric studies we found that time limit, social relations and a balanced rate between work an private life has influence on peoples feeling of well-being.

The intention with Helse Nords innovation was to facilitate through certain tools, and increase self understanding and capability to contribute in a change process - from sick leave to well-being and work.

Forord

Bacheloroppgaven har vært en lang prosess, allerede som studenter på første semester begynte tankene om vår avsluttende avhandling å ta form. Intensjonen var å skrive om Mennesket i organisasjonen – om de som er sykemeldte på grunn av ”såkalte” fysiske plager, men som reelt er sykemeldte på grunn av psykiske lidelser som resultat psykososiale forhold på arbeidsplassen.

Avhandlingen har endret form underveis, gjennom vår involvering i pilotprosjektet til Helse Nord fikk oppgaven en litt annen vinkling enn opprinnelig tenkt. Vi ble fascinerte og engasjerte av prosjektet – det å sette fokus på Individet, finne friskfaktorer – og se på løsninger før problemer – det var kanskje ikke så ulikt vår første intensjon – fokuset var rettet mot Mennesket i organisasjonen.

Denne prosessen med å få avhandlingen vel i havn har vært en krevende og lærerik prosess. Vi har utviklet oss faglig og ikke minst lært oss å se livet i nytt perspektiv, hva som er våre friskfaktorer. I denne sammenheng er vi takknemlig for noen av friksfaktorene i våre liv;

Først og fremst – tusen takk til Førsteamanuensis Dorthe Eide ved Handelshøgskolen i Bodø. Takk for at du ga oss tilliten og introduserte oss for prosjektet, takk for veiledning og gode råd – og takk for at du ga oss, gjennom en fantastisk entusiasme og formidlingsevne interessen for organisasjonsfagene. Vi føyer oss i rekken sammen med våre medstudenter og sier; hva hadde Handelshøgskolen i Bodø vært uten Dorthe.

Tusen takk til prosjektleder Grete Åsvang og Helse Nord for velvilje og inspirasjon.

Tusen takk til alle våre informanter – uten dere hadde det ikke blitt noen avhandling. Vi håper at våre ord kan være med på å sette søkelyset på de ansatte som arbeidsplassens viktigste ressurser, og at vi alle viser ansvar for medmenneskene rundt oss slik at den eneste arenaen i livet som man kan sykemelde seg fra, arbeidsplassen – blir en arena som man ikke vil sykemelde seg fra. Man är mans gamman – mennesket er menneskets glede (Svensk, fra Håvamål).

Sist, men ikke minst; tusen takk til alle våre kjære hjemme som i snart 3 år har holdt ut med oss som hardt arbeidende studenter. Uten deres støtte hadde vi aldri kommet i mål. Takker også familie og venner – vi er glade i dere alle ☺

Sammendrag

Vår bacheloroppgave har vært et studium i hvordan fokus på friskfaktorer kan være et viktig ledd i arbeidet med å få ned langtids-sykefravær. I bunnen av vår oppgave ligger Helse Nords pilotprosjekt, ”jakten på arbeidsglede”.

Problemstillingen er: *”Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?”*

Vi valgte en kombinasjon av litteraturstudie og kvalitativ metode for å få svar på våre forskningsspørsmål.

Empirisk har vi avgrenset oss til Nordlandssykehuset, som er et foretak innenfor Helse Nord. Nordlandssykehuset er under stadige omstillingsprosesser og berøres i stor grad av innsparingstiltak, noe som påvirker de ansatte i større eller mindre grad.

Hovedfunnene våre viste at tid er viktig for helsearbeidere. Knapphet på tid som en ressurs i arbeidshverdagen føles som en belastning for de ansatte, både etisk og psykologisk.

Relasjonene mellom de ansatte, og mellom ansatte og ledere har fremkommet som en viktig faktor for arbeidsglede.

I tillegg er evnen til å finne en balanse mellom arbeid og privatliv en viktig mestringsstrategi for å unngå sykefravær.

Etter å hatt dybdeintervju med 14 informanter valgte vi å se på disse hovedtrekkene: Det psykososiale arbeidsmiljøet, friskfaktorer, IA- avtalen i praksis, og hvordan Sollan- modellen fungerer i gjennomføringen av prosjektet.

Pilotprosjektets rolle for de sykemeldte har vært å finne frem til hver enkelts sterke og svake sider, og vi har presentert hvordan dette har fungert for de berørte.

Hensikten med studien har vært å få satt perspektiv på menneskers selvinnsikt, hvordan energi forbrukes og påfylles hos den enkelte, og hvordan bevisstgjøring av dette kan gi fokus på hvordan man holder seg frisk, i stedet for hva som gjør oss syk.

Innholdsfortegnelse:

FIGUROVERSIKT	7
1. INNLEDNING	8
2. ARBEIDSMILJØ – NOEN SENTRALE SIDER	12
2.1 DET PSYKOSOSIALE ARBEIDSMILJØET	15
2.2 Stress	15
2.3 Utbrenthet	16
2.4 Mening.....	18
2.5 Mestring	18
3. FRISKFAKTORER	21
3.1 HELSEFREMMEDE ARBEID	22
3.2 LANGTIDSFRAVÆR VERSUS LANGTIDSFRISK	28
3.3 HVA KARAKTERISERER ARBEIDSPLASSER MED LAVT SYKEFRAVÆR	31
3.4 ENERGITAPPING – OG SKAPING	32
3.5 FRISKFAKTORER I DET NYE ARBEIDSLIVET	33
4. VIRKEMIDLER	35
4.1 INKLUDERENDE ARBEIDSLIV (IA).....	35
4.2 LØFT	41
4.3 SOLLAN- MODELLEN	43
4.3.1 Profråd	45
4.4 HELSE NORDS PILOTPROSJEKT ”ARBEIDSGLEDE”	49
5. METODE	54
5.1 FORBEREDELSE.....	55
5.2 Valg av organisasjon og informanter.....	55
5.3 Datainnsamling	57
5.4 Dataanalyse.....	60
5.5 ETISKE PROBLEMSTILLINGER	62
6. ANALYSE OG DISKUSJON AV FRISKFAKTORER	64
6.1 ARBEIDSPLASSEN	66
6.1.1 Trivsel.....	67
6.1.2 Sosial støtte	67
6.1.3 Ledelse.....	69
6.1.4 Tid, stress og utbrenthet	70
6.1.5 Turnusarbeid.....	72
6.1.6 Omstilling i organisasjonen	73
6.2 MESTRINGSSTRATEGIER.....	76
6.3 FRISKFAKTORER I LIVSMILJØET.....	79
7. JAKTEN PÅ FRISKFAKTORER VIA KARRIEREVEILEDNING	82
7.1 FORMÅL OG BAKGRUNN	82
7.2 ÅRSÅK TIL FRAVÆR	83
7.3 DELTAKERE OG MÅLGRUPPEN	84
7.4 INFORMASJON.....	87

7.5 LEDELSE	88
7.5.1 Kommunikasjon	89
7.5.2 Hva er ledelse.....	90
7.5.3 Situasjonsbestemt ledelse	91
7.5.4 Sykemeldte medarbeidere.....	92
7.5.5 Reaktiv eller proaktiv ledelse	93
7.6 KARTLEGGING AV KARRIEREVALG OG INTERESSENTPROFIL	94
7.6.1 Kartleggingsverktøy	95
7.6.2 Etikk ved bruk av psykologiske tester	97
7.7 GUIDENS ROLLE OG VEILEDNING	97
7.8 FORVENTNINGER	99
7.9 TILTAK	101
7.9.1 NAV og IA- avtalen.....	102
8. AVSLUTNING	106
8.1 KATEGORI A: FRISKFAKTORER	106
8.2 KATEGORI B: PILOTPROSJEKTET ARBEIDSGLEDE	108
9. LITTERATURLISTE	115
10. VEDLEGG	123

Figuroversikt

<i>FIGUR 1: STØTTENDE OG DESTRUKTIVE FAKTORER VED FOKUS PÅ HELSE, ARBEIDSGLEDE OG FRISKFAKTORER (LINDBERG, 2006)</i>	22
<i>FIGUR 2: HELSEFREMMEDE ARBEIDSPASSER</i>	24
<i>FIGUR 4: KATEGORISYSTEM</i>	47
<i>FIGUR 5: PROSJEKT ARBEIDSGLEDE SOM ET SUPPLEMENT TIL ORDINÆR SYKEFRAVÆRSOPPFØLGING</i>	50
<i>FIGUR 6: EKSEMPLER PÅ KATEGORIER OG SYMBOLER</i>	52
<i>FIGUR 7: JAKTEN PÅ HELSE OG FRISKFAKTORER</i>	53
<i>FIGUR 8: EMPOWERMENT PÅ ULIKE NIVÅER OG FAKTORER SOM PÅVIRKER</i>	77
<i>FIGUR 9: HOVEDFUNN FRISKFAKTORER</i>	106
<i>FIGUR 10: HOVEDFUNN PILOTPROSJEKTET ARBEIDSGLEDE</i>	108
<i>TABELL 1: DESTRUKTIVE OG STØTTENDE FRISKFAKTORER</i>	34
<i>TABELL 2: SYKEFRAVÆRSUTVIKLING I NORDLAND FYLKE OG NORGE 2001-2007 (NAV, 2008)</i>	37
<i>TABELL 3: OVERSIKT OVER PERSONELL OG SYKEFRAVÆR VED NORDLANDSSYKEHUSET (KILDE: ÅSVANG, 2008)</i>	49
<i>TABELL 4: SAMMENHENG MELLOM POSITIV ENERGI OG FRISKFAKTORER</i>	65
<i>TABELL 5: INFORMASJON TIL LANGTIDSSYKEMELDTE OM PILOTPROSJEKTET</i>	94

1. Innledning

Dagens arbeidsmarked er preget av stadig økende etterspørsel av arbeidskraft, og det er viktigere enn noen gang å ta vare på egne medarbeidere og et godt arbeidsmiljø. Flere paradigmeskifter i fortiden har påvirket helsesituasjonen. Et av dem fant sted ved århundreskiftet til 1900, da bondesamfunnet var i ferd med å forvandles til et industrisamfunn. I løpet av et par generasjoner ble jordbrukets andel i sysselsettingen redusert fra 80 til 20 %. Dette rystet menneskers livssituasjon og ga opphav til en alvorlig økning av uhelse. Neste paradigmeskifte inntraff da industrisamfunnet gikk over til å bli et IT- samfunn på 1980- tallet, også dette skiftet førte til kraftig økt sykefravær. Rundt 1996 startet en ny bølge. Mange stillinger forsvant innen skole, helse - og omsorgsvesenet, med økt sykefravær som resultat, hovedsakelig blant kvinnene (Johnsson et.al.2006).

I dag er fokuset rettet mot å inkludere alle i arbeidslivet, og regjeringen har som mål at alle uavhengig av økonomi og sosial bakgrunn skal ha like muligheter, rettigheter og plikter til å delta i samfunn og arbeidsliv (<http://www.regjeringen.no>).

Dersom alle får være deltakere i fellesskapet ut fra egen forutsetning vil de kunne føle seg likeverdige og betydningsfulle i dagens samfunn. Det norske medisinske selskab (www.dnms.no) vektlegger betydningen av ulike kreative, kulturelle og fysiske aktiviteter som kan ha en positiv effekt for å få den sykemeldte tilbake i yrkesaktiv virksomhet. Fokuset belyses videre med at veien via skapende virksomhet kan gi individet følelse av mening og tiltaksløst. Antonovsky (www.dnms.no) har hevdet at en viktig salutogen faktor er evnen til å oppleve verden som rimelig forutsigbar og sammenhengende. I dagens endringssamfunn kan man spørre seg om dette er i pakt med Antonovskys syn på forutsetninger for god helse. Kanskje er det ikke så rart at andelen sykemeldte og uføre har økt betydelig i Norge (www.dnms.no). I følge Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no) økte det totale sykefraværet i Norge fra 6,8 % 4.kvartal 2006 til 6,9 % 4.kvartal 2007. Dette gir en vekst på 1,6 %.

Bakgrunn

Helse Nord hadde samlet et sykefravær på 8,9 % i 2006. Hele 900 årsverk er borte fra jobb hver dag. Situasjonen varierer noe mellom helseforetakene, men felles for alle; sykefraværet er for høyt. Det er verken bra for medarbeidere, pasienter eller organisasjon. I alle helseforetakene gjennomføres det nå et systematisk arbeid for å påvirke faktorer som fører til sykefravær og for å redusere fraværet (www.helsenord.no).

Bakgrunnen for oppgaven ligger i et innovativt pilotprosjekt Helse Nord gjennomfører vedrørende sykefraværsoppfølging, der langtidssykemeldte gjennom veiledning, motivasjon og støtte skal få bistand til å komme tilbake til arbeidslivet. En vesentlig del av prosjektet er å få medarbeideren til å ta ansvar for egen helse. Erfaring andre bedrifter har gjort, viser at bevisstgjøring om ens friskfaktorer for de aller flestes del kan løses i eksisterende jobb eller i fritiden (www.helsenord.no).

Hovedfokus er det hele menneske og det er uvesentlig om friskfaktorene kan gjøre seg gjeldene i arbeidstid eller fritid, og det er her vår interesse for prosjektet meldte seg. Gjennom vårt 3-årige studium innenfor økonomi og personalutvikling har vi spesielt interessert oss for de organisatoriske fagene og menneskene i organisasjonen, derfor har pilotprosjektet vært et spennende område å studere i forhold til vår interesse for fagfeltet.

Problemstilling

”Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?”

Spørsmålet her vil være om individer ved hjelp av veiledning greier å bli bevisstgjort over sine friskfaktorer ut i fra en kartlegging basert på Profråds kartleggingsverktøy og Sollan-modellen, slik at disse gjennom videre tilrettelegging internt eller eksternt kan komme tilbake fra sykefravær til arbeid.

Og våre forskningsspørsmål:

- 1) Hva menes med friskfaktorer, og er det noen typiske friskfaktorer og energitappere i helsesektoren?
- 2) Hvordan kan individuell karriereplanlegging og fokus på friskfaktorer redusere sykefravær?
- 3) Hvilke fordeler og ulemper – inkludert etiske – kan pilotprosjektets tilnærming til sykefravær ha?

Gjennom hele studiet vil vi legge til grunn friskfaktorer både i forhold til langtidsfravær og et holistisk menneskesyn. Vårt tredje forskningsspørsmål studeres primært empirisk, og vil omhandle blant annet avhandlingens FEM- del (Filosofi, etikk og miljø), dette har vi presentert i kapittel 5.5 vedrørende intervjuer av langtidssykemeldte, i kapittel 7.6.2 om bruk av psykologiske tester, og avslutningsvis i kapittel 8.

Vi har begrenset vår undersøkelse empirisk til Nordlandssykehuset i Bodø.

Fremdriftsplan for studiet

Vi har delt inn vår teoretiske del av studiet i 3 hovedkapitler. Kapittel 2 omhandler arbeidsmiljø, kapittel 3 om friskfaktorer og kapittel 4 om virkemidler. I kapittel 5 beskriver vi metode – og våre fremgangsmåter for oppbyggingen av avhandlingen. De siste kapitlene omhandler vår empiriske studie, før vi så avslutter og oppsummerer våre funn i kapittel 8 basert på teorikapitlene og kvalitative intervjuer med våre informanter.

Begrepsavklaringer

Gjennom vår studie er det en del begreper som vi kort ønsker å introdusere slik at lesere kan få større forståelse for betydningene av disse:

Motivasjonsfaktorer: Faktorer som ofte er årsaker til trivsel, og til at man motiveres til å yte en arbeidsinnsats.

Hygienefaktorer: Dette er også faktorer som virker på motivasjon, men kan føre til mistriivsel dersom de uteblir.

Psykologiske jobbkraav: Generelle allmenne behov mennesker har som må være oppfylt for at arbeidet skal oppleves som meningsfylt.

Mening: Hvordan mennesker i en organisasjon tolker det som skjer i det daglige arbeidsmiljøet.

Friskfaktorer: Friskfaktorer kan i følge Abrahamsson et. al. (2003:46) beskrives som ”et fenomen som forekommer den enkeltes arbeids – og eller totale livsmiljø og livsmønster og gir denne forutsetning for å fungere optimalt, utvikles og ha det bra i arbeidslivet”

Salutognese: Kan beskrives som de faktorene som gjør oss friske, man fokuserer på helse før uhelse.

Empowerment: Er en egenkraftmobilisering og kan oversettes til ”det å vinne større makt og kontroll over” (www.dnms.no). Med dette menes at individene må få mer kunnskap om helsefremmende forhold, kunne være med på å ansvarliggjøre beslutninger som har konsekvens for helsen, og kunne delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt.

Langtidsfravær: Helse Nord og NAV definerer langtidsfravær på 56 dager +.

Langtidsfrisk: En langtidsfrisk er en medarbeider som har vært ansatt i minst tre år og ikke har hatt et eneste sykefravær de siste to årene(<http://langtidsfrisk.com>).

Holistisk menneskesyn: Mennesket er en del av den tilværelsen den er satt inn i – familie, slekt, nærmiljø, land, språk og så videre. Mennesket er unikt i den forstand at alle er forskjellige – det finnes ikke to like mennesker. Det enkelte menneskes sjel og ånd er dets egen, og ikke lik noen annens(www.sykepleien.no).

2. Arbeidsmiljø – noen sentrale sider

Formålet med dette kapittelet er å belyse sentrale sider ved et arbeidsmiljø i en organisasjon, spesielt sett i lys av helseforetak.

Arbeidet er for de aller fleste av oss viktigste inntektskilden i dagliglivet. Med lønna vi tjener betaler vi hus, bil, båt, hytte, klær, mat, reiser og ulike andre sosiale aktiviteter.

En god jobb generer ofte høy inntekt, og inntekten gjenspeiler ofte hvordan man lever privat. Derfor er for mange arbeidet en identitetsskapende arena. Ikke bare på grunn av hva man omgir seg med av materielle ting, og hvor man reiser på ferie, men man skaper i tillegg sin identitet ut fra sitt arbeidssted. Enten man jobber i tjenesteyrker, innen teknologi, media eller annet, er det man gjør et uttrykk for det man kan og er.

Lønn er ikke alltid det viktigste, men likevel et nødvendig gode for å klare de grunnleggende utgiftene som kreves i hverdagen, mens familieliv og det sosiale nettverket utenom er det viktigste. Uansett er det arbeidsplassen vår som er med på å skape selve livsgrunnlaget vårt.

I tillegg er arbeidsplassen en sosial kultur, en samhandlingsarena der energi frigjøres og man skaper, utvikler og lærer ting - både på godt og vondt.

De positive sidene ved arbeidet er, i tillegg til lønn, at man i en utfordrende hverdag får mulighet til selvutvikling, arbeide sammen med andre i et felleskap, man blir en del av en kulturen, man "hører til" et sted. Samspill og kommunikasjon blir viktige faktorer for å føle at den jobben man gjør fører til et konkret resultat, noe som er med på å generere energiskapning og inntektskilder i samfunnslivet for øvrig.

På den andre siden står forpliktelsene ved det å være en ansatt; det skaper begrensninger i hverdagen ved man har arbeidstider å forholde seg til, lønna setter standard for hvor høyt man kan gå i levekår, og man har et ansvar for at oppgaver på arbeidsplassen blir utført selv om det ikke alltid er i vår egen interesse eller av fri vilje. I tillegg er det faktisk slik at man ikke alltid er like heldig med det sosiale samspillet eller tilhørigheten i en organisasjonskultur. Vi velger ikke alltid hvem vi vil jobbe sammen med, eller om vi skal jobbe alene.

Alle disse gjeldende faktorene i arbeidslivet krever evne til tilpasninger, både for de ansatte og for arbeidsgiver.

Så hva menes med arbeidsmiljø, og hva skaper et godt eller dårlig arbeidsmiljø?

Et godt psykososialt arbeidsmiljø og en god tilrettelegging av arbeidet skal bidra til at den enkelte får brukt sin kompetanse og utviklet seg gjennom utfordrende oppgaver i et stimulerende miljø og derigjennom bidra til å videreutvikle mennesket. Et godt tilrettelagt arbeid vil forebygge at arbeidstakere utsettes for uheldige psykiske eller fysiske belastninger (www.admin.uio.no)

For å belyse fenomenet arbeidsmiljø nærmere har vi valgt Hertzbergs tofaktor teori som verktøy for å se på hva som skaper trivsel eller mistrivsel, derved et godt eller dårlig arbeidsmiljø. Tofaktorteorien ble i utgangspunktet bygd på en søken om å kartlegge nettopp årsaker til trivsel eller mistrivsel på arbeidsplassen. Teorien er bygd opp av Motivasjonsfaktorer på den ene siden, og Hygienefaktorer på den andre siden. Motivasjonsfaktorene er faktorer som oftest er årsaker til trivsel, mens hygienefaktorene ofte er årsaker til mistrivsel. Det som er interessant i denne sammenhengen, er påstanden om at ”Motivasjonsfaktorene skaper trivsel i den grad de er til stede, men ikke mistrivsel dersom de ikke er til stede”. På samme måte sier man om Hygienefaktorene at de ” kan skape mistrivsel i den grad de ikke er til stede, men ikke trivsel dersom de er tilstede” (Haukedal, 2006: 305).

Av **motivasjonsfaktorer** nevnes disse som de viktigste faktorene:

- Prestering.
- Anerkjennelse
- Jobbinnhold
- Ansvar
- Forfremmelse
- Vekst.

Hygienefaktorene har disse årsakene som kan skape mistrivsel hvis de uteblir:

- Bedriftens personalpolitikk og administrasjon.
- Lederen
- Arbeidsforholdene
- Mellommenneskelige forhold.
- Økonomisk godtgjørelse
- Status
- Trygghet i arbeidet
- Privatlivet

Ut fra denne tofaktorteorien skulle man kunne tro at den ideelle arbeidsplassen er der hvor lederen klarer å finne en balanse mellom Hygiene- og Motivasjonsfaktorer. Men nå er det ikke så enkelt heller, fordi som mennesker er vi alle forskjellige, med ulike behov og ulike oppfatninger av hva som gir mening i hverdagen og hva som skaper trygghet, hvor mye ansvar man ønsker å ha og lignende. Og det er nettopp en av svakhetene i Hertzbergs teori, den tar ikke i tiltrekkelig grad hensyn til disse individuelle forskjellene. Som et supplement til tofaktorteorien er derfor Thorsrud & Emerys teori om Psykologiske jobbkraav et viktig hjelpemiddel for å belyse friskfaktorer i arbeidslivet (Skogstad, 2000). De Psykologiske Jobbkraavene er basert på behovsforskning, og er basert på grunnleggende allmenne psykologiske behov menneskene har for å kunne oppleve arbeidet sitt som meningsfylt.

De psykologiske jobbkraavene er (Skogstad, 2000:18):

1. ”Behov for et innhold i jobben som krever noe utover ren utholdenhet, og som betyr et visst minimum av variasjon selv om det ikke nødvendigvis innebærer noe stadig nytt i jobben
2. Behov for å kunne lære noe i jobben og fortsette å lære noe
3. Behov for å kunne treffe beslutninger, i det minste innenfor et avgrenset område som den enkelte kan kalle sitt eget.
4. Behov for anseelse, i det minste en viss grad av mellommenneskelig støtte og respekt på arbeidsplassen
5. Behov for å se sammenheng mellom arbeidet og omverdenen, i det minste slik at en kan se en viss forbindelse mellom det en utfører i arbeidet, og det en regner som nyttig og verdifullt.
6. Behov for å se at jobben er forenlig med ønskelig fremtid, uten at det nødvendigvis innebærer avansement”.

Som vi ser har de psykologiske jobbkraavene mye til felles med Hertzbergs motivasjonsfaktorer, altså årsaker til trivsel. Det betyr i realiteten at hvis hver eneste organisasjon skal kunne tilpasse hvert enkelt individs behov, ville det bli en tid - og ressurskrevende prosess. Slik oppdaget vi også at ”Prosjekt Arbeidsglede”, med fokus på individuelle tilpasninger og friskfaktorer for den enkelte ved Helse Nord er både tidkrevende og vanskelig og gjennomføre slik at alles behov møtes. Men det er bred enighet blant de involverte om at en generell universal- løsning for å få bukt med sykefraværspromatikken,

ikke eksisterer. Nettopp på grunnlag av at ulike behov krever ulike løsninger. Men de psykologiske jobbkraav blir sett på som grunnleggende allmenne behov som fremmer trivsel i en organisasjon - og med god trivsel følger god helse.

2.1 Det psykososiale arbeidsmiljøet

Det psykososiale arbeidsmiljøet er sentralt i denne oppgaven, fordi vi belyser temaer som stress og utbrenthet som mulige årsaker til langtidsfravær. Vi skal videre se på hvordan stress oppstår, hvordan man ved hjelp av et godt arbeidsmiljø kan motvirke utbrenthet og sykefravær. I tillegg har opplevelsen av en mening i tilværelsen innvirkning på trivselen på arbeidsplassen.

2.2 Stress

En vanlig definisjon på stress som ofte blir brukt er at det har oppstått en ubalanse mellom person og miljø. Kravene blir høyere enn ytelsen, og på sikt vil det kunne føre til negative konsekvenser for personen som blir utsatt for stress.

Vi utsettes stadig for belastning, stress og press i arbeidslivet. Det kommer av ulike grunner; tidsnød, ressursmangel, konflikter og spenning for å nevne noen. Men det er ikke ensbetydende at stress er negativt. Til en viss grad er stress med på å skjerpe ytelsen, ”tenke fortere” og jobbe mer effektivt. Det er når arbeidsforholdene eller arbeidsmiljøet blir så belastende over tid, at man går over terskelen for hva som ”sunt stress”.

En anerkjent forsker på dette området, Hans Selye (Haukedal, 2006) mente å kunne påvise hvilke fysiologiske reaksjonsmønstre som oppstår ved stress. Han delte stress- mønstret inn i tre ulike faser som han kalte, ”Den generelle adaptasjonsresponsen” (General Adaption Syndrome).

De tre fasene kalles; Alarmfasen, Motstandsfasen og Utmattelsesfasen:

I alarmfasen er man lett stresset. Kroppen mobiliserer krefter gjennom det autonome nervesystemet, og en rekke kjemiske og fysiologiske reaksjoner i gangsettes, som økt sensibilitet for sanseintrykk, økt hjerteaktivitet og blodtrykk.

I motstandsfasen begynner kroppen og tilpasse seg stressnivået, og man jobber ut fra den tid man har, eller den situasjonen man er i.

I utmattelsesfasen finner man konsekvensene som har oppstått på grunn av stress. Kroppens naturlige forsvar fungerer ikke lenger som det skal og stress blir en negativ opplevelse.

Belastningene dette fører med seg kan være dårligere immunforsvar, nedsatt helse, mistriivsel, helseplager, fravær og turnover.

I nyere tider har ikke lengre den Generelle Adapsjonsresponsen (eller GAS-syndromet) like stor tilslutning, det er stor enighet blant forskere om den generelle gyldigheten. I stedet er fokuset rettet mot selve individet, og hvordan interaksjonen mellom dette og de arbeidsoppgavene som utføres fungerer. Det er nemlig slik at stressreaksjoner også kan ses i sammenheng med hver enkelts selvtillit og selvoppfatning. Haukedal (2006:338) hevder at ”våre prestasjoner i arbeidslivet har stor betydning for vår opplevelse av oss selv i sosial forstand, samtidig som resultatene av å prestere har stor betydning for oss totalt sett”.

Men det er likevel ikke bare individet som er i fokus når man forsker på stress, også ytre faktorer utgjør belastninger for mennesker.

Det er forhold i det ytre miljø, som endringer i samfunnet, omstillinger i økonomien, sosiologiske forhold og klassetilhørighet som kan være årsaker til stress.

Også de organisasjonsmessige forhold blir studert i stress- forskning. Brief, Schuler og Van Sell (Haukedal 2006:339) har kategorisert fire grupper innenfor en organisasjon som er medvirkende stressfaktorer, disse er organisasjonens:

- Politikk
- Struktur
- Fysiske arbeidsforld
- Prosesser

Men uansett hvor stressorene ligger, hva som stresser et individ i arbeid eller hvem som stresser det, er det individet selv som er den endelige enheten for analyse og bearbeiding. Derfor er det interessant og se på hvordan menneskers evne til å mestre oppgaver og utfordringer er en kilde til stress eller ikke.

2.3 Utbrenthet

En arbeidstaker som blir utbrent, står i fare for å pådra seg langvarige og alvorlige helseskader. Det var amerikanske Freudenberg (Pedersen, 2002) som først tok i bruk begrepet utbrenthet i 1974, i sin forskning på sosialarbeidere. Utbrenthet brukes som uttrykk for å være så mentalt utslitt og fysisk utmattet at man ikke orker, eller klarer, å arbeide mer. Å

få diagnosen ”utbrent” betyr for mange at de kan bli ute av yrkeslivet i flere måneder, kanskje år før de kommer tilbake igjen - noen kommer kanskje aldri tilbake (Pedersen, 2002).

Er man blitt utbrent er det en fatal følge av en prosess man har gjennomgått over lengre tid, der man har utført et arbeid som på en eller annen måte er i konflikt med egne verdier og egne forventninger. Tradisjonelt sett har utbrenthet særlig rammet helsearbeidere, selv om begrepet har spredt seg til å omfatte også andre tjenesteytende yrker.

Hvem blir utbrent?

Mennesker er forskjellige satt sammen, derfor er også noen mer utsatt for utbrenthet enn andre. Haukedal (2006) hevder at de viktigste kjennetegnene tidlig i prosessen er et brennende engasjement og iver etter å prestere. Derav uttrykket ”man må brenne for noe for å kunne brenne ut”. Man setter seg urealistiske mål og har høye forventninger til egen innsats. Når man ser at man ikke er i stand til å utfylle mål og forventninger prøver man gjerne enda hardere og til slutt ender man opp som utbrent. Det behøver altså ikke å bety at arbeidsgiver har utvist manglende tilrettelegging på arbeidsplassen. Arbeidsmiljøloven har imidlertid lagt føringen for arbeidsgivers plikt til å tilrettelegge arbeidsdagen for å unngå fysiske og psykiske belastninger. Det er også av arbeidsgivers interesse, både av økonomiske og praktiske årsaker, å forsøke å bidra til å unngå eller reversere utbrenthet hos de ansatte.

I mange tilfeller er det likevel enkelte arbeidstakere som opplever psykiske belastninger fordi de har verdier og forventninger som ikke samsvarer med bedriftens reelle virksomhet. Men det er uansett mange forhold ved selve arbeidet som kan ha betydning for at prosessen mot utbrenthet i gangsettes. Som eksempel kan nevnes:

- Høyt arbeidspress
- Mangel på sosiale støtte
- Konflikter mellom medarbeidere
- Rollekonflikter, mellom arbeid og privatliv

(Pedersen, 2002:140)

Hvert forhold alene vil ikke utgjøre risiko for utbrenthet, men mange forhold vedvarende over lengre tid, og ubalanse mellom egne verdier og forventninger og virkeligheten slik man møter den på jobb, utgjør en fare.

I en organisasjon der det psykososiale arbeidsmiljøet er godt, er faren for utbrenthet redusert. Der kommunikasjon, åpenhet og sosial støtte fungerer optimalt vil det være lettere å fange opp enkeltpersoners kompetansenivå og verdisyn og dermed tilrettelegge for ulike personer arbeidsutførelse slik at man får et tilfredsstillende resultat, både for bedriften og den ansatte selv. Det handler om å kunne finne mening i sin egen arbeidshverdag, og mestre oppgavene uten å føle en indre ubalanse.

2.4 Mening

Med mening i et arbeidsmiljø mener vi den sosiale prosessen som former og tolker medlemmenes oppfatning av aktivitetene i en organisasjon, og hvordan menneskene tolker og definerer handlinger og rutiner i den gitte konteksten, altså arbeidsmiljøet.

Å gjøre noe meningsfullt er å gjøre noe som gir innhold i hverdagen, noe som betyr noe for den enkelte ansatte, eller for den han/hun gjør noe for. At jobben har en mening handler om å dekke behov. Vi har behov blant annet for anseelse, for læring og sosialt samspill. Det å finne jobben sin meningsfull er grunntanken bak Thorsrud & Emerys modell om psykologiske jobbkraav (Skogstad, 2000)

Problemet med denne modellen er at den er blitt kritisert for manglende avgrensning, og i likhet med svært mange modeller av denne typen, mangler den evne til å gripe inn i individuelle forskjeller, og menneskers ulike behov og verdier. Men like fullt er den et godt verktøy å ta i bruk når vi ser på de allmenne, generelle behovene vi trenger for at jobben skal gi mening.

2.5 Mestring

Fordi stress i arbeidsmiljøet kan virke inn på trivselen er det interessant og se på hvordan ulike mestringsstrategier kan påvirke konsekvensene av stress. Med mestring mener vi her hvordan vi takler ulike oppgaver, situasjoner i hverdagen, hvilke reaksjoner man har på stress. Det første man tenker på når man hører ordet stressmestring er de følelsesmessige reaksjonene som irritasjon, tretthet eller angst og depresjoner.

I følge Haukedal (2006) kan menneskenes personlighetstyper variere i forhold til hvordan man mestrer belastende situasjoner som for eksempel tidspress og stress. Personlighet individets egenskaper som skiller en fra andre individer. De mest kjente personlighetstypene er type A og B. Kjennetegnene ved type A er personligheter som er mer utsatt for hjerte- og karlidelser fordi fokuset er konkurranseorientert, prestasjonsfokuser, har alltid hastverk,

utålmodige og rastløse, føler seg under tidspress og påtar seg gjerne ansvar. Type B fremstår som motsetningen til type A. Det som kan fremkalle stress hos type A legger type B mindre vekt på, denne personlighetstypen er mer avslappet i sitt forhold til omverden og seg selv. Mennesker reagerer ulikt på samme type stress. For eksempel kan en utslitt sykepleier på en avdeling klage over hardt arbeidskjør med stadig nye pasienter som klager og stadig krever oppmerksomhet, mens en annen sykepleier på samme avdeling synes det er spennende å jobbe på avdelingen fordi det skjer så mye, og hun stadig lærer noe nytt. I følge Roness (1996) utsettes disse to sykepleierne for samme type ytre påkjenning, men reagerer ulikt. Dette viser at det ikke bare er påkjenningene som betyr noe, men også den enkeltes personlighet, erfaringer, kompetanse, persepsjoner med mer.

Mestringsstrategier

Som vi nevnte tidligere er individets mestringsevne avhengige av en rekke faktorer. Livsvaner, matvaner, fysiske forhold og genetiske betingelser er også med på å bestemme menneskets mestringsevne (Einarsen og Skogstad, 2000).

Enkelte stressfaktorer er en del av livet og er nesten umulig å bli kvitt. Dette kan være forhold i familien, for eksempel syke barn eller andre slektninger, problematiske forhold, gjeld eller andre ting. Men også forhold i samfunnet skjer utenfor enkeltindividets påvirkning og kontrollområde, som innsparinger i offentlige helsetilbud, eller manglende sikring av barnas skolevei kan være en kilde til bekymring eller stress. Det gjelder å finne en strategi som gjør at man er i stand til å leve med slike stressfaktorer.

Så er det stress som er mulig å redusere eller i beste fall fjerne. Det er disse faktorene vi skal fokusere på, de som eksisterer innenfor organisasjonen og i organisasjonens kultur og struktur.

Så hva kan man gjøre for å mestre stress?

Haukedal (2006) viser til at gruppetilhørighet er viktig for ett individ. At man kan identifisere seg med en spesiell gruppe, i dette tilfellet arbeidsplassen, skaper identitet og gir et felleskap som fremmer styrke, selvtillit og trygghet hos hver enkelt. Derfor kan teamarbeid, gruppeoppgaver eller noe så banalt som en blåtur hjelpe på oppbyggingen av et godt felleskap, og på den måten øke mestringsevnen. Men det viktigste er kanskje mestringsen på individnivå. Å være i stand til å koble av når man har fri, trene for å øke den fysiske formen,

og selektere og prioritere oppgaver og gjøremål ut fra viktighet, samt lære seg å kjenne sine egne begrensninger. Sagt på en annen måte - å få større kontroll over sin egen situasjon.

Robert Karaseks Krav- kontroll- modell: (Einarsen og Skogstad, 2000) viser viktigheten av å ha kontroll i arbeidslivet. Hovedpoenget med denne modellen er at helse og velvære bestemmes av både kravene som stilles til personen, og til muligheten for å utøve kontroll over sin arbeidssituasjon. Men i praksis er det jo ikke så enkelt, fordi individet ofte har en begrenset mulighet til å bestemme hvordan arbeidsoppgaver skal utføres, og hvilke prosedyrer man skal gjennom. Det er også et spørsmål om i hvor stor grad den ansatte har medinnflytelse på arbeidet og de fysiske forholdene på arbeidsplassen. I likhet med de Psykologiske Jobbkraav viser modellen hvordan det å oppfylle visse individuelle behov i jobben, sammen med hvordan kontroll over situasjonen i forhold til kravene som stilles, blir en kilde til trivsel og god helse.

Denne modellen er etter hvert blitt utvidet, til å kalles Krav- kontroll- sosial- støtte modellen. Sosial støtte omfatter samspillet mellom menneskene i organisasjonen, i hvilken grad man føler seg verdsatt og hvordan relasjonene mellom kolleger kan fungere som en slags ”støtpute” for å dempe den psykologiske tyngden av krav og belastninger i arbeidet (Haukedal, 2006).

En mestringsmetode som vi ser har likheter med i Prosjekt Arbeidsglede er teorien om ”Self-Management”, altså kontroll over egen adferd (Haukedal, 2006). Kontroll over egen adferd handler om selvinnsikt og evne til å unngå opplevelser eller situasjoner som stresser oss. Et individ som blir sliten og stresset av å snakke mye i telefonen kan endre dette ved å kutte ned på samtalevarighet, eller tilrettelegge for hyppige pauser mellom hver samtale. Helse Nord bruker en interessedest og personlighetsrester som kartlegger individets sterke og svake sider og hvilke faktorer og situasjoner som virker stressende. Når de ansatte blir gjort oppmerksomme på resultatene som kommer frem, letter dette arbeidet med å kontrollere sin egen adferd i jobbsituasjonen, og på den måten redusere stress.

Et arbeid som dekker selvrealiserende behov, som man har en viss kontroll over, og som man kan sette i sammenheng med sin egen identitet - vil gi noe som gjør oss til skapende og friske mennesker, som gir av seg selv fordi vi kan, vil og klarer det! Arbeidsmiljøet er en viktig faktor for trivsel og de psykososiale forholdene har stor betydning for motivasjon og ytelse.

3. Friskfaktorer

Forskning og fokus på arbeidsmiljø har tradisjonelt sett dreid seg mest om hva som gjør at vi føler mistrivsel og hva som er årsaken til sykefravær på arbeidsplassen, og lite om hva som bidrar til å holde oss friske, føle trivsel og arbeidsglede.

Vi ønsker i dette kapitlet å belyse den teoretiske delen av vår undersøkelse om friskfaktorer, og noen generelle helsefremmende tiltak man kan sette fokuset på for å opprettholde langtidsfriske medarbeidere på arbeidsplassen. Dette kapitlet er spesielt rettet mot vårt forskningsspørsmål nr.1: *Hva menes med friskfaktorer, og er det noen typiske friskfaktorer og energitappere i helsesektoren?*

”Friskfaktorer er et fenomen som forekommer den enkeltes arbeids – og eller totale livsmiljø og livsmønster og gir denne forutsetning for å fungere optimalt, utvikles og ha det bra i arbeidslivet” (Abrahamsson, et.al.2003:46).

Det finnes ingen klare definisjoner på hva begrepene frisk eller friskfaktorer. I stedet brukes begrepene frisk og helse med hensyn til symptomer på sykdom. Det betyr likevel ikke at de som savner sykdomssymptomer er friske (Abrahamsson, et.al.2003).

WHO (verdens helseorganisasjon) beskriver helse som ” *en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velbefinnende og et totalt fravær av sykdom og svakhet*” (Abrahamsson, et.al.2003:9). Denne definisjonen brukes enda den anses å være urealistisk eller uvendbar. Hvem kan oppfylle slike kriterier på helse annet under korte stunder og veldig spesielle omstendigheter?

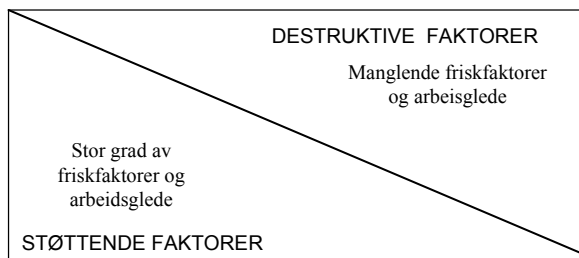
Professor Edgar Borgenhammar (Abrahamsson, et.al.2003:9) mente i et foredrag ved ”Akademin för etikk i arbete” i februar 2002, at helsen er ekstra vanskelig å diskutere ettersom emnet er ladet og består av hindrende fordommer. Han konstaterte samtidig at det gjennom tidene knapt har vært noen som kunne leve opp til WHO’ s definisjon, og det beror antagelig på at *”helse ikke er en tilstand, men en stadig skiftende prosess”*.

I følge tidsskrift for Den norske Legeforening (www.tidsskriftet.no) betegnes begrepet salutogenese som læren om hva som gir god helse, og at man ut fra ulike livsvilkår vil ha holdning til om nye situasjoner synes påvirkelige, forutsigbare og overkommelige.

Antonovsky (www.tidsskriftet.no), professor i sosiologisk medisin, mener begrepet

salutogenese sier noe om hvordan vi holder oss friske. Vanligvis settes fokuset mot det som gjør oss syke og som innenfor medisinsk terminologi kalles for patogenese.

Ved å fokusere på friskfaktorer som en mer positiv tilnærming gjennom støttende faktorer – og en mer positiv tilnærming (se figur 1) kan man oppnå som resultat større arbeidsglede, et mer inkluderende arbeidsliv og reduserte samfunns- og bedriftsøkonomiske kostnader som følge av høyt langtidsfraværet.



Figur 1: Støttende og destruktive faktorer ved fokus på helse, arbeidsglede og friskfaktorer (Lindberg, 2006)

Vi vil senere utvide samme figur (figur 1) ut i fra det som vi mener er støttende og destruktive friskfaktorer fremkommet av vår litteraturstudie.

3.1 Helsefremmende arbeid

Arbeid er et av menneskets viktigste sosiale arenaer. Gjennom arbeidet får man sosial bekreftelse, man får bekreftet sin verdi – og man får en tilhørighet og identitet i samfunnet.

Vi ønsker i dette delkapitlet å belyse samfunnets, organisasjonen – ledelse og individets ansvar for helsefremming på arbeidsplassen.

Helsefremmende arbeid defineres som ”den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse” (Ottawa- charteret; WHO, i Helsedirektoratet, 1987)

(www.forebygging.no). Helsefremmende arbeidsplasser (HEFA) er den samlede satsing fra arbeidsgiver, arbeidstaker og samfunnet for å forbedre helse og velvære for mennesker (Luxembourg deklarasjonen) (www.eikerbht.no).

Begrepet *helsefremming* blir noen ganger benyttet om all virksomhet som kan påvirke helsen positivt, enten det gjelder trivsels- og overskuddsskapende tiltak eller problemreduserende tiltak. Det er imidlertid vanligst å skille helsefremmende arbeid fra forebyggende og problemreduserende (f. eks. kurativt) arbeid.

I følge helse- og omsorgsdepartementet (www.regjeringen.no) har det vært vanlig å bruke begrepene helsefremming og forebygging innenfor helsetjenesten om hverandre, men det utvises stor forskjell på disse begrepene.

Med helsefremmende tiltak menes å bedre forholdene i samfunnet ved å øke forekomsten av faktorer som gir god helse, både friske og syke – uavhengig av risikoen for sykdom. Med forebyggende tiltak menes de tiltak som iverksettes for at det ikke oppstår sykdom eller skade.

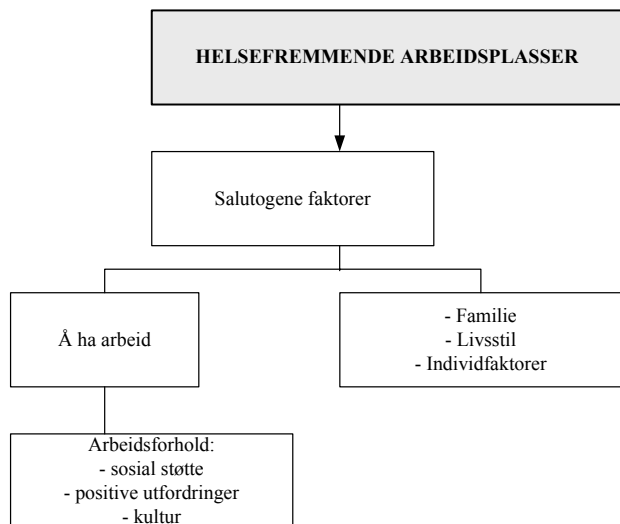
I Ottawa- charteret som var den første konferansen om helsefremming, understrekes det at helsefremmende arbeid har klar sammenheng mellom politikk, - alle samfunnsnivåer og med lokalmiljøet rundt oss. De fem hovedprinsippene i helsefremmende arbeid er:

1. *Å bygge opp en sunn helsepolitikk* – det vil si ”plassere ’helse’ på sakslisten til de bestemmende organer på alle områder og nivåer”.
2. *Å skape et støttende miljø* – ”helsefremmende arbeid skaper leve- og arbeidsforhold som er trygge, stimulerende, tilfredsstillende og trivelige”.
3. *Å styrke lokalmiljøets muligheter for handling* – ”helsefremmende arbeid skal styrke lokalsamfunnet når det gjelder å prioritere, avgjøre, planlegge tiltak og gjennomføre dem for å kunne oppnå en bedre helse”.
4. *Å utvikle personlige ferdigheter* – ”helsefremmende arbeid skal støtte personlig og sosial utvikling ved å sørge for informasjon, helseopplysning og kunnskap om mestringsteknikker”.
5. *Å tilpasse helsetjenesten* – ”helsesektorens rolle må i økende grad bevege seg i en helsefremmende retning, utover ansvaret for å yte kliniske og kurative tjenester”.

Helsedirektoratet, 1987

(http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hPKey_405/hParent_8/hDKey_1)

I figur 2 presenteres helsefremmende arbeidsplasser med fokus på hva som skaper arbeidsmiljø og en samværskultur som gir god helse og utvikling til alle som jobber i organisasjonen. Helsefremmende arbeidsplasser skapes når organisasjonene blir en vekstplass for den ansatte med en bedriftskultur som inkluderer og er åpen for egenart og mangfold – og som møter den enkeltes behov, resurser og potensial (www.stamiweber.no).



Figur 2: Helsefremmende arbeidsplasser

(figur 2 basert på Knardahl S. foredrag om helsefremmende arbeid ved Statens arbeidsmiljøinstitutt, Universitetet i Oslo (<http://www.stamiweber.no>))

I følge Abrahamsson et.al. (2003) kan man kan være klinisk frisk, men føle seg dårlig – man kan være klinisk syk, men føle seg frisk. En funksjonshemmet person som har lært seg å håndtere sitt handikap kan føle seg mye bedre enn den lykkelige ansatte som savner funksjonshindringer. En arbeidsløs som er klinisk frisk kan føle seg dårlig på grunn av de ytre omstendighetene.

I vårt studium ønsker vi å belyse salutognese i arbeidslivet gjennom å rette fokuset på løsninger og ikke problemer (se kapittel 4.2 om LØFT), dette er også hovedformålet til helse Nord's pilotprosjekt om arbeidsglede, der de ikke utelukkende fokuserer på hvorfor man blir syk, men setter fokuset på hva som gjør en frisk (www.helse-nord.no).

Ved å fokusere på det enkeltes menneskets mestring av egen helse og helseproblemer gjennom empowerment kan en selv dra nytte av det som er helsefremmende og som holder oss friske – salutogenese - og på denne måten kunne hjelpe dem tilbake til arbeidslivet etter sykdomsperioder. Empowerment kan i følge Det norske medisinske selskab oversettes til ”*det å vinne større makt og kontroll over*”(http://www.dnms.no/index.php?art_id=241&kat_id=8). Med dette menes at individene må få mer kunnskap om helsefremmende forhold, kunne være med på å ansvarliggjøre beslutninger som har konsekvens for helsen, og kunne delta aktivt i arbeidet for et sunnere samfunn lokalt og globalt. Eksempler som kan gi salutognese-opplevelser kan være friskfaktorer på individnivå i livsmiljøets omgivelser som berører

spesielt relasjoner, meningsfull fritid, helse og økonomi. Mange beskriver fungerende ekteskap, friske barn som det går bra for, gode relasjoner med venner, fritidsaktiviteter og fysisk trening, tid til å kople av og hente inn seg selv, samt økonomisk trygghet - som viktige friskfaktorer (Abrahamsson et.al.2003). Når vi har gode opplevelser i hverdagen øker dette vår trivsel, og det gir oss en indre glede og styrker vår helse.

Empowerment (www.selvhjelp.no) kan beskrives som en prosess av mobilisering som er nødvendig for å styrke og aktivisere menneskets egenkraft til å bli kjent med egne problemer og kunne erverve nødvendige resurser for å kunne håndtere hverdagen. Dette dreier seg om å ta tilbake problemet som drivkraft for endring. I motsetning til å sitte maktesløs å vente på en ”løsning” dreier dette seg om å gå inn i en prosess for å gjenerobre egne krefter.

I følge Jacobsen og Thorsvik (2002) kan empowerment i organisasjonssammenheng beskrives som det å gi makt til noen, noe som i praksis vil si å fordele beslutningsmyndighet i organisasjonen. På denne måten får organisasjonen utnyttet fullt ut kunnskap, innsikt og erfaring som de ansatte har, samt de ansatte får en økt motivasjon, oppslutning og lojalitet rundt organisasjonsmessige mål.

Helsefremmende arbeidsplasser setter fokus på hvordan vi kan skape et arbeidsmiljø og en samværskultur som gir god helse for alle som arbeider i en organisasjon (www.friskfaktor.no). Det handler om et videre perspektiv der en skal sette søkelyset mot de positive og helsefremmende faktorene i arbeidsmiljøet, slik at organisasjonen blir en vekstplass for de ansatte med en bedriftskultur som inkluderer og er åpen for egenart og mangfold. Der man vektlegger den enkeltes behov, ressurser, potensial og menneskesyn.

Den finske filosofen Eino Kaila (www.sykepleien.no) betegner i sin holistiske personlighetsteori avstanden fra mekanistisk menneskesyn, som er bildet av mennesket som en maskin, og fremhever betydningen av personlighetsdannelse. Holistisk kommer fra det greske *holos* som betyr hel. Mennesket er en del av den tilværelsen den er satt inn i – familie, slekt, nærmiljø, land, språk og så videre. Mennesket er unikt i den forstand at alle er forskjellige – det finnes ikke to like mennesker. Det enkelte menneskes sjel og ånd er dets egen, og ikke lik noen annens (www.sykepleien.no). Alle individer besitter attraktive og verdifulle egenskaper, som gjør en forskjellig i forhold til andre gjennom sin personlighet.

I følge Haukedal (2006:224) kan personlighet defineres som: ”*Et individs relativt stabile og varige egenskaper, som skiller han eller henne fra andre individer, og som danner grunnlaget*

for våre prediksjoner om vedkommendes fremtidige atferd”. Personligheten har betydning for ansattes prestasjoner og handlinger generelt i jobbsammenheng, men dens betydning varierer som resultat av et samspill mellom person og situasjon.

Det gode arbeidet er når hele tilværelsen fungerer, i privatlivet og i arbeidslivet og i alle dimensjoner: kropp, sjel og ånd. For å ha det bra må man ikke mistrives halvparten av dagen, for deretter å trives resten av dagen. Det går ikke i lengden å jobbe med noe man mistrives med for å ha råd til å trives i fritiden (Johnsson, et. al.2006).

Innenfor helsesektoren og i sykepleiesammenheng ser vi menneskets helhet primært i et nærhetsperspektiv. Arbeidsoppgavene er å gi sykepleie til pasienten, og et helhetlig menneskesyn skal være grunnlaget for den sykepleie som utøves. Vi skal ha forståelse for at den enkelte pasients psykiske, fysiske, åndelige og sosiale dimensjon er i interaksjon med det makrokosmos pasienten er i – pasientens tilværelse – hvor bare en flik er umiddelbart tilgjengelig og synlig. Ved å se på mennesket som en helhet i organisasjonen og sette fokuset på hvordan man kan skape et godt arbeidsmiljø og en kultur som gir utvikling og god helse for alle som arbeider i organisasjonen, skaper man en vekstplass med en bedriftskultur som inkluderer og er åpen for egenart og mangfold for den enkeltes behov, resurser og potensial (www.stamiweber.no).

I følge Abrahamsson et. al.(2003) har man som individer mange ulike atskilte roller og funksjoner når vi reagerer på ulike typer arenaer for eksempel på arbeidsplassen som arbeidstakere, i hjemmet som familiemedlemmer, og i samfunnet som samfunnsborgere. Rollene og våre posisjoner på de ulike arenaene sammenflettes av mennesker til samlede krav, erfaringer, mål og visjoner. Dette innebærer at alle drar med seg erfaringer, verdier, væremåte og preferanser fra arena til arena. Hvilket også betyr at den arenaen vi for tiden oppholder oss i, påvirkes direkte og/ eller indirekte av ulike følelser, hendelser og erfaringer fra de øvrige arenaene. Arenaer er viktig for menneskene og nettverket av familie, venner og annen sosial aktivitet, men for de aller fleste er arbeidet en av de viktigste arenaene. I en tid med økte krav om omstilling og effektivitet tar kanskje jobben for stor plass i livene våre slik at man blir mindre involverte i arenaer utenfor jobb, og gir oss mindre nærhet til menneskene som kjenner oss privat. I følge et innlegg av Rolf Utgård (www.med.uio.no) er dette sårbart – og kan medføre at fallhøyden blir for stor om for eksempel bekreftelse fra arbeidsgiver uteblir.

Hendelser og erfaringer på fritiden, samt frivillige og nødvendige aktiviteter på øvrige arenaer, blir integrert i arbeidet. Arbeidsgruppen, som ofte er mottaklig for signaler, påvirkes i sin tur på en direkte eller indirekte måte av det som de enkelte individene formidler. De ulike individene i arbeidsenheten integrerer og bidrar gjennom sine verdier, måte å være på og handlinger til å skape den sammenlagte ”kulturen” på arbeidsplassen. Dette kan sees på som det samlede produktet av det som skjer i organisasjonen. Individet inngår med andre ord i et kompleks system der andre mennesker, hendelser og forutsetninger på de ulike arenaene påvirker våre verdier, handlinger og forholdningsmåte. Denne påvirkningen skjer på alle nivåer; individ-, gruppe-, organisasjons- og samholdsnivå som i sin tur gjenspeiler konsekvenser både for vår livsstil og livskvalitet.

Helsefremmende arbeidsplasser kan kjennetegnes ved

(http://www.eikerbht.no/bhtavisa_nr_2.htm):

- Lederskap som er tilretteleggende, tilstedeværende og som fremmer romslighet
- Takhøyde og frihet til å tenke annerledes
- Felles og synlig verdigrunnlag som skaper identitet
- Åpenhet for mangfold og menneskelige ulikheter
- At alle opplever mestring til arbeidet og eierskap til resultatene
- Hensynet til hele mennesket med utgangspunkt i behov og livssituasjoner
- Fysiske omgivelser som løfter oss
- Mulighet for personlig/faglig utvikling og læring i arbeidet

Som vi ser har helsefremmende arbeidsplasser mye til felles med de psykologiske jobbkravene (kapittel 2) som vektlegger faktorer som tilfredsstillende behov.

Det gode liv forutsetter at hele tilværelsen fungerer (Johnsson, et.al.2003) både i privatlivet og arbeidslivet.

3.2 Langtidsfravær versus langtidsfrisk

I følge Haukedal (2006) er ikke fraværsbegrepet entydig og at det finnes ulike kriterier for hva som kan kalles fravær. Den vanligste formen for fravær betegnes som fravær der man ikke stiller på jobben, dette kan ha ulike årsaker som for eksempel hjemmekontor og i yrker der man har oppsøkende konsulent – reparatørtjenester og lignende. En persons fravær blir ofte vurdert ut fra den tiden han ikke er tilstede på arbeid i arbeidstiden. Et slikt kriterium kan være alt fra å komme for sent - til å si opp sin stilling. Haukedal (2006) påpeker videre forskjellen på korttids- og langtidsfravær.

NAV betegner langtidsfravær utover 8 uker, dette fraværet blir utover ordinær sykemelding dokumentert av lege med en utvidet legeerklæring (se kapittel 4.1) (NAV, 2008). Helse Nord er et IA- foretak (inkluderende arbeidsliv) og følger de samme retningslinjene med hensyn til tidsbetegnelser som NAV (www.helse-nord.no). Vi vil videre avgrense begrepet fravær som langtidsfravær over 8 uker, da det er denne målgruppen Helse Nord's pilotprosjekt omhandler.

En langtidsfrisk er en medarbeider som har vært ansatt i minst tre år og ikke har hatt et eneste sykefravær de siste to årene. Å måle faktoren langtidsfrisk kan være å måle summen av bedriftskulturen, ledelsen, lederskapet, medarbeiderskapet og det nettverket og de aktivitetene som finnes på og utenfor arbeidsplassen (<http://langtidsfrisk.com>).

En viktig iaktakelse er at god helse er smittsom. Når arbeidskameratene har det bra, begynner man selv å føle seg bra.

En viktig faktor når det gjelder langtidsfriske er god støtte fra leder når problemer oppstår. I følge Tidsskriftet Arbeidsmiljø (<http://arbeidsmiljo.pht.no>) viser retningen at det å ha rimelig tid til å utføre jobben, slippe overtid, ha tilstrekkelig med resurser, gjør en kvalitetsmessig god jobb - og at man føler at man har havnet på riktige ”jobbmessige hylle”.

Frisk er et adjektiv – adjektiv er ord som uttrykker det man opplever. Språket trenger denne ordklassen ettersom følelser er en basal og livsviktig grunn for menneskets reaksjonsmønster.

For det enkelte mennesket blir spørsmålet om frisk eller syk aktuelt når han eller hun ved anledning trenger å gå til legen. Det er legen som forklarer pasienten hvordan helsen er. I dag handler ikke spørsmålet om enten frisk eller syk, men også om individets subjektive oppfatning. Definisjonen til frisk knyttes ofte til prøveresultater fra det kliniske kjemiske laboratoriet. Før kunne en erfaren lege, som kjente til pasientenes levestandard og helsetilstand

i familien gjennom flere slektsledd, stille rett diagnose etter kun en samtale. I dag har legene i primærverdenen knapt 5 minutter på seg for å bedømme en ukjent pasient. Om legen ”ikke finner noe” – kan det bli vanskelig, det hender ofte at det er hjernens reaksjoner som steller til det – for det avspeiler seg ikke – eller i alle fall bare indirekte – i kroppsveskene. Da kan pasienten selv i kraft av sine smerter eller sine opplevde problemer – stille krav om sykemelding. Det er det som kalles symptomdiagnose. Med pseudodiagnose menes ikke at de gjeldene er innbilningspsyke – bare at det ikke passer inn i noen skolemedisin (Abrahamsson, et.al.2003).

Under det svenske valget i 2002 debatterte professor Marcello Ferrado- Noli i et intervju i Svenska Dagbladet den 19. September, at mange av de sykemeldte ikke var syke ut fra et medisinsk eller epidemiologisk perspektiv. Han mente at begrepet sykdom bare kunne anvendes ved en defekt i kroppsfunksjonen. Mot dette argumenterte professor Gunnar Aronsson fra Arbeidslivsinstituttet. Han viser til at sykemeldinger i dag kan ha både medisinske, sosiale eller psykologiske grunnårsaker. Johnsson et. al.(2006) har studert fenomenet sykenærvær på jobben. Gruppen kan vise til at de som kanskje er redde for å miste jobben møter opp med feber, forkjølelse – eller andre ting som egentlig krever at man er sengeliggende – på lang sikt løper det en større risiko for langtidssykemelding en for dem som passer på helsen sin. Det godartete sykenærværet forklares med at medarbeideren føler at arbeidsevnen ikke er så redusert at han eller hun kan la være å gå på jobb. Motivet er positivt. *”Jeg blir raskere frisk når jeg er sammen med arbeidskameratene eller i bevegelse”*. Man fungerer kanskje ikke hundre prosent, men føler selv at det er greit om en ikke gjør det. Sykenærværet kan bli skadelig om man på grunn av sykdom blir en fare for seg selv, kollegaer – eller bedriften. Man føler en ikke har råd til å være borte fra jobben, eller man sliter seg gjennom dagen på grunn av lojalitet eller for lav bemanning - ”ellers får de andre det vanskelig, det er ingen som erstatter meg, jeg må tenke på pasienten.” (Johnsson et. al. 2006:109). Denne form for sykenærvær er i følge Johnsson et. al. (2006) ikke sunt. Infeksjonssykdommer var 1800- tallets gissel. I dag jobber vi like hardt selv om vi har infeksjon i kroppen – og hviler ikke eller blir sengeliggende før vi har gått i veggen av psykologiske årsaker.

I følge undersøkelser gjort i Sverige (Johnsson, et. al.2006:112) er noen av kjennetegnene ved langtidsfriske:

- Trivsel: de trives godt på jobben (90 % ville anbefale jobben til sin beste venn)

- Lite fysisk besvær: like mange diagnoser som andre, men opplever ikke sykdommen/plagene som like besværlige, de har færre infeksjoner – det betyr at mennesker som trives har godt immunforsvar. Arbeidet er en utfordring som gir positiv stimulans, de er ikke bekymret for helsen sin, de er fremtidsoptimister og har færre søvnforstyrrelser.

I forhold til vårt studium om friskfaktorer og arbeidsglede blant ansatte i helseforetakene an begrepet *søvn* være av vesentlig karakter da de fleste innenfor dette området jobber i turnusordninger. Dagbladet (2008) har i en artikkel om karriere satt søkelyset mot flere yrkesgrupper som sliter med nattesøvnen. Det er spesielt de som har nær kontakt med mennesker i jobben hvor det er lett å involvere seg personlig. Man kan ut av dette anta at det er fordi de tar med seg problemer og bekymringer hjem. Man vet også at de som arbeider skift og turnus rapporterer om søvnforstyrrelser i større grad en de som har normale arbeidsdager. Krevende jobber medfører mange bekymringer. Jobben er viktig for oss, den gir oss selvtillit og muligheten til å utfolde oss. Om man da opplever at forholdet på jobben skjærer seg, man blir overbelastet eller opplever konflikter er dette for mange grobunn for bekymringer som igjen kan resultere i mindre arbeidsglede.

Karen M. Olsen (www.forskningsradet.no) har analysert et omfattende materiale fra den norske levekårsundersøkelsen for å få svar på spørsmålene om hva som er realistiske tiltak for å få ned sykefraværet. I hennes studium ble spørsmålet om egenskaper ved jobb og arbeidsmiljø påvirker arbeidsrelatert fravær og ikke annet fravær. Resultatet av studiet viste at 18 % av fraværet gjaldt langtidsfravær over to uker, derav 46 % som var arbeidsrelatert, og 54 % omfattet det hun beskriver som annet fravær. Studiene til Olsen (<http://forbruker.no>) viser videre at litt under halvparten av fravær fra jobben utover 14 dager er relatert til helseplager som skyldes jobben, og at det er andre forhold som for eksempel måten vi lever på og utnytter fritiden som har den største effekten på sykefraværet enn selve forholdene på arbeidsplassen. Olsen påpeker videre at de tiltakene som blir satt inn på norske arbeidsplasser for å redusere sykefraværet gir urealistiske forventninger i forhold til hva man kan oppnå ved å ta tak i konkrete forhold knyttet til arbeidsmiljøet. Sammenhengene mellom arbeidsforhold og sykefravær mener hun vil være gjeldende i spesielt hardt belastende yrker med tunge løft og gjentatte bevegelser. Hun påpeker videre at det ikke bare er et individuelt ansvar å få ned sykefraværet, men er mer opptatt av å se på hvilke forhold arbeidsgiver kan gjøre noe med. Både dårlige forhold mellom de ansatte og ledelse, og uklare forventninger til arbeidstagere

har sammenheng med fravær. Men det er heller ikke til å komme forbi at effekten av livsstil er påtagelig, når vi ser på den delen av sykefraværet som ikke er arbeidsrelatert.

I følge en artikkel i Aftenposten (<http://forbruker.no>) kan måten vi disponerer fritiden på ha større effekt på sykefraværet enn forholdene på arbeidsplassen. Friskfaktorer, som skaper forutsetninger for at ett individ skal kunne fungere optimalt og ha det bra på jobben finnes ikke bare innenfor arbeidslivet. Menneskene er en helhet og helsen lar seg ikke deles opp etter ett arbeidsliv og en fritid, som er uavhengig av hverandre. Likevel er forekomsten av friskfaktorer på arbeidet påvirkes av individets fritid med hensyn til om en har det bra på arbeid (Abrahamsson et.al.2003). Tidsskriftet Arbeidsmiljø (<http://arbeidsmiljo.pht.no>) retter også fokuset på private forhold og betydningen av gode relasjoner til ens nærmeste, ikke for mange hjemmeoppgaver, god utdanning og en romslig økonomi. I forhold til kjønn viser det seg at færre kvinner enn menn er langtidsfriske noe Tidsskriftet Arbeidsmiljø mener kan ligge til grunn for at mange kvinnearbeidsplasser innenfor pleie og omsorg er svært dårlige (<http://arbeidsmiljo.pht.no>).

3.3 Hva karakteriserer arbeidsplasser med lavt sykefravær

Tidsskriftet Arbeidsmiljø (<http://arbeidsmiljo.pht.no>) mener at for å øke andelen langtidsfriske bør en fremskaffe tilstrekkelige ressurser til å gjøre en kvalitetsmessig jobb - og belyser også faktorer som god lederstøtte og riktig person på riktig plass.

I følge Arbeidstilsynet (www.arbeidstilsynet.no) viser en undersøkelse fra 2006 at helseforetakene ikke vier nok oppmerksomhet til årsaker om hvorfor arbeidsmiljøbelastninger oppstår. Av undersøkelsen kommer det blant annet frem at ansatte opplever frustrasjon, dårlig samvittighet og redsel for å gjøre feil. Grunnen til dette er at de føler seg presset i arbeidssituasjonen, og at resursene som står til rådighet ikke står i forhold til oppgavene som skal løses. Både ansatte og ledere strekker seg så langt på jobb at det til tider går på bekostning av helsen.

Ukeavisen Ledelse (www.ukeavisenledelse.no) viser til betydningen av inkluderende ledelse der de langtidsfriske arbeider i et ikke- hierarkisk miljø hvor lederne har en delegerende stil – der de leder gjennom å overbevise og ikke å overtale. I følge artikkelen er et spesielt trekk ved gode ledere at de er lydhøre ovenfor sine medarbeidere og nøye med å gi feedback – både ris og ros. Kjennetegnet med tydelig målsetting, stor takhøyde og evnen til å forholde seg til hele mennesket, ikke bare til arbeidstakeren som er innom arbeidsplassen noen timer i uken.

Som leder må man også forholde seg til hendelser som raskt kan gå ut over jobben, dette kan være faktorer som påvirker menneskets helse og velvære, som for eksempel hvordan man lever i fritiden – og som også kan influere det livet en lever på jobben.

Arbeidet med å holde de ansatte friske og motiverte er lønnsomt for bedriften. Noen satser på bedre produktivitet gjennom at medarbeiderne skal løpe forttere, raskere og oftere – noe som kan gi kortsiktige resultater, men hvis en satser på verdier som medinnflytelse, kommunikasjon og trivsel, vil effekten kunne bli permanent (www.ukeavisenledelse.no).

3.4 Energitapping – og skaping

Mange lever i dag med en stadig usikkerhetsfølelse. Det kreves maks fart/tempo og maks prestasjon hele tiden. I følge Hammer et. al. (2006) er kjennetegnet på det nye arbeidslivet økt bruk av teknologi og kunnskapsbaserte hurtige omstillingsevner. Mange hevder at arbeidslivet med økt krav til effektivitet som følge av økt konkurranse innebærer en brutalisering av arbeidslivet hvor stadig flere støtes ut. Sykehusene i Norge sliter med milliardunderskudd, og man kan i media se at det kreves sparetiltak som for Nordlandssykehusets del utgjør 170 millioner kroner, inkludert en reduksjon på 120 årsverk (AN, 01.03.08).

Samtidig som kravene om økt tempo i arbeidslivet øker – organiseres bedriftene til ”magre organisasjoner”. Drivkraften bak denne endringen var å oppnå bedre effektivitet, økte gevinster gjennom minkende lønnskostnader, forbedret produktivitet og økt vekst. Kort fortalt dreier det seg om å få de ansatte til å jobbe hardere, uten pauser – og i blant uten lunsjpauser – om det trengs, på overtid. Alt med tanke på å forbedre konkurransekraften. Samtidig mister overtallige arbeidet. Bedriften har ikke råd til å ha dem ansatt. Dette skaper allmenn uro. Belastningen på medarbeiderne øker ettersom færre skal gjøre samme jobben som mange flere har gjort tidligere. Samtidig blir ny teknikk som åpner grensene mellom arbeid og familieliv vanligere. Arbeidskraften, det vil si alle ansatte, blir tilgjengelig overalt og når som helst. Det igjen betyr at grensene mellom jobb og fritid blir mer sammen. Før gikk man bort fra jobben og hjem til privatlivet. Det har blitt vanskeligere å klare balansegangen mellom jobb, familieliv og annet sosialt ansvar.

Bildet av den raske utviklingen med hensyn til sykefravær er kompleks. Konjunktorene spiller inn – likeså som forsikringsystemets utforming og legenes måter å sykemelde på. Presse og media, samfunnsdebatter, politikere og berørte parter skaper engasjement. Kanskje har folk funnet nye måter å sykemelde seg på uansett av vanskeligheter i livet. Slik kan vi ikke

fortsette, vi må gå til roten av problemet. Det er langt i fra sikkert at arbeidslivet har hele ansvaret. Men kanskje det er der det er lettest å innlede de nødvendige forandringer. Man kan vise til sammenhenger mellom dårlige arbeidsplasser og sykefravær – en korrelasjon. I følge Ness (2000) kan man betegne en avdeling på et sykehus som sykt om denne ikke fungerer godt. Med dette menes at misnøye, klaging og manglende trivsel ligger ofte til grunn for at de ansatte ikke er fornøyd med arbeidet sitt (se Sollan, kapittel 4.3), sykefravær og personalgjennomtrekk er høyt, ingen spiser lunsj sammen, og det finnes ingen sosiale arrangementer. Personalet greier ikke å identifisere seg med avdelingen – skape ”commitment” – og arbeidsplassen vil være et sted man må gå til for å overleve – og ikke være et sted man gleder seg til å gå til, hvor man opplever gode relasjoner, personlig vekst og arbeidsglede.

På de dårlige arbeidsplassene er folk stresset, kjenner ulyst og har mye å gjøre. Mange av de ansatte har dårlig samvittighet for at de ikke rekker alt det de skulle ha gjort på jobben - og for alle som de svikter. Det er organisasjoner som i stor utstrekning kjennetegnes av forandringstrøtthet og av instabilitet. Utrygghet og uvilje å tenke nytt kjennetegner ofte medarbeiderne. Lederskap oppleves ikke av medarbeiderne som nærværende. Ledelsen arbeider kortsiktig og tradisjonelt ovenfra og ned. Ofte finnes det kynisme blant medarbeiderne og revirtenkning blant lederne. Foreldre ser småbarnsperioden forsvinne uten at de rekker å være nok sammen med barna sine. Livet blir som en ferd på skøyter – det går bra så lenge det går fort og isen holder – men en dag går det ikke lengre – kroppen tar slutt – hjernen sier i fra – og da begynner en lang sykemelding for de aller fleste (Abrahamsson et. al.2003).

3.5 Friskfaktorer i det nye arbeidslivet

De gode arbeidsplassene kjennetegnes ofte av tillit, åpenhet og fellesskap. De er stolte av sine resultater og sin profesjonelle identitet – og det er en følelse at det man arbeider med og produserer er meningsfullt både for seg selv og for omverdenen. Sjeldent har organisasjonene større vanskeligheter med å rekruttere ny kvalifisert personell. I sitt forandrings – og utviklingsarbeid gis medarbeiderne god og relevant informasjon. Delaktighet og ansvar er også kvaliteter. Det kan kanskje høres ut som utopi eller en vakker drøm for noen, men det finnes organisasjoner som i vesentlig grad utmerkes av disse kvaliteter.

I følge Johnsson et. al. (2006:116) beskriver langtidsfriske den ideelle arbeidsplassen på følgende måte:

- Individ og gruppe skaper merverdi
- Felles verdier
- Det finnes tydelige mål, også på individuelt plan
- Følelse av tilhørighet (KASAM)
- Opplevelse av arbeidsglede
- Opplevelse av delaktighet
- Man utvikler kompetansen sin
- Gode medarbeidersamtaler som skaper en relasjon mellom leder og medarbeider
- Man blir sett og får anerkjennelse

Vi ønsker å oppsummere dette kapitlet om friskfaktorer for å vise hva vi mener er støttende og destruktive faktorer for at friskfaktorer skal være tilstede – eller ikke i et individs liv. Dette er satt opp i tabell 1 under, og er en videreutvikling av figur 1 som vi innledet kapitlet med (side 22).

Støttende faktorer/ friskfaktorer:	Destruktive faktorer/energitappere:
Å ha arbeid	Dårlig forhold mellom leder og kollegaer
Sosial støtte fra arbeidsgiver, leder og kollegaer	For lite søvn for turnusarbeidere
Familie, livsstil og individfaktorer	Uforutsigbarhet, usikkerhet, omstillingsprosesser og uro
Mestring av egen helse	Psykiske og fysiske belastninger
Balanse mellom de ulike arenaene i livet	Dårlig informasjon og kommunikasjon
Tillit, åpenhet og fellesskap	

Tabell 1: Destruktive og støttende friskfaktorer

De ulike faktorene vil bli utgangspunkt videre for drøfting og analyse av friskfaktorer i kapittel 6.

Vi vil videre i neste kapittel se på virkemidler som IA- avtalen, LØFT (løsningsfokusert tilnærming), Sollan – og Helse Nords pilotprosjekt ”Jakten på Friskfaktorer”.

4. Virkemidler

Det er mange virkemidler som har blitt tatt i bruk for å motvirke og redusere langtidsfravær, men de fleste tiltakene har kun hatt kortsiktig nytte. Mange bedrifter benytter seg av rabatterte treningsavtaler, kollektiv trening, aktiv bruk av Bedriftshelsetjenesten for å forebygge sykefravær, frukt- levering på arbeidsplassen, og andre tiltak som skal øke fokus på det friske og sunne som et ledd i forebygging av sykefravær.

Å søke etter friskfaktorer handler om måter å se ting på og tenke positivt – det handler om å bytte perspektiv.

I den allmenne debatten klassifiseres mennesker som enten syke eller friske, uavhengig av om de går på arbeid eller ikke. Så lenge en medarbeider er tilstrekkelig frisk for å gå på jobb finnes det ofte ikke anledning for forandringer eller forbedringer. Dette settes først inn en reaktiv tilnærming når skaden er skjedd og medarbeideren har blitt sykemeldt (Abrahamsson et.al.2003).

4.1 Inkluderende arbeidsliv (IA)

I 2001 inngikk regjeringen en avtale med hovedorganisasjonene i arbeidslivet om å inkludere flere i arbeidsstyrken, redusere sykefraværet og bruken av uføretrygd, og ta bedre i bruk eldre arbeidstakeres arbeidskraft.

Dette ble operasjonalisert i form av tre delmål (Hammer et.al.2006):

1. 20 % reduksjon av sykefraværet
2. Tilsetting av flere arbeidstakere med redusert funksjonsevne
3. Heving av den reelle avgangsalderen

Bakgrunnen for dette var at utviklingen i 1990- årene viste at flere arbeidstakere gikk ut av arbeidslivet på langvarige trygdeordninger, noe verken individ, bedrift eller samfunnet var tjent med. Sykefravær, uføretrygd og tidligpensjonering bidro til å svekke tilgangen på arbeidskraft til alle deler av samfunnet (Grimsø, 2006) - altså hindre utstøting fra arbeidslivet.

Intensjonsavtalen mellom regjeringen og hovedorganisasjonene i arbeidslivet ble opprettet i en prøveperiode fra høsten 2001 til slutten av 2005 (Grimsø, 2006). Partene er enige om at

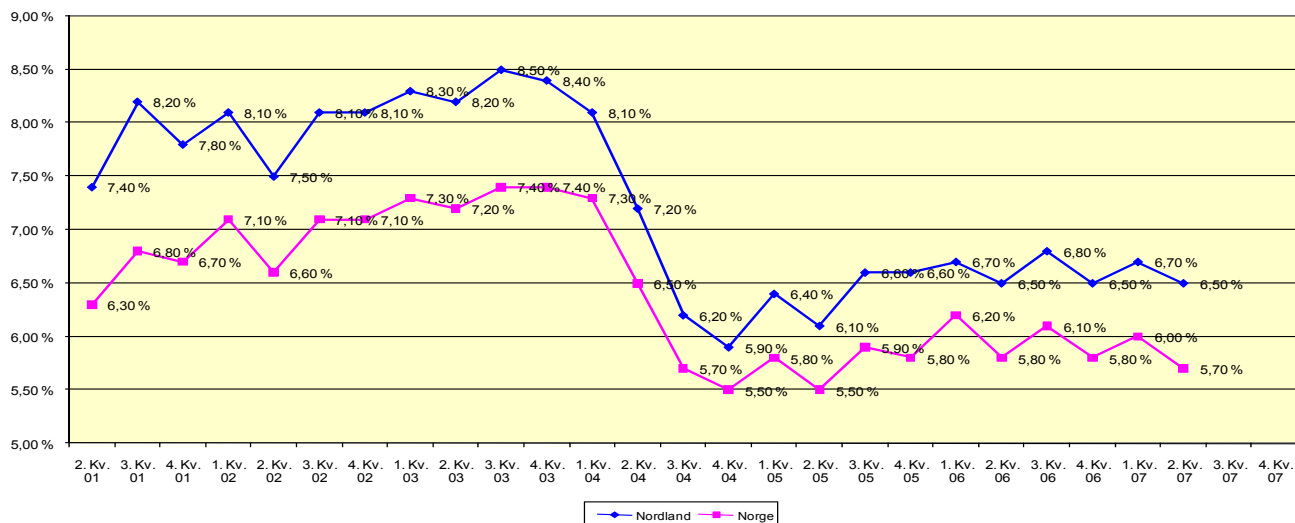
IA- avtalen er et tjenelig virkemiddel for å få et mer inkluderende arbeidsliv og forebygge overgangen fra arbeid til trygd.

Partene i arbeidslivet sammen med myndighetene har et særlig ansvar for holdningsskapende arbeid og for å snu utviklingen. IA- arbeidet har vist at når innsatsen rettes mot individnivå, virksomhetsnivå og nasjonalt nivå basert på samarbeid og konsensus, kan det oppnås resultater. Derfor har regjeringen og partene inngått en ny intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv for perioden 2006-2009 (www.regjeringen.no).

IA- avtalen er et virkemiddel for å få til et mer inkluderende arbeidsliv og forebygge overgangen fra arbeid til trygd (www.regjeringen.no). Evaluering av intensjonsavtalen (2001-2005) viste at de operative delmålene på virksomhetsnivå i første rekke var rettet mot personer som allerede hadde et ansettelsesforhold. Det nye IA- samarbeidet har som overordnet nasjonalt mål blant annet å forebygge sykefraværet, øke fokuset på jobbnærværet og hindre "utstøting" fra arbeidslivet. Partene er enige i at nåværende avtale som gjelder reduksjoner i sykefraværet skal opprettholdes, med dette menes at målet frem til 2009 er en reduksjon på 20 prosent i forhold til sykefraværet i 2. kvartal 2001 (www.regjeringen.no).

I følge Statistisk sentralbyrå (www.ssb.no) ligger det totale sykefraværet på 6,8 % i 3. kvartal 2007. Dette er uendret fra 3. kvartal 2006. For kvinner gikk fraværet i samme periode opp fra 8,3 % til 8,4 %, mens sykefraværet for menn har i samme periode ligget stabilt på 5,6 %. Likevel oppgir Statistisk sentralbyrå at sykefraværet 3.kvartal 2007 er 8,3 % lavere enn 3.kvartal 2001, det året avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA- avtalen) ble inngått. Også langtidsfraværet som varte mer enn 31 dager i løpet av kvartalet gikk også ned fra 62,2 % til 61,5 %, mens det egenmeldte fraværet økte i samme periode fra 10,8 % til 11,2 %. For helseforetakene har det i samme periode vært en økning på 1,6 %. Av tabellen (tabell 2) under kan man se at det legemeldte fraværet i Nordland fylke var på sitt høyeste 3.kvartal 2003 for så i 4.kvartal 2007 ha gått ned til 5,5 %.

Legemeldt fravær i Nordland og Norge



Tabell 2: Sykefraværsutvikling i Nordland fylke og Norge 2001-2007 (NAV, 2008)

I den nye intensjonsavtalen mellom myndighetene og partene i arbeidslivet rettes det spesielt fokus på et godt arbeidsmiljø i forhold til systematisk å forebygge og tilrettelegge for å fange opp arbeidstakere som er i ferd med å utvikle et helseproblem og hindre at disse faller ut av arbeidslivet.

I følge NAV (2008), bygger IA på to hovedprinsipper:

1. Arbeidsplassen den sentrale arena, det betyr at problemer som oppstår på arbeidsplassen skal løses på arbeidsplassen
2. Aktivitet i stedet for passivitet, mindre vekt på diagnose og mer på funksjon

Den enkelte arbeidsplass er den viktigste arenaen i arbeidet med å forebygge sykefravær, hindre ”utstøting”, styrke rekruttering og å få flere med redusert funksjonsevne i arbeid.

Gjennom Inkluderende arbeidsliv (IA) kan de virksomhetene som inngår en samarbeidsavtale med NAV bli en IA- virksomhet med tilgang til egen kontaktperson. Denne kontaktpersonen bistår med råd og veiledning for å stimulere til et godt arbeidsmiljø og en god personalpolitikk i virksomheten (www.nav.no). De virksomhetene som inngår en samarbeidsavtale med NAV er pliktig til å følge opp IA- avtalens tre delmål, som består av (1) Sykefraværet skal reduseres med minst 20 %. (2) Flere med redusert arbeidsevne skal komme i arbeid. (3) Den reelle pensjonsalderen skal økes.

I følge NAV (2008) er 63,5 % av bedriftene i Nordland er IA- virksomheter. De fleste statlige og kommunale bedriftene i fylket har inngått denne avtalen (få unntak), men det er mer ustabil blant de private virksomhetene. Det er kostnadsfritt for bedriftene å inngå avtalen, men for mange som vegrer seg til å forplikte seg ligger mange av årsakene i at de frykter merarbeid i form av papirarbeid og lignende.

Arbeidsplassen

Man har grunn til å tro at noen arbeidsgivere har sett IA- avtalen som en grunn for å kvitte seg med ansatte – og en mulighet til å få dem på trygd. Med dette menes at ledelsen ser IA- avtalen som en lettere løsning til å få ansatte inn i en trygdeordning (NAV, 2008).

Informanten vår i NAV påpekte at dette er noe de oppdager under samtale med leder. En annen fare med IA- avtalen er at konsulentene fra NAV kan virke som et verktøy for lederne i organisasjonen – og de sykemeldte kan føle at leder og NAV jobber mot dem, noe som kan resultere i et skjevt parti. Dette var aldri intensjonen med IA- avtalen. Avtalen kom i stand fordi det ble rettet et økt fokus mot individet i sykefraværproblematikken. Derfor stiller NAV forventninger til lederne – tiltak må iverksettes og noe må skje for å få de langtidssykemeldte tilbake i jobb.

Andre virkemidler

I 2007 innførte NAV tiltaket ”Raskere tilbake”. Hensikten med dette tiltaket er å gi sykemeldte tilbud om raskere behandling på sykehus, via fastlege, manuellterapeut eller kiropraktor – eller individuell oppfølging og arbeidsrettet rehabilitering gjennom NAV. Arbeidsrettet rehabilitering kan være generell opptrening, arbeidsutprøving, funksjonshemmende trening, motivasjon, opplæring, sosial mestring – eller en kombinasjon av flere av disse momentene.

Visse forutsetninger må være oppfylt for å få satt i gang tiltaket ”Raskere tilbake”

(www.nav.no):

- At arbeidstaker er sykemeldt, mottar sykepenger – og har behov for tjenester for å komme tilbake i arbeid
- Arbeidsgiver i samarbeid med den sykemeldte har laget en oppfølgingsplan
- Bedriftsinterne tiltak må være utprøvd

Hvordan lykkes?

Arbeidsmiljøet er alles ansvar, men bedriften må legge forholdene til rette. Dialog mellom ansatt og leder er et av virkemidlene som kan medføre positive resultater. Det er lederne som må ta tak, disse er nøkkelpersonene. De ansatte er bedriftens viktigste ressurs, og friskere arbeidstakere er alle tjent med. Det er viktig at IA- avtalen er inngått fra toppen av organisasjonen slik at disse jobber med samme mål for å få organisasjonens langtidsykemeldte tilbake i jobb.

Arbeidsgivers ansvar

Arbeidsgiveren skal arbeide systematisk med forbedring av arbeidsmiljøet, og ta initiativ til en åpen og god dialog på arbeidsplassen. I dette ligger også gode rutiner for sykefraværsoppfølging. Etter 6 mnd blir alle langtidsykemeldte kalt inn til et dialogmøte med arbeidsgiver. NAV anser grensen for å være langtidsykemeldt, ved 12 uker eller mer. På dette møtet skal det skrives en oppfølgingsplan, som arbeidstaker og arbeidsgiver drøfter sammen.

En del bedrifter lager et ”verdidokument” til alle sine ansatte – hensikten ligger i et profylaktisk tiltak – og gir også signaler om at ”vi bryr oss”. Leders konklusjoner sendes NAV, dette for å fange opp at det reelt foreligger en dialog mellom partene. Her kan bedriftens IA kontakt være en god støttespiller og gi råd og veiledning om hvordan best mulig tilrettelegge for den ansatte (NAV, 2008).

Et av løkkemidlene for å bli IA- bedriften er muligheten til utvidet bruk av egenmeldinger for IA- bedrifter. Det viser seg at det ikke har blitt misbrukt egenmeldinger, og en kan ikke se en økning av sykefravær ut av dette. Problemet ligger heller ikke i små fravær – men i langtidsfravær. Nordlandssykehuset er et unntak, her benyttes egenmeldinger dobbelt så mye i forhold til andre bedrifter. Dette resulterer i store kostnader som bedriften selv må dekke (NAV, 2008).

Hvem lykkes?

Det viser seg at de bedriftene som lykkes med å få ned langtidsfraværet er de bedriftene med gode ledere – som møter de ansatte (NAV,2008).

Er det realistisk å tro at man vil lykkes med IA- avtalen? I følge Hammer et. al. (2006) avhenger dette av i hvor stor grad arbeidslivet lar seg påvirke av IA- avtalens strategier. Markedsøkonomien vil sette noen skranker for hvor langt IA kan drives. Norge er et lite land med åpen markedsøkonomi – like avhengig av verdensmarkedet som en alvorlig syk er av medisinerne sine. Bedrifter kan ikke pålegges å ta inn arbeidssøkere som ikke har tilstrekkelige ferdigheter til å tjene inn sine lønnskostnader. Mer generelt kan ikke bedrifter pålegges å bruke mer på lønn, arbeidsmiljøtiltak med mer enn de tjener, eller å ha lavere fortjenestemargin enn sine konkurrenter. I heldigste fall kan IA skape en vinn - vinn situasjon der bedre arbeidsforhold, bedre arbeidsmiljø og en mer effektiv og strukturert utførelse øker arbeidskraftens kompetanse og motivasjon, og dermed styrker snarere enn svekker bedriftens lønnsomhet. Med økte produktivitetskrav kan bety en økt utstøting av arbeidstakere med svekket arbeidsevne. Dette vil i neste omgang bety at morgendagens yrkesaktive må forsørge enda flere av sine jevnaldrende, i tillegg til det økte antallet eldre. IA- strategier som demper produktivitetspresset – er heller ikke uten kostnader. Hvis vi lykkes med å integrere flere individer med begrensede ferdigheter i arbeidslivet – kan det innebære at produktiviteten, og med det realinntektsnivået, stagnerer. Man kan håpe at ikke alle framtidens produktivfremmende tiltak vil stille større krav til arbeidskraften. En del av de omstillingene vi har stått ovenfor de siste 20 årene, er kanskje overgangsfenomener. For eksempel er innføring av datateknologi stilt store krav til omstillingsevne og evne til videre kvalifisering i eldre årskull. Men nå kommer etter hvert inn årskull som har erfaring med datateknologi.

IA bygger på antagelsen om at et liv i arbeid er bedre enn et liv uten arbeid. Hvis dette er riktig, vil vellykket IA øke individuell livskvalitet. Det finnes arbeidsplasser med gode lønninger, gode arbeidsbetingelser og godt arbeidsmiljø- men det er også åpenbart at det finnes det motsatte. Alle trives heller ikke med samme type arbeid. Noen foretrekker å arbeide alene, andre i fellesskap; noen er mest opptatt av opprykksmuligheter med mer.

Et arbeid er som en identitetsmarkør. Den som har et arbeid slipper kanskje å bruke resurser på å fremstå som vellykket i andres øyne. Andres oppfatninger farger vår oppfatning av oss selv. Er man utenfor arbeidstyrken må man bruke flere resurser på å overbevise andre og seg selv om at man likevel er vellykket. Dermed kan økt fritid lett bli en belastning.

Man kan si at arbeid er et ambivalent gode – med det menes at arbeid har både positive og negative sider. Arbeid gir oss mye gratis i vår selvpresentasjon, men stjeler samtidig mye tid vi kunne ha brukt til noe morsomt, derfor blir også fritid et ambivalent gode. Fritid gjør oss mulighet til å gjøre hva som helst snarere enn det vi får betalt for, men gjør oss samtidig sårbare for andres og egen tvil om hvem vi er, og hvor godt vi har lyktes å bli den vi er. Man kan også se IA som en ambivalent gode; noen vil alltid være for syke, ha for liten funksjonsevne, eller av andre grunner ikke være i stand til å finne inntektsgivende arbeid.

4.2 LØFT

Helse Nord har valgt en løsningsfokusert tilnærming i form av pilotprosjektet for å redusere langtidsfraværet innenfor foretakene. Tilnærmingen er bygd på erfaringer som viser at det i de færreste tilfellene der individer er sykemeldte at det er nødvendig å bytte jobb. Et viktig steg - og fokus som pilotprosjektet har tatt sikte på er å bevisstgjøre hvordan en selv gjør seg frisk – og hvordan man får en bedre helse. Pilotprosjektet legger til grunn at det å bli klar over sine friskfaktorer, og så tilrettelegge dette i eksisterende jobb, eller i fritiden ofte viser å hjelpe (www.helsenord.no).

Langslet (2003) setter fokus på løsningsfokusert tilnærming (LØFT). Med dette menes at man i stedet for å undersøke problemene, kartlegge hva en gjør galt, analysere årsakene til problemene – retter blikket mot løsningene, hva en gjør riktig og bruker tiden på å beskrive en ønsket fremtid.

Pilotprosjektet er i følge www.helsenord.no en ny måte å tenke og jobbe på med tanke på sykefraværsoppfølging innenfor foretakene i Helse Nord, det vil si en innovasjon som bygger på LØFT- ideer og andre positive tilnærminger. Gjennom å fokusere på ressursene og interessene til deltakerne kan man finne ut av hva personene motiveres av – og hva de får energi av. Problemene for mange sykemeldte er at de i jobbsammenheng ikke får brukt sine sterke sider, at de ikke trives – og det er tabu for mange ledere å spørre fordi det kan oppfattes som om arbeidsgiver vil ha dem ut av jobben. Ofte kan det være at langtidssykemeldte kommer dit at de ikke greier å ha tro på sine sterke sider – det er ikke så lett å ta tak i det positive – men det er dette pilotprosjektet ønsker å finne ut av slik at de positive ressursene skal kunne gi kraft og energi

De grunnleggende ideene i LØFT skiller seg ut fra de tradisjonelle tilnærmingene der man først setter fokus på problemløsning og utviklingsarbeid. Alle sosiale fenomener i følge

Langslet (www.loft-instituttet.no) består av både – og: ting som fungerer, - og ting som ikke fungerer. Både – og perspektivet gir et valg. Man kan velge hvilke aspekter ved virkeligheten en vil feste seg ved og snakke om. Løsningsfokus dreier seg om å snakke om et ønsket mål framfor problemer, og å sette fokus på hva organisasjonen lykkes med og får til. Når man velger en løsningsfokuseret tilnærming, som Helse Nords prosjekt, der man jakter på friskfaktorer og arbeidsglede – hva som gjør en friske, og ikke syke ser man løsningene – og ikke problemene. I følge Abrahamsson et. al. (2003) vil fokuset på de følelsene som er knyttet til problemer og om man konfronteres stadig vekk med disse - vil følelsene bli gjenskapt og kan resultere i ”mer av” slike feil og mangler. Atferd som gir oppmerksomhet gjentar seg, og samtalen vil bli mer rettet mot problemene en det man egentlig ønsker seg. Antagelsene om det man egentlig ønsker seg skjer raskere om man fokuserer på det som virker, enn det som ikke virker.

Organisasjoner med store problemer karakteriseres av mye såkalt ”problemsnakk” (Langslet 2003). Effekten av dette er ofte at problemene forsterkes. I slike situasjoner har man også tendens til å glemme – eller se helt bort fra – at ingen ting er svart- hvitt, og at virkeligheten er mangfoldig. Det er øyet som ser – det noen mener er positivt kan andre igjen oppleve som negativt. Mennesker som føler seg anklaget og beskrevet som ”skyldige”, bruker mye av sine krefter på å forsvare seg mot disse anklagene. Det er sjeldent at vekst og konstruktiv utvikling observeres i en prosess der mennesker beskrives som utilstrekkelige. I stedet for å beskrive menneskers utilstrekkelighet og negative egenskaper kan man heller fokusere på utviklingsfremmende handlinger ved å benevne særegne evner og talenter.

Innenfor helseforetakene er det i media stadig beskrivelser om store kostnadsoverskridelser med resultat i reduksjon av antall årsverk, sammenslåing av avdelinger og en konstant uro for arbeidsplass – og gjerning. Ansatte blir påvirket av dette – og energien blir rettet mot de stadige omstillingene og uforutsigbarheten som arbeidet medfører. Enkelte velger å ta dette inn over seg, mens andre igjen greier å håndtere situasjonen uten at energien tappes. For organisasjonen og dens ledere er det viktig å implementere de ansatte i situasjonen, fokuserer man på informasjon og medvirkning vil dette kunne fylle opp energien til dem som tappes av hurtige endringer, omstillinger og uforutsigbarhet. For å få satt i verk tilnærmingen er det viktig at involverte parter integreres i de løsningene som ligger til grunn for tiltaket. For Helse Nord er det lederne på avdelingene som rekrutterer sine langtidssykemeldte for å finne en

løsning gjennom involvering og deltakelse i prosjektet. Dette vil bli nærmere diskutert i kapittel 7.5 på grunnlag av leders medvirkning og rolle i forhold til pilotprosjektet.

Når man skal jobbe med løsningsfokuserede tilnærminger er dette i følge Langslet (2000) en måte og arbeide med forandring og problemløsning som gir ønsket effekt. Begrunnelsene for løsningsfokuset er å fremme løsning og endring. Langslet har lagt til grunn for metoden åtte trossetninger i arbeidet på en løsningsfokuseret fremgangsmåte, som består av åtte trossetninger i LØFT (Langslet 2000, side 38):

- Trossetning 1: Det vi tror på, påvirker hva vi leter etter og snakker om
- Trossetning 2: Det finnes både problem og ikke- problem
- Trossetning 3: Du trenger ikke å forstå problemet for å løse det –
finn heller nøkkelen til løsning!
- Trossetning 4: Atferd som gis oppmerksomhet gjentar seg
- Trossetning 5: Språk skaper virkelighet
- Trossetning 6: Små endringer skaper større endringer
- Trossetning 7: Endring er uunngåelig og stabilitet er en illusjon
- Trossetning 8: De saken gjelder, vet best

For å kunne forstå den løsningsfokuserede tilnærmingen som Helse Nord har benyttet, vil vi videre presentere Sollan- modellen og verktøyet som kartleggingen og fokuset på friskfaktorer er bygd på, for så videre å presentere Helse Nord's pilotprosjekt ”jakten på friskfaktorer”.

4.3 Sollan- modellen

Sollan er et konsulentfirma. Målet til Sollan er å hjelpe bedrifter og enkeltpersoner med å oppnå optimal ressurs- og kompetanseutnyttelse – og gjennom dette skape økt motivasjon, engasjement, arbeidsglede og resultat. Fokuset blir rettet mot den enkeltes interesser, evner og personlige preferanser – deres opplevelse av egen arbeidskvalitet og friskfaktorer i omgivelsene som gjør det mulig å fungere optimalt, utvikle seg og trives (www.sollan.no).

”Vår visjon er å bidra til et arbeidsliv hvor alle får mulighet til å utnytte sine forutsetninger optimalt, utvikle seg og føle arbeids glede” (www.sollan.no).

Navnet Sollan kommer fra Kjell Aukrusts kjente romanfigur – den evige optimist og gledesspreder, men ikke alltid helt perfekt. Bakgrunnen for navnevalget er assosiasjonene dette gir til optimisten og gledessprederen ”Solan Gundersen”.

Damene startet opp virksomheten Sollan etter mange år som yrkesaktive. Begge hadde kommet til et punkt i livet der de satte spørsmålstegn med meningen i det de gjorde i arbeidslivet og med resultat av at de hadde blitt utbrente - og syke av jobben.

Ut av dette ble virksomheten Sollan skapt, og i dag jobber de aktivt med yrkesveiledning ved hjelp av verktøyet utviklet av forsker Solberg ved NTNU, kalt ”Profråd” for å oppnå bevissthet rundt egne styrker, interesser og personlige preferanser.

I følge www.sollan.no beskrives det unike med Profråd- programmet at det gir konkrete råd om arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø hvor den enkelte vil få brukt sine forutsetninger og med stor sannsynligvis vil trives. De er de første som kommersielt har tatt i bruk verktøyet, og for å kunne benytte dette måtte de sertifiseres for bruk av verktøyet som består av tester og to spørreskjemaer. Selve kjernen med Profråd- verktøyet er kombinasjonen av internettbasert kartlegging, pedagogiske oppgaver og individuell karriereveiledning utført av sertifiserte veiledere. På Sollans hjemmeside (www.sollan.no) utdypes det videre at testresultatene ligger til grunn for en fokusert og konstruktiv samtale, men det påpekes samtidig at programmet består av mer enn bare testresultatene. Her står det unike individet i fokus med sin historie (privat, jobb, helse) med sine ambisjoner i sentrum. Som karriereveileder står faktorer som å lytte, respektere, løfte og hjelpe hver enkelt til å finne realistiske løsninger som de selv tror på, identifiserer seg med – og på denne måten selv tar en aktiv del av prinsippene for Sollans arbeid. Gevinsten som individene ofte oppnår er en styrket motivasjon, engasjement, prestasjonsevne og trivsel. I bedriftssammenheng nyter disse godt av en mer effektiv utnyttelse av ressursene – fornøyde og friske medarbeidere – godt arbeidsmiljø – og økt endringsvilje.

I følge Sollan (<http://www.sollan.no/sollanprogram.html>) kan arbeids glede knyttes opp til individets arbeidskvalitet (ALK). Med ALK menes den enkeltes oppfatning av egen mestring, fellesskap, verdiskapning og livskvalitet.

- Mestring sier noe om forholdet til det en gjør – at en er dyktig og engasjert og har mulighet til faglig utvikling (se kapittel 2.1.4, Arbeidsmiljø).
- Fellesskap sier noe om forholdet mellom kollegaer og ledere – at alle respekterer hverandre, forstår sin rolle i organisasjonen, kommuniserer godt – og trives i en gruppe som jobber mot felles mål.
- Verdiskapning sier noe om forholdene til de en utfører jobben for – at en føler seg verdsatt og at en skaper verdier som er verdifulle for bedriften og omverden.
- Livskvalitet sier noe om forholdet til seg selv – at en er fornøyd med seg selv og sin egen helse, at livet i sin helhet, inkludert jobben, gir mening – og at en har overskudd til å løse daglige utfordringer.

Disse forholdene sett under ett er viktige friskfaktorer i arbeidsmarkedet (www.sollan.no).

I følge <http://www.sollan.no/sollanprogram.html> defineres friskfaktorer som ”forhold som forekommer i den enkeltes arbeids- og/ eller totale livsmiljø som gir denne forutsetning til å fungere optimalt, utvikles og ha det bra i arbeidslivet”.

Profrådet er et sentralt virkemiddel for å bevisstgjøre og styrke enkeltpersoners friskfaktorer gjennom forbedring av sin ALK. Gjennom å få det enkelte individet til å se hvilke arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø som tilfredsstiller ens prioriterte verdier, interesser og evner på best mulig måte. På denne måten vil individene kunne føle mening, mestring og rom for utvikling – med mål i økt arbeidsglede.

4.3.1 Profråd

PROFRÅD-programmet for karriereservice er utviklet med tanke på å bidra til profesjonalisering av norsk karriereservice. Fra hovedstrømmen av rådgivningsfagets teori- og programutvikling inkluderes her trekk-og-faktor-teori, kognitive, beslutningsteoretiske, psykodynamiske, utviklingspsykologiske og narrative bidrag til karriereservice. *Slik har PROFRÅD-programmet fått et bredt, eklektisk teorigrunnlag.* Solbergs interestetest (SIT) tjener som hovedtesten i PROFRÅDs instrumentsett.

I tillegg til SIT består PROFRÅDs kartleggingsverktøy av spørreskjema og minitester med vekt på verdier, evnepreferanser, valgusikkerhet/avklart valg, beslutningsstil, personlig problembelastning og optimisme (Solberg, 2008).

Profråds målsetting (Solberg, 2008):

- Å bidra til kvalitetsreform i norsk karriereservice (i skoleverket og voksensektoren)
- Å samordne psykometri, didaktikk og veiledning

Bidra til karriereutvikling gjennom:

- Karrierepsykologisk kunnskap og tenkemåte
- Grundig ressurskartlegging, -analyse, søking etter og vurdering av alternativer
- Trening i å se en valgsituasjon fra flere synsvinkler
- Utfordring: Se etter selvpålagte, irrasjonale barrierer
- Å kvalifisere veiledere for å bruke PROFRÅD

Profråd er utviklet og tilpasset norske forhold med inspirasjon fra yrkespsykologen John Holland – også kalt ”matchteoriens far” (www.sollan.no). Hollands system bidrar til oversikt og orden og er det mest gjennomforskede og anerkjente strukturelle system i dag. Men ensidig fokus på kognitiv struktur resulterer lett i en statisk tenkemåte. Derfor har PROFRÅD enheter med alternative perspektiver og fokus på utvikling og dynamikk.

Attraktive sider ved Hollands system er matchbegrepet, anvendelse av samme, enkle typologi på både på klienter og yrkesliv og fokus på tre aspekter ved karriereinteresse (Solberg, 2008).

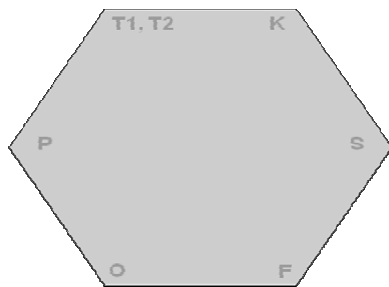
Solberg beskriver videre at ved personlig utprøving av Hollands test Self Directed Search (SDS) og fordypning i hans karrierepsykologiske teori oppdaget svakheter i hans teorisystem, Teoretisk-naturvitenskapelig type (T₁) og fant det nødvendig å gjøre vesentlige endringer i hans typologi.

Hans lære om en teoretisk type ble erstattet med to slike (naturvitenskapelig, kultur og samfunnsfaglig) og hans sosiale type ble rekonstruert som sosial omsorgstype. Etter en tid med egen, norsk forskning ble det også klart at en del av Hollands påstander om typenes innbyrdes slektskap ikke er gyldige for norske brukere. Læren om slektskap mellom typene i Hollands heksagon ble deretter vesentlig endret. Slik oppstod en ny typologi, *Solbergs typelære*.

Kategorisystemet i typelæren har sju grunnleggende begreper (konstrukter) med hvert sitt symbol i parentes:

1. Praktisk-teknisk type (P) (jordnær, konkret, aktivitet, handling, ting framfor følelser, faste regler)

2. Teoretisk type (T1 og T2) (tenkende, analytisk, se helhet, originalitet, språklig dyktighet)
3. Kultur- og samfunnsfaglig type (T₂)
4. Kunstnerisk type (K) (kreativitet, skapertrang, selvrealisering, særegenhet, uttrykker følelser, uavhengig)
5. Sosial omsorgstype (S) (samspill og relasjoner, empati, følelse, kontaktskapende, tålmodig, idealistisk)
6. Foretaksom type (F) (organisere, lede andre, utadvent, verbal, handlekraftig, stor arbeidskapasitet)
7. Ordenstype (O) (orden, kontrollfaste regler, synlig, konkret, tall, data, fakta pliktoppfyllende)



Figur 3: Kategorisystem

Kategorisystemene innebærer at to og to symboler koples sammen til koder for søk i Norsk Yrkesfinner (Solberg, 2008), som lister opp de fleste norske yrker, ordnet etter kodesystemet. Og gir innhold til begrepet ”interesseslektninger” som brukes til å lete systematisk etter matchende yrker.

Ut av de ulike yrkesgruppene som man kan finne i Norsk Yrkesfinner finner vi følgende eksempler (Solberg, 2008):

P = Rørlegger (praktisk-teknisk type)

T1= Universitetsstipendiat i naturvitenskapelige fag (Naturvitenskapelig type).

T2= Universitetsstipendiat i samfunnsfag og historisk-filosofiske fag,
(Kultur og samfunnsfaglig type)

K = Kunstner (Kunstnerisk type)

S = Barnehagelærer (Sosial omsorgstype)

F = Bedriftsleder (Foretaksom type)

O = Sekretær/likningssekretær, ansatt (men ikke i lederstilling) i postkontor og bank, (Ordenstype).

Disse typebetegnelsene har status som grunnleggende teoretiske kategorier (konstrukter), og de brukes, slik som hos Holland, til å kategorisere både klienter og yrker. I pakt med Holland-tradisjonen utnyttes typesymbolene til et kodesystem for karriereservice.

Kodesystem og norsk yrkesfinner:

Et kodesystem gjør det lettere å resonnerer vedrørende klientens praktiske muligheter i forhold til utdanning og yrkesliv. Men kodebruken skal ikke utnyttes til fasittenkning, bare til å fremme meningsfull søking etter yrkestitler for grundig, kritisk vurdering.

En brukers yrkeskode består av to bokstaver som symboliserer brukerens to høyeste SIT-skårer.

Følgende yrkeskoder brukes:

PT₁ PT₂ PK PS PF PO T₁T₂ T₁K T₁S T₁F T₁O T₂K T₂S T₂F T₂O KS KF
KO SF SO FO

T₁P T₂P KP SP FP OP T₂T₁ KT₁ S T₁ F T₁ O T₁ K T₂ S T₂ F T₂ OT₂ SK
FK OK FS OS OF

I oppslagsverket *Norsk yrkesfinner* (6. utgave, 2006) er de fleste norske yrker kategorisert i et system med 42 to bokstavskoder. Yrkesfinneren anvendes til eksplorering når en klient vet sin kode, er søkende, og vil ha god oversikt over yrker med sannsynlig god match. Brukeren bes så å se på tittellistene under en eller flere koder, såfremt noe der synes interessant (Solberg, 2008).

Solberg (2008) viser til følgende eksempel i forhold til en brukers interesseprofil i forhold til høyeste score på testen:

- Foretaksom type (F) 20
- Sosial omsorgstype (S) 16
- Ordenstype (O) 11

To hovedkoder bestemmes ut fra de to høyeste sumskårene: FS SF .Tilleggs-koder blir følgende fire koder: FO OF SO OS. Brukeren har seks yrkeskoder og bestemmer seg for hvilke han/hun vil bruke til søk i yrkesfinneren.

Mens Solbergs interestetest er sterkt kvalitetssikret og internasjonalt anerkjent, bidrar settet av mer beskjedne minitester og spørreskjema til allsidig ressurskartlegging. Kombinasjonen av psykometrisk verktøy har ett formål: *Å legge til rette for en perspektivrik veiledningsprosess.*

Alle tester og de fleste spørreskjemaer i PROFRÅD- programmet er nettbaserte. Unntaket er spørreskjemaene *Informasjonssøk og diskusjon* og *Skoleerfaring* som bare brukes i papirversjon.

I følge Sollan (www.sollan.no) kan store energilekkasjer unngås om man kan tilby arbeidstakere muligheter til å få kartlagt karrierevalg på et tidlig tidspunkt. Om man allerede i utdanningssituasjonen utreder dette kan man i følge deres påstand unngå det høye sykefraværet som er i Norge - som de påpeker ikke er vitenskapelig forankret, men likevel en faktor i forhold til lav arbeidskvalitet. Det å få brukt sine ressurser riktig, ha følelse av egenverdi, resultat og livskvalitet gir høy arbeidskvalitet og kan sees som friskfaktor nr.1.

Vi vil videre se på tiltakene Helse Nord har iverksatt for å sette fokus på individet som helhet gjennom kartlegging og veiledning basert på Sollan- modellen og en løsningsfokuset tilnærming.

4.4 Helse Nord's pilotprosjekt "Arbeidsglede"

Bakgrunnen for pilotprosjektet er det økende sykefraværet innenfor Helse Nord- foretakene. Når det gjaldt sykefravær handlet det om å finne gode tiltak eller prosjekter hvor hensikten var å lære av hverandre og bruke ulike erfaringer. Tilnærmingen som ble valgt er et løsningsfokuset prosjekt basert på Sollan- modellen(se Sollan, kapittel 4.3) (Åsvang, 2008).

Som vi kan se av tabell 3 har sykefraværet ved Nordlandssykehuset fra 2005 til 2007 økt med 0,4 % i perioden 2006 – 2007.

Personell	2005	2006	2007
Gjennomsnittlig antall ansatte	2 480	2 861	3 324
Gjennomsnittlig antall årsverk	2 140	2 320	2 732
Sykefravær	8,9 %	8,8 %	9,3 %
Gjennomsnittsalder	45 år	46 år	44 år
Kjønnsfordeling	24 % menn 76 % kvinner	25% menn 75 % kvinner	25% menn 75 % kvinner

Tabell 3: Oversikt over personell og sykefravær ved Nordlandssykehuset (kilde: Åsvang, 2008)

Prosjekts mål

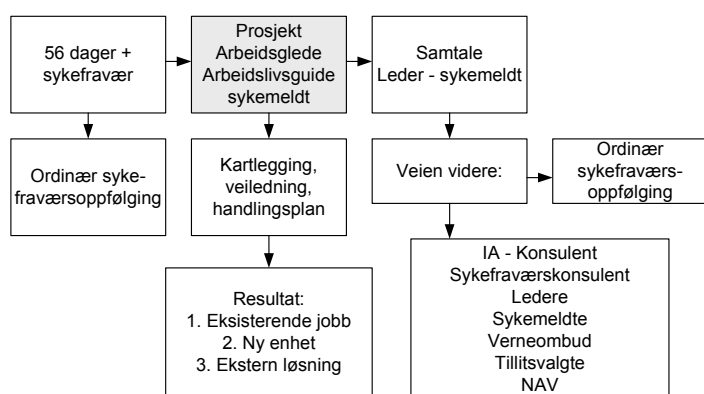
Prosjektets mål er å få langtidssykemeldte til å finne tilbake til sin helse og arbeidsglede gjennom å implementere en ny arbeidsrutine knyttet til oppfølging av langtidssykemeldte medarbeidere som har vært ute av sin jobb i flere lange sykemeldingsperioder. Den nye rutinen vil være et supplement til den eksisterende sykefraværsoppfølgingen og skal utprøves gjennom et prosjekt, "Arbeidsglede – jakten på friskfaktorer", som skal gå over ett år (www.helsenord.no). Prosjektet startet opp i 2007 og forventes å være evaluert ferdig i løpet av 2009. En del av evalueringen vil være basert på følgeforskningen til Førsteamanuensis Dorte Eide ved Handelshøgskolen i Bodø.

I følge Helse Nord (www.helsenord.no) settes fokuset sammen med den sykemeldtes ønsker om å komme fram til store eller små justeringer, som kan bidra til en bedre arbeidshverdag. Målet er å finne løsninger internt slik at man beholder verdifull arbeidskraft, - men prosjektet bistår også dersom den sykemeldte finner ut at han eller hun ønsker seg over i annen jobb.

I følge Helse Nords pilotprosjekt er det spesielt fire forhold de vektlegger (<http://www.helsenord.no/article41685-1526.html>):

1. Få brukt sine resurser, talenter og evner
2. Arbeidsoppgaver en mestrer og som man anser som meningsfulle
3. At man er i et arbeidsmiljø der en blir sett, respektert og får støtte
4. Familie, fritid, helse og venner er viktig for helheten

I figur 5 nedenfor ser vi hvordan prosjektet er bygd opp:



Figur 4: prosjekt arbeidsglede som et supplement til ordinær sykefraværsoppfølging

(Kilde: Åsvang, 2007)

Målgruppen var opprinnelig langtidssykemeldte med fravær over 56 dager som har vært gjennom ordinær sykefraværsoppfølging uten at dette har hjulpet. Etter hvert ble det justert til

også å gjelde de med gjentakende fravær. Gjennom prosjektet Arbeidsglede kartlegges og veiledes deltakeren basert på Sollan- modellen (se kapittel 4.3), for å se på tiltak innenfor eksisterende jobb og muligheter for tilrettelegging – eller muligheter for å finne eksterne løsninger. Når veiledningen er avsluttet vil leder bli involvert – og tiltak kan iverksettes på avdeling eller NAV kan se på mulige tiltak. Resultatet og målet vil være å finne friskfaktorene som gir positiv energi, og bygge videre på disse for å tilrettelegge på beste måte for deltakeren, slik at arbeidsglede og energi skal ligge til grunn for at man som individ kommer tilbake til arbeidslivet.

Presentasjon av pilotprosjektet

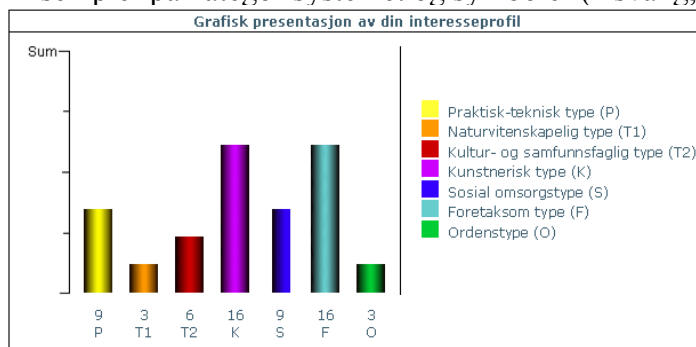
I informasjonsbrev til alle langtidssykemeldte (Åsvang, 2007) informeres aktuelle deltakere til å være med i prosjektet med bakgrunn i sykefravær - og at tidligere forsøk på tilrettelegging ikke har hjulpet. Det er lederne som står ansvarlig for å melde inn langtidssykemeldte i prosjektet. Pilotprosjektet har opplevd at enkelte ledere muligens ikke melder inn langtidssykemeldte fordi de tror at sykefravær over 26 dager ikke koster arbeidsgiveren noe, men at folketrygden betaler. I følge prosjektleder Grete Åsvang er dette feil (www.helse-nord.no). I følge artikkelen til Helse Nord beskriver Odd Jørgen Nilsen fra NAV at langtidssykemeldte får utbetalt sykepenger fra NAV, men at dette ikke inkluderer alle utgiftene. Feriepenger, pensjonsytelser, arbeidsgiveravgift med mer må dekkes av arbeidsgiver. For en person med en årsinntekt på 300 000, som er sykemeldt et helt år, vil arbeidsgivers utgifter beløpe seg på ca 100 000 kroner. Innenfor Helse Nord foretakene er 6,3 % av det totale sykefraværet på 8,9 % fravær som er lengre enn 16 dager, noe Grete Åsvang beskriver som store summer.

Tilnærming

I det første møtet etter at testen som skal ligge til grunn for kartleggingen er besvart, gir en utdannet guide tilbakemelding på deltakerens profil. Alle guidene som er involverte i prosjektet har gjennomgått opplæring og godkjenning for bruk av verktøyet. I tillegg har de gjennomført testen der det blant annet er vektlagt deres score på ”sosial omsorgstype” (se figur 6 under, og kapittel 4.3 om Sollan- modellen). Etter det første møtet er gjennomgått vil guiden hjelpe til å finne frem til friskfaktorer. Mellom de to – eller flere - veiledningstimer vil det kunne bli gitt en hjemmeoppgave. Det kan eksempelvis være at en skal tenke igjennom et forslag på handlingsplan for å få inn flere friskfaktorer i hverdagen. Det er mulig å velge at leder deltar på den siste veiledningen. Dette for å bistå lederen og deltaker i den videre

planleggingen av eventuell tilrettelegging på arbeidsplassen. Lederen og deltaker samarbeider videre etter at veiledningene med guiden er ferdig, i tråd med den ordinære sykefraværsoppfølgingen. Er en plaget med muskel-/ skjelettplager vil en ansatt oppleve større belastning i et arbeidsmiljø en ikke trives i, eller med oppgaver som oppleves som veldig stressende. Det er slike ting som prosjektet prøver å avdekke blant annet ved disse testene. Der kan man se på om utdanning og yrkeserfaring er i tråd med interesseprofil, for så å se om det kan være ”hull” der.

Eksempler på kategorisystemet og symboler (Åsvang, 2007 – lederseminar, Sollan):



Figur 5: Eksempler på kategorier og symboler

I figuren over ser vi at denne deltakeren har scoret høyt på ”K” (kunstnerisk type) og ”F” (føretaksom type), men lavt på for eksempel ordenstype. Ser man dette eksemplet ut i fra en person som jobber på et sykehus, så kan den lave scoren på orden tilsa at denne personen ikke passer innenfor en arbeidsplass hvor orden er svært viktig. Et annet eksempel som kan nevnes er en førskoleleder som har gått gjennom ordinær sykefraværsoppfølging uten at dette har hjulpet (www.helsenord.no). Denne personen hadde i regi av NAV gjennomført truckførerkurs og regnskapskurs uten å lykkes. Etter kartleggingen basert på Sollan- modellen fant man frem til at personen var riktig for førskolelæreryrket med hensyn til evne, personlighet og interesser. Det som for denne personen ble problemet innenfor dette yrket var liten interesse for administrasjon som følger med stillingen som avdelingsleder i barnehage. Det rette og løsningen ble en ren førskolelærerstilling, der vedkommende fikk jobbe mer direkte med barna. Ut av kartleggingen hjalp man denne personen til å få mer selvinnsikt til å se at administrativt arbeid ikke lå under personens interesse.

Ansvar og hovedfokus

Metoden går ut på å sette individet i fokus (Åsvang 2008), man ser på hele mennesket gjennom ansvarliggjøring, karriereveiledning og mestring. Deltakerne arbeider med seg selv og sin nye erkjennelse/innsikt og har hovedansvar for å sørge for at friskfaktorer er tilstede i

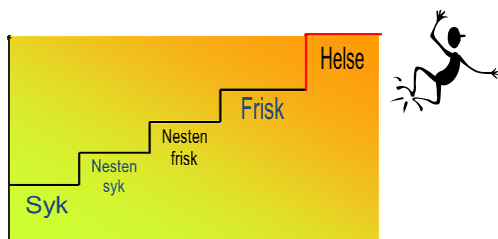
livet sitt gjennom riktig resursbruk. Guiden bistår deltakerne med å bli bevisst hva som er deres friskfaktorer. Det vil si få en proaktiv og positiv tilnærming. Lederen og deltakeren har ansvaret for eventuell tilrettelegging, slik at deltakeren gjenvinner helsen og kommer permanent tilbake i arbeid. Hovedfokus er det hele mennesket og det er uvesentlig om friskfaktorene kan gjøre seg gjeldende i arbeidstid eller fritid.

Hensikten er at en skal oppnå, i prioritert rekkefølge;

1. Tilrettelegging for arbeidstaker i nåværende jobb.
2. Tilrettelegging for arbeidstaker i nåværende bedrift/foretak.
3. Bistand til arbeidstaker som finner ut at en må ut av dagens arbeidssituasjon for å få tilbake helsen og arbeidsgleden (www.helsenord.no).

Pilotprosjektet ønsker å lykkes gjennom å se individet som en helhet. Det handler ikke bare om å kartlegge friskfaktorer innenfor arbeidslivet – men gjennom alle arenaene i individets liv. For at arbeidstakeren skal komme seg ut av sykemeldingen er det viktig med motivasjon og egenvilje – man må ønske å gjøre noe med livet sitt – og begynne som en forsiktig start med å finne tilbake til det man trives med for så å finne tilbake til arbeidsglede.

Målet for individet vil være å sette fokuset fra uhelse til helse – og ta stegene gjennom bevisstgjøring av friskfaktorene i sitt eget liv. Dette kan illustreres med figur 7 under som viser stegene mot overskudd, arbeidsglede og produktivitet (Åsvang, 2007, lederseminar, Sollan).



Figur 6: Jakt på helse og friskfaktorer

Vi har i dette kapitlet gitt en presentasjon av pilotprosjektet til Helse Nord. I våre analysekapitler (kapittel 6 og 7) vil pilotprosjektet bli videre presentert ut i fra fremgangsmåte og erfaringer basert på intervjuer med involverte informanter tilhørende helseforetaket Nordlandssykehuset.

5. Metode

Metode kommer fra det greske ordet *methodos*, og betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Johannesen et. al.2004).

Vårt mål med oppgaven er med utgangspunkt i følgende problemstilling;

”Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?”

Der våre forskningsspørsmål vil være delt opp etter følgende:

- 1) Hva menes med friskfaktorer, og er det noen typiske friskfaktorer og energitappere i helsesektoren?
- 2) Hvordan kan individuell karriereplanlegging og fokus på friskfaktorer redusere sykefravær?
- 3) Hvilke fordeler og ulemper – inkludert etiske – kan pilotprosjektets tilnærming til sykefravær ha?

Vi har valgt å studere Helse Nords pilotprosjekt for å følge opp, tilrettelegge og motivere langtidssykemeldte gjennom oppfølging og kartlegging av karrierevalg. Bakgrunnen for dette prosjektet ligger i å nå langtidssykemeldte på en måte som bidrar til økt arbeidsglede utover Inkluderende Arbeidsliv (IA).

Ideen for valg av oppgave ligger til grunn for vår interesse for organisatoriske fag og mennesket i organisasjonen. Derav også vårt valg av studie innenfor økonomi og personalutvikling. Gjennom snart tre års studie har vi fått et godt teoretisk fundament for hvordan organisasjoner fungerer – og ikke minst de psykologiske relasjoner mellom mennesker. Gjennom vår forskning ønsker vi å se sammenhengen mellom teori og empiri for å oppnå større kunnskaper og forståelse om hvordan virkeligheten ser ut, dette kalles i følge Johannesen et. al.(2004) for et ontologisk spørsmål (fra gresk, *on* = værende og *logos* = lære).

Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg om hvordan en skal gå frem for å innhente opplysninger om virkeligheten, og hvordan informasjonen skal analyseres slik at de opplysningene vi innhenter skal kunne gi oss innsikt og forståelse for aktuelle problemstillinger (Johannesen et. al.2004). En av hovedoppgavene ved forskningen vår vil være å utvikle en

forståelse av meningen i konkrete forhold og sosiale strukturer og aktiviteter. Dette vil vi videre følge via en kvalitativ tilnærming der vi samler inn informasjon fra informanter for å kunne få en forståelse for deres livsverden, i denne sammenheng ut fra vårt forskningsspørsmål relatert til årsaker og virkninger av langtidssykemeldinger.

Forskningsprosessen

I følge Johannesen et al. (2004:37) kan forskningsprosessen deles inn i 4 faser;

1. Forberedelse
2. Datainnsamling
3. Dataanalyse
4. Rapportering

Vi vil videre belyse de nevnte 4 punktene og de tilnærminger vi har utredet i prosessen:

5. 1 Forberedelse

Dette er et tema som er en hjertesak for oss. Vi er opptatt av menneskene i organisasjonen og ønsker å se på pilotprosjektet som Helse Nord har iverksatt for å ivareta ansatte som har blitt langtidssykemeldte. Prosjektet er i gang satt i tillegg til IA- avtalen – og ovenfor personer der IA ikke har vært nok. Gjennom ”prosjektet arbeidsglede” kartlegges blant annet personlighet og om man har ”rett person på rett plass”, og tiltak som organisasjonen og individet selv kan iverksette for at arbeidet skal gi mening og arbeidsglede. I tillegg mener vi at det er viktig å sette søkelyset på arbeidsmiljøet og psykososiale faktorer som resulterer i sykemelding og manglende ønsker om å fortsette arbeidsforholdet.

Selve prosessen med forskningen i denne fasen har vært å tydeliggjøre hva vi ønsker å finne ut av, og hvordan vi skal tilnærme oss aktuelle problem – og underproblemstilling for å oppnå større kunnskaper og forståelse om fenomenet vi skal undersøke. Dette har vi gjort ved å sette oss inn i relevante teorier og relaterte artikler om pilotprosjektet til Helse Nord, og ved å benytte oss av forskningsdesign som i følge Johannesen et. al. (2004) kan beskrives som den stillingen en i en tidlig fase av forskningen må ta i forhold til hva og hvem som skal undersøkes, og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres.

5.2 Valg av organisasjon og informanter

Helse Nord er den offentlige spesialisthelsetjenesten i Nord- Norge, og består av et regionalt helseforetak (RHF) og fem helseforetak (HF) (www.helse-nord.no).

Vi har avgrenset vår oppgave til Nordlandssykehuset, Bodø. Tall fra 2007 viser at Nordlandssykehuset har sysselsatt 2 732 årsverk, gjennomsnittsalder er 44 år – og sykefraværet på 9,3 % (Åsvang, 2008), noe som i følge en artikkel i Avisa Nordland (AN, 17.03.08) beskrives som det høyeste sykefraværet innenfor helseforetakene i hele landet. I vårt tilfelle var valg av informanter en grei oppgave da formålet med vår undersøkelse er å sette fokus på årsaker og virkninger ovenfor langtidssykemeldte innenfor Helse Nord. Prosessen for å finne informanter gikk gjennom prosjektleder for ”Pilotprosjektet Arbeidsglede” Grete Åsvang. Gjennom henne fikk vi formidlet kontakt med langtidssykemeldte, ledere og guider. Våre langtidsfriske informanter fikk vi selv kontakt med gjennom venner og bekjente. IA- konsulent hos NAV og Nordlandssykehusets egen IA-konsulent tok vi selv kontakt med.

Vi har gjennomført studiet ved hjelp av intervjuer. Utvalget vårt har bestått av 14 informanter. Ved kvalitative intervjuer beskriver Johannesen et al.(2004) at et utvalg på 10-15 informanter er vanlig. Informantene i vår undersøkelse vil være langtidssykemeldte og ledere i Helse Nord, i tillegg har vi hentet inn informasjon fra prosjektleder, guider og IA- rådgiver i NAV og på Nordlandssykehuset. For å få et bredere perspektiv har vi også snakket med tre langtidsfriske ansatte med ulike profesjoner på Nordlandssykehuset. Gjennom våre informanter har målsetningen vært å få en forståelse for hva som ligger bak arbeidsglede og friskfaktorer i arbeidslivet, samt inkludere informantenes erfaringer fra pilotprosjektet. Kvinner har dominert blant våre informanter, noe som igjen kan sees i sammenheng med tabell 3, kapittel 4.4, der tabellen viser at kjønnsfordelingen blant ansatte ved Nordlandssykehuset er fordelt på 25 % menn og 75 % kvinner. Alderssammensetningen har vært fra ca 30 – 55 år, og er +/- i forhold til gjennomsnittsalderen på 44 år. Vi har snakket med ulike profesjoner, men de aller fleste er sykepleiere.

Vi har valgt å gjennomføre vår forskning som en casestudie. Ordet case kommer i følge Johannesen et. al. (2004) fra latin og betyr ”tilfelle” og kjennetegnes i følge Winston (www.nova.edu) som ett eller et fåtall tilfeller som studeres inngående. Han har utredet dette etter beskrivelse fra Yin (1994) som i følge Almedal (2007) ansees å være en guru innenfor området casestudier. Robert K. Yin (Johannesen et. al.2004:84) mener at fem komponenter er viktige ved gjennomføring av caseundersøkelser:

1. Forskningsspørsmål med ”hvordan” og ”hvorfor” spørsmål
2. Teoretiske antagelser som skal ligge til grunn for den videre undersøkelsen
3. Analyseenheter som i vårt studium er langtidssykemeldte, langtidsfriske og andre informanter relatert til Helse Nords pilotprosjekt
4. Logisk sammenheng mellom data og antagelser
5. Kriterium for å tolke funnene opp mot allerede eksisterende teori

Enkeltcaser blir brukt for å bekrefte eller bestride en teori, eller til å representere et unikt eller et ekstremt tilfelle. Enkeltcasestudier er også ideelt å bruke for å kunne avsløre tilfeller hvor en gjennom observasjon har tilknytning til fenomener som tidligere har vært utilgjengelig. Enkeltcasedesigns krever en forsiktig utredning for å unngå feilaktig fremstilling, og for å kunne maksimere undersøkelsens tilknytning til materialet som samles inn fra informantene. For oss faller det seg naturlig da vi skal studere én organisasjon som har iverksatt et spesielt tiltak med hensyn til å redusere langtidsfravær. Vi har brukt den enkelte prosjektdeltaker som en individuell case da det er individuelle årsaker som ligger til grunn for fraværet, og at man ikke kan generalisere organisasjonens ansatte med fravær som helhet. Casedesign er også et egnet valg da målet vårt er å kunne beskrive, forstå og utvikle nye perspektiver ved hjelp av kvalitative datainnhentingsteknikker (Johannesen et. al.2004). Vårt hovedvalg av informanter er langtidssykemeldte og ledere. Dette valget er gjort fordi vi i vårt studium har ønsket å belyse deres erfaringer med pilotprosjektet med fokus på, og bevisstgjøring av friskfaktorer.

5.3 Datainnsamling

For å kunne argumentere for sine poenger/funn er i følge Mehmetoglu (2004) all empirisk forskning avhengig av bevis (data). Data er noe vi skaper, og utgjør bindeleddet mellom virkeligheten og analysen av den. Når virkeligheten observeres og registreres har virkeligheten blitt data (Johannesen et. al.2004).

Gjennom intervjuetoder kan man få innsikt i menneskers persepsjoner, meninger, definisjoner av situasjoner, og virkelighetssituasjoner (Mehmetoglu, 2004).

Forskningsintervjuet er basert på en faglig konversasjon der vi gjennom en intervjuform basert på spørsmål fra en utarbeidet intervjuguide har prøvd å fremskaffe pålitelig og gyldig kunnskap om intervjupersonenes ulike synspunkter (Kvale, 1999).

På forhånd har vi utarbeidet intervjuguider som er relaterte til forskningsspørsmålet (se vedlegg, kapittel 10). I følge Kvale (1999) skal en intervjuguide inneholde emnene som skal tas opp i intervjuet, samt hvilke rekkefølge de skal ha.

Vi har valgt å studere våre informantere gjennom en kvalitativ tilnærming. Johannesen et. al. (2004) beskriver en kvalitativ tilnærming med den ”hermeneutiske sirkel”, med dette menes at man øker kunnskap/ forståelse etter hvert som en intervjuer, og at den nye kunnskapen/ forståelsen bygges opp av erfaring fra tidligere intervjuer.

Vi har valgt en blanding av deduktiv tilnærming som kan beskrives med at generelle påstander (teorier) testes ved empiriske data, og av en induktiv tilnærming som Johannesen et. al. (2004) beskriver med at man trekker slutninger fra det spesielle til det mer allmenne. Vårt fokus med undersøkelsen har vært å ha en pragmatisk tilnærming med tanke på at undersøkelsens mål er å få svar på vårt forskningsspørsmål.

For å hente inn den empiriske delen av studiet har vi valgt en kvalitativ metode og intervjuer av våre informanter. Empiri kommer fra det greske *empeira*, og betyr forsøk eller prøve. Empiri betyr at påstander om virkeligheten har sitt grunnlag i erfaring – ikke i synsing (Johannesen et. al. 2004). Kjennetegnet med denne tilnærmingen er at man med hjelp av observasjon eller intervjuer innhenter opplysninger fra informantene relatert til aktuelle problemstillinger.

Intervjuene

I følge Kvale (1999) kan et intervju beskrives som en scene hvor kunnskap produseres gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson. For å skaffe en best mulig ramme for gjennomføringen av intervjuene bestemte alle informantene selv under hvilken setting vi skulle møtes. Noen ville møtes på arbeidsplassen, andre på kafé og noen møtte vi hjemme. Det viktigste for oss var at vi kunne møtes der informantene ikke følte seg underlegen, men følte seg trygge slik at de kunne åpne seg mest mulig. Vi var også bevisste på det Johannesen et al. (2004) beskriver som informantens oppfattelse av intervjueren, dette med hensyn til hvordan vi var kledd - og hvordan vi var bevisste på at intervjuene startet med en briefing hvor vi fortalte om hvem vi var, vårt studium, vår interesse for pilotprosjektet og formålet med intervjuet. Det å bruke litt tid til å oppnå kontakt i forkant av intervjuene er en viktig faktor spesielt der temaene er personlige og emosjonelle (Kvale, 1999).

De aller fleste intervjuene ble gjennomført som nevnt med direkte kontakt med informantene, men vi gjorde likevel ett unntak; En av våre informanter er tilknyttet Universitetssykehuset i Tromsø (UNN). Dette avviker litt vår avgrensning som omhandler Nordlandssykehuset, men vi fikk anbefalt fra prosjektleder Grete Åsvang å snakke med en informant tilhørende et annet Helse Nord- foretak om deres erfaringer fra pilotprosjektet. Av praktiske grunner ble dette intervjuet gjennomført per telefon. I følge Mehmetoglu (2004) er telefonintervjuer ikke en metode som brukes ofte i kvalitativ forskning. Informasjon og samtykke for telefonintervjuet ble formidlet via prosjektleder. Vi opplevde ikke problemer med for eksempel å gjennomføre samtalen eller dårlig tid, og følte at de opplysningene vi mottok fra denne informanten ikke avvek i forhold til hvordan de andre informantene ga oss opplysninger om deres erfaringer.

Vi valgte å gjennomføre vårt første intervju med IA- rådgiver hos NAV. Dette var bevisst med tanke på at vi begynte nokså ”tabula rasa” – med blanke ark – for å danne oss et bilde av hvordan NAV jobber med hensyn til delmålet for Inkluderende arbeidsliv, og det å få langtidssykemeldte tilbake i jobb. Intervjuet var uten intervjuguide og ble presentert med en Power Point presentasjon fra NAV. Denne presentasjonen mottok vi pr e- post i etterkant, og dette materialet i tillegg til notater fra samtalen ligger til grunn for den teoretiske presentasjonen under kapittel 4.1 om virkemidler og IA- avtalen.

Intervjuet med IA- konsulent hos NAV ble gjennomført med en halvstrukturert intervjuguide (vedlegg, kapittel 10). Dette beskriver Mehmetoglu (2004) med at forskeren bruker noen forhåndsbestemte spørsmål i tillegg til temaer. Hensikten med dette var å ha en mer åpen samtale basert på de opplysningene vi hadde hentet inn hos andre informanter.

Intervjuene med de langtidsfriske informantene var basert på en intervjuguide der spørsmålene var forhåndsbestemte, dette var også intervjuguidene til langtidssykemeldte, ledere, guider og prosjektleder (vedlegg, kapittel 10).

Selv om de fleste intervjuene ble foretatt etter en intervjuguide var det ikke oppgitt svaralternativer på forhånd og informantene kunne formulere svarene med egne ord. Vi så tidlig et fellestrekk med de fleste informantene med spørsmålsstillingen. Allerede i en tidlig fase av intervjuet hadde de ved svar på ett spørsmål i tillegg belyst spørsmål som ville komme

senere. På denne måten følte vi at de fleste informantene styrte svarene selv, de var villige til å dele sine erfaringer med oss – og vi følte at tillitsforholdet var basert på åpenhet.

En av de viktigste grunnene til at vi valgte å gjennomføre intervjuene med enkelte standardiserte spørsmål var at flere grupper informanter fikk samme form for spørsmål slik at vi ved senere analyse av informasjonen kunne sammenligne svarene.

Intervjuet er råmaterialet for den senere meningsanalysen, og derfor er kvaliteten på det originale intervjuet avgjørende for kvaliteten på den senere analyseringen, verifiseringen og rapporteringen av intervjuet (Kvale, 1999). Våre intervjuer ble gjennomført ved at en av oss intervjuet, mens den andre gjorde skriftelige notater. Dette informerte vi informantene om på forhånd. Etter hvert intervju har vi hatt refleksjoner som vi har notert ned - i tillegg til referater som fortløpende har blitt skrevet ned etter hvert intervju. Det innsamlede datamaterialet har blitt satt sammen i forhold til spørsmål og svar som er relatert til hverandre ut fra den informasjonen vi har mottatt fra de ulike gruppene informanter.

5.4 Dataanalyse

Når innsamlingen av data er gjennomført ligger utfordringen i å få noe fornuftig ut av en stor mengde data. I følge Mehmetoglu (2004) er kvalitative analysemåter noe man forholder seg til under hele datainnsamlingen, men at denne intensiveres noe mer når datainnsamlingen er avsluttet. Med dette menes at fokuset rettes videre mot selve analysen. Mehmetoglu (2004) beskriver dataanalysen som en sirkulær prosess og en viktig del av den helhetlige sirkulære kvalitative forskningsprosessen.

I kvalitativ forskning jobber man med store mengder ustrukturerte data. Av intervjuene med våre informanter resulterte det i flere intervjuutskrifter som vi måtte strukturere. Dette kalles i følge Mehmetoglu (2004) for post- strukturering av data, som betegner at man videre må strukturere dataene i forhold til forskningens behov. For å få strukturert våre data har vi sortert intervjuene etter kategorier ut fra like relaterte spørsmål til de ulike gruppene av informanter, slik at vi videre har kunnet sammenligne funnene.

Vår forskningsdesign er et casestudium, og vår analysestrategi av innsamlet data er det Mehmetoglu (2004:128) beskriver som en prosess bestående av tre hovedfaser:

1. Intensiv analyse
2. Kategoriutvikling
3. Teoriutvikling

Intensiv analyse

Den intensive analysen danner grunnlaget for kategori – og teoriutviklingsfasene. I denne fasen har vi gjennomgått vår problemstillingen; *”Kan et økt fokus på friskfaktorer i arbeidslivet og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet”?*

Der målet med forskningen har vært å se om pilotprosjektet til Helse Nord ut fra vårt studium vil være et virkemiddel som kan iverksettes utover piloten for å inkludere de langtidssykemeldte tilbake i arbeidslivet. Fremgangsmåten vår etter å ha satt seg inn i relevant teori var å lage intervjumaler relatert til problemstillinger, teorier og referater fra intervjuene.

Kategoriutvikling

Den neste fasen er å gjøre seg kjent med dataene ved å lese gjennom og gjøre seg refleksjoner og notater underveis. Disse notatene vil ligge til grunn for organiseringen og strukturen i forholdet til de enhetene som senere skal brukes for å definere kategorier. En enhet kan representere et ord, et avsnitt eller en setning. Vi har merket av i vår analyse konsepter som vi anser som spesielle funn både positive og negative, likhetstrekk – og ulikhetstrekk fra de ulike informantene samt sett dette i forhold til teorikapitlene om Arbeidsmiljø (kapittel 2), Friskfaktorer (kapittel 3) og Virkemidler (kapittel 4). Dette har vi gjort etter transkriberingen av dataene basert på det Mehmetoglu (2004) beskriver som indikatorer på våre forskningsspørsmål og det vi har vært interessert i å kartlegge.

Teoriutvikling

Etter å ha organisert dataene til å gå til et mer abstrakt nivå som forklarer ulike aspekter av et fenomen, beskriver Mehmetoglu (2004) siste fase hvor man trekker konklusjoner som bidrar til å utvikle teoriene. I forkant og underveis ved utforming av intervjuguidene har vi bevist relatert en del av spørsmålene rettet mot allerede eksisterende teorier basert på teorikapitlene om: Arbeidsmiljø, Friskfaktorer og Virkemidler. Etter hvert har vi også utvidet og komplimentert teoriene ettersom vi har tilegnet oss mer kunnskap fra intervju til intervju. Det er dette som beskriver den hermeneutiske sirkelen; All fortolkning består i stadige bevegelser mellom helhet og del, mellom det skal vi fortolke og den konteksten det fortolkes i, mellom det vi skal fortolke og vår egen forståelse (Johannesen et. al.2004).

5.5 Ethiske problemstillinger

Det er ofte etiske problemstillinger som kan oppstå når man intervjuer. Som en del av vår studie har vi ønsket å relatere dette til FEM- faget (filosofi, etikk og miljø).

I vårt studium har vi intervjuet personer som allerede er i en sårbar situasjon på grunn av langtidsfravær fra arbeidet, og av den grunn har det vært viktig for oss å sette fokus på det moralske aspektet ved intervjuene. Gjennom deltakelse i intervjuene har vi fått tilgang på personidentifiserbare opplysninger. I forkant av intervjuene fikk våre langtidssykemeldte en samtykkeerklæring med informasjon om bakgrunn og hensikt med forskningen, hva studiet innebærer med hensyn til erfaringer med pilotprosjektet, og informantens krav til anonymitet (se vedlegg G). I erklæringen kommer det også frem at vi er underlagt taushetsplikt og har skrevet under taushetserklæring i forhold til krav om forskningsetikk, og at informasjon som blir registrert blir videre behandlet og lagret uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det er kun forsker som får tilgang til data. Det vil ikke være mulig å identifisere informantene i resultatene av studien når disse publiseres.

Mehmetoglu (2004) viser til tre etiske regler for forskning på mennesker: samtykke, konfidensialitet og konsekvenser. Når det gjelder samtykke og konfidensialitet fikk alle våre informanter informasjon - skriftlig til våre langtidssykemeldte informanter – og muntlig til alle våre informanter. Følgende ble presentert i forkant av selve intervjuene:

- Bekreftelse av samtykke
- Om konfidensialitet, anonymisering og oppbevaring av data
- Mulighet til å trekke seg – og selv avgjøre om det er tema som ikke ønskes å svare på eller gå i dybden på
- Informasjon om notatskriving ved intervjuene

Gjennom våre intervjuer har vi fulgt Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Nord-Norge (REK Nord) etiske standard for informasjon og samtykke. For å få godkjent vår forskning og vår intervjuguide har Førstemanuensis Dorthe Eide ved Handelshøgskolen i Bodø søkt REK Nord om samtykke. Dette ble godkjent fra komiteen hos REK Nord som klassifiserer prosjektet som ikke-terapeutisk samfunnsvitenskapelig forskning på friske og syke voksne. Vår del av studien er også varslet og godkjent av NSD.

Konsekvensene av en intervjustudie bør i følge Mehmetoglu (2004) vurderes med hensyn til mulig skade som kan påføres intervjupersonene. Vi opplevde ved våre intervjuer at

informantene viste en positiv innstilling til å bli intervjuet både ved brifing, under intervjuene og debriefingen etter intervjuene var gjennomført. Vi vil anta at de ulike gruppene som er engasjerte i pilotprosjektet, og de informantene som faller utenfor prosjektet og som betegnes som langtidsfriske følte at det var godt å ha lyttere som viste oppriktig interesse for deres arbeidshverdag og livsverden. Vi som intervjuet gjennomgikk mange refleksjoner i etterkant av intervjuene, men vi opplevde også at informantene ga tilbakemeldinger om at det å snakke om sin hverdag ga dem et nytt perspektiv både i forhold til sin arbeids- og livshverdag. Vi har valgt å anonymisere våre informanter, dette med unntak av prosjektleder Grete Åsvang som har lest gjennom det vi har sitert fra intervjuer med henne, og godkjent dette for bruk i studiet vårt.

Gjennom samfunnsvitenskapelig metode har vi innhentet opplysninger om virkeligheten, og analysert - slik at de opplysningene vi har innhenter har gitt oss en bredere innsikt og forståelse for aktuelle problemstillinger. Fra forberedelse, datainnsamling og analyse vil vi i neste kapittel presentere vår empiriske del av vårt studium.

Studiets kvalitet

I følge Johannesen et. al.(2004) er forskningsspørsmålet utgangspunktet for en undersøkelse og innsamling av data, og utdyper videre hvor godt – eller relevant data representerer fenomenet (det som skal undersøkes). Et grunnleggende spørsmål vil være dataens pålitelighet. Vårt studium som er avgrenset til Nordlandssykehuset er basert på innhenting av data relatert til langtidsfravær. Vi har til sammen intervjuet 14 informanter, derav tre som har langtidsfravær. Sett i sammenheng var målet til Nordlandssykehuset å få med 42 langtidsfraværende i pilotprosjektet, der de så langt kun oppnådde å få med 21 deltakere (Åsvang 2008). Våre informanter vil derfor bare utgjøre 14,2 % relatert til langtidsfravær, noe som ikke vil være generaliserbart for alle med langtidsfravær ved Nordlandssykehuset i Bodø. Selve pilotprosjektet omhandler alle Helse- nord foretakene, derfor er ikke alle deltakerne fra Bodø, men i kvalitative studier benyttes ofte andre kriterier for kvalitet. I følge Johannesen et. al.(2004) har man gjennom en strategisk utvelging av informanter på forhånd bestemt ut hvilken målgruppe forskningen skal rette seg mot for å få samlet inn nødvendig data. For oss har det vært mest hensiktsmessig å velge informanter tilknyttet pilotprosjektet ved Nordlandssykehuset.

6. Analyse og diskusjon av Friskfaktorer

I dette kapitlet ønsker vi å belyse resultatene av vår forskning på langtidsfravær innenfor Helse Nord foretaket Nordlandssykehuset. Vi har delt inn våre funn etter kategorier med påfølgende drøftelse.

På grunnlag av 14 intervjuer med relasjoner til ”Pilotprosjektet Arbeidsglede”, inkludert intervjuer av tre langtidsfriske, IA- konsulent ved Nordlandssykehuset og én IA- konsulent hos NAV fant vi 3 kategorier som vi mener er viktige for å belyse vårt forskningsspørsmål og problemstilling:

”Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?”

Friskfaktorer – og:

1. Arbeidsplassen
2. Mestringsstrategier
3. Livsmiljøet

De kategoriene vi har valgt er utarbeidet fra vår kvalitative datainnsamling. Da vår forskning kun består av et lite utvalg informanter er våre funn ikke generaliserbart i forhold til gruppen de ulike informantene representerer. På grunn av våre informanters krav til anonymitet har vi ikke forklart enkeltsiter i drøftingen relatert til langtidsfriske eller langtidssykemeldte (dette med unntak av tabell 4 om hva langtidsfriske og langtidssykemeldte legger i betegnelsen friskfaktorer). Likevel vil de ulike kategoriene være med på å belyse bestemte fenomen som kan være med på å skape forståelse og diskusjon om de funnene vi presenterer. Vi har todelt vår analysedel; I dette kapitlet vil vi belyse friskfaktorer i arbeids- og livsmiljøet, mens i neste kapittel vil vi se nærmere på pilotprosjektet og fremgangsmåten som er valgt. Vår analyse i begge kapitlene vil være basert på informasjon vi har hentet inn fra våre informanter som indirekte – eller direkte har vært involverte i prosjektet.

Helse Nord har kalt pilotprosjektet *”jakten på friskfaktorer”* der målsettingen er å motivere og engasjere langtidssykemeldte medarbeidere som sliter med helsen. Prinsippet bak prosjektet er oppnåelse av meningsfull bruk av egne ressurser og friskfaktorer som en kilde til

å styrke helsen, motivere – og gi en stabil arbeidsglede hos den enkelte arbeidstaker (www.sollan.no).

For å forstå friskfaktorer som Abrahamsson et. al.(2003) definerer med: ”en foreteelse av den enkeltes arbeids – og/eller totale livsmiljø og livsmønster for å kunne fungere optimalt, og kunne ha det bra i arbeidslivet”, vil vi videre se dette i sammenheng med våre informanternes syn på hva de betegner som friskfaktorer i livet sitt.

Det å identifisere friskfaktorer følte de fleste av våre informanter som vanskelig, spesielt langtidsfriske som ikke har vært engasjerte i Helse Nords pilotprosjekt. Gjennom intervjuene med disse informantene fikk spørsmålet om deres friskfaktorer dem til å se sitt arbeid – og livsmønster i nye perspektiver. Som en av våre langtidsfriske informanter sa ved spørsmål om hva som er friskfaktorer; ”friskfaktorer og hva som skaper positiv energi er noe man ikke tenker så nøye over når man er frisk”. Abrahamsson et. al. (2003) beskriver at det er påfallende hverdagsnære områder som føres opp som friskfaktorer. Det som vi konfronteres med daglig oppleves som mest vesentlig. Når menneskene kjenner igjen sine egne begrep og sine egne eksempler øker muligheten til å vekke deres engasjement for en fortsatt utviklingsprosess.

De langtidsfriske og langtidssykemeldte informanter satte fokus på sammenhengen mellom positiv energi i forhold til friskfaktorer:

Langtidsfriske	Langtidssykemeldte
God balanse mellom arbeid og familie	Forutsigbarhet
Sosiale relasjoner på arbeidsplassen	Arbeidsmiljø og godt kollegialt samhold
Følelsen av at en betyr noe (mening)	Press
Kan gi noe ovenfor pasientene (mening)	Mestring
Trening – være i god fysisk form	

Tabell 4: sammenheng mellom positiv energi og friskfaktorer

Man kan se ut av tabell 4 at våre informanter ikke var så ulike i synet på hva som skaper positiv energi og friskfaktorer.

Begge gruppene vektla arbeidsmiljø og godt kollegialt samhold som et viktig kriterium. Dette kan man igjen se i sammenheng med trivselsbegrepet og Herzbergs hygienefaktorer om mellommenneskelige forhold (se kapittel 2, arbeidsmiljø). Er ikke disse forholdene tilstede kan dette skape mistriivsel (Haukedal, 2006).

En viktig motivasjonsfaktor for begge gruppene var det å kunne mestre og kunne gi noe ovenfor pasientene, dette beskriver Herzberg (Haukedal, 2006) som en svært viktig motivasjonsfaktor og årsak til trivsel. Det å kunne prestere og fullføre arbeidsoppgavene, løse problemer og kunne se resultater er viktige motivasjonsfaktorer om disse er tilstede. I Abrahamsson et. al.(2003) definisjon om friskfaktorer (se kapittel 3) settes dette i sammenheng med den enkeltes arbeids- og/eller totale livsmiljø og livsmønster.

Våre langtidssykemeldte informanter vektlegger forutsigbarhet, dette kan man igjen se som en viktig faktor med hensyn til hygienefaktorer. Herzberg mener en viktig faktor for ikke å skape mistriivsel er trygghet i arbeidet.

Våre langtidssfriske informanter vektlegger balanse mellom arbeid og familie – og det er dette Abrahamsson et. al. (2003) mener i sin definisjon, for å fungere optimalt kan man ikke bare se på noen faktorer – man må se på det totale i menneskets liv uavhengig av de ulike arenaene.

Vi har videre delt inn friskfaktorene i kategorier basert på hva svarene vi fikk fra våre informanter relatert til teorier hentet fra Abrahamsson et. al. (2003) som har forsket på begrepet, samt komplimentert med andre nærliggende teorier.

6.1 Arbeidsplassen

Arbeidsplassen er ikke bare et sted man oppholder seg store deler av døgnet for å få sin lønn til å få dekket grunnleggende behov. I følge et studium gjort av Csikszentmihalyi (Haukedal 2006), ønsker de aller fleste å beholde jobben selv om de ikke trenger den av økonomiske hensyn, men samme studium viser også at flere gjerne skulle sluppet å gjøre akkurat det de holdt på med da de ble kontaktet i løpet av arbeidstiden. På denne måten har vi et flertydig forhold til det å ha en jobb. Det å ha arbeid gir tilgang på vesentlige goder, mens selve arbeidsoppgavene ofte oppleves som lite lystbetont. Vi har videre sett på arbeidsplassen innenfor helseforetaket Nordlandssykehuset med hensyn til faktorer som trivsel, sosial støtte, ledelse, tid – stress og utbrenthet og turnusarbeid. Dette er et fokus vi har satt ut fra informasjon fra våre informanter relatert til tabell 4.

6.1.1 Trivsel

I følge Abrahamsson et. al. (2003) har betydningen av hvilke følelser tanken på arbeidet vekker viktig i forhold til friskfaktorer. Det skal kjøles kult å gå på jobb, være på jobb – og tenke på jobben. ”*Latter i korridoren, at man har det gøy sammen*” mener en av våre informanter er viktige friskfaktorer sammen med ”*følelsen av at en føler seg levende ved at man kan gjøre noe for andre*”. Trivsel vil ha stor betydning i denne sammenheng. Den økende demokratiseringen og humaniseringen som har funnet sted i arbeidslivet har vært med på økende krav til arbeidslivet. I følge Haukedal (2006) er trivselsbegrepet synonymt med i hvilken grad individet føler at det får dekket sine behov i jobben med utfall i positiv valens. Dette kan man igjen se i sammenheng med arbeidsglede. Som beskrevet i kapittel 2 om arbeidsmiljø, beskriver Hertzbergs tofaktorteori sammenhengen mellom hygiene- og motivasjonsfaktorer i forhold til faktorer som kunne referere til trivsel – eller mistrivsel på jobben. I kapittel 2 om arbeidsmiljø har vi også sett på de psykologiske jobbkraav som Thorsrud og Emery (Haukedal 2006) beskriver som å imøtekomme de psykologiske behovene hos den enkelte som sammen med Hertzbergs teori fokuserer på individets trivselsfaktorer. På vårt spørsmål til våre informanter om de trivdes på arbeidsplassen: ”*Ja, absolutt, jeg har gjort dette hele livet - jeg kjenner jo faktisk ikke til så mye annet*”.

”*Ja, jeg tror dette er mitt kall. Mye på grunn av de tilbakemeldingene jeg har fått og fordi jeg trives med det. Men det med å jobbe med mennesker er ikke for alle, sånn er det bare*”.

”*Ja, det er veldig spennende. Men akkurat nå for tiden føler jeg at jeg er veldig lei av turnuslivet - kunne godt tenke meg å ha en jobb på dagtid*”.

Trivsel, motivasjon og sykefravær er faktorer som henger sammen, selv om man ikke kan legge til grunn alle trivselsfaktorene med like stor betydning for fraværet. Som en av våre informanter sa på spørsmål om hvorfor valget falt på en yrkeskarriere innenfor helsevesenet: ”*Jeg valgte kanskje dette yrket mest på grunn av det tradisjonelle. Mamma var jo sykepleier, så det ble liksom naturlig for meg å gå den veien, jeg tenkte aldri over noe annet*”. Dette kan forklares med at menneskene som selvstendige og unike individer har ulike verdier gitt fra arbeidssituasjonen og forventningene til denne (Haukedal 2006).

6.1.2 Sosial støtte

Det å bli sykemeldt er ikke bare enkelt, for mange betyr det at de relasjonene i form av kollegaer man til vanlig er vant med å møte uteblir. Man får dårlig samvittighet for den ekstra belastningen de som er på jobb møter, og det er ikke uvanlig at man får psykiske belastninger

i tillegg til fysiske årsaker for sykefraværet. I følge Roness (1996) er kollegiale og familiære forhold viktige. Det er stor forskjell om man har støtte i en vanskelig krise, eller om man står alene.

I forhold til hvordan kollegaer takler at en annen kollega blir sykemeldt mener våre informanter som følger:

”Det merkes så klart når noen blir borte, selv om vi ikke har så mye langtidssykemeldte. Korttidssyke ansatte skaper jo et ”hull” i arbeidsstaben, selv om arbeidslisten er den samme”.

”Vi blir nysgjerrige og bekymret, vi er ikke vant til det”.

”Det handler ikke bare om jobben, men om medmenneskelighet generelt”.

”Nå har det vært veldig mange syke på vår avdeling. Det blir jo mer travelt og mer å gjøre, men vi skjønner jo at det må komme, folk går og hangler i lang tid”.

I et arbeidsmiljø er betydningen av rask og ærlig kommunikasjon i gruppen for mange den mest grunnleggende friskfaktoren på gruppenivå i følge Abrahamsson et. al. (2003). Det å snakke med og ikke om hverandre er en frase som noen personer anvender for å beskrive en viktig grunnforutsetning for en vel fungerende arbeidsgruppe. Parallelt med dette er det også viktig at man stiller opp for hverandre og hjelper til i arbeidet. Som en av våre informanter vektlegger i forhold til arbeidsmiljø og trivsel, er betydningen av å stille opp for hverandre viktig: *”Det har absolutt betydning, at noen er villig til å gjøre noe for deg, da er man jo villig til å gjøre noe tilbake”.*

I følge Stein Knardahl, forskningssjef ved Statens arbeidsmiljøinstitutt og professor i psykologi ved Universitetet i Oslo (www.helsenytt.no) er dårlige psykososiale forhold, belastninger og mistriksel på jobben årsaker til sykefravær. *”Det er at folk stiller opp for hverandre, ikke nødvendigvis for sin egen del, men for å hjelpe til. Det er en god tone mellom folk her”*, mener en av våre informanter er viktige styrker for arbeidsmiljøet.

Har man mangel på arbeidssituasjonen og liten sosial støtte øker denne risikoen for sykefravær. Når man først havner i en situasjon der man blir sykemeldt er det viktig med støtten fra de nærmeste. Individet trenger næring og tilførsel utenfra for å opprettholde følelsen av å være et sammenhengende og meningsfylt jeg (www.helsenytt.no). For en av våre

informanter var det en lang prosess fra vedkommende ”møtte veggen” til kolleganene ble informert om situasjonen, da vedkommende endelig innså at dette ikke gikk lenger ble denne av kolleganene møtt på følgende måte; ” *På min jobb tok de det helt fantastisk. Da jeg først begynte å åpne meg, viste det seg at det var faktisk flere som hadde liknende historier om seg selv og fortelle. Men det var tøft i begynnelsen. Jeg følte meg mindre og mindre verdt og ytelsen ble deretter*”. Det at kollegaene stiller opp er en viktig faktor, men i forhold til helheten har også leders rolle og opptreden en stor betydning.

6.1.3 Ledelse

På organisasjonsnivå oppleves lederskap som en viktig friskfaktor. Ledelse er i følge Jacobsen og Thorsvik (2002) en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt i å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd. Avdelingsledere på sykehus er mellomledere med et overordnet ansvar for begrensede områder i organisasjonens virksomhet.

En av våre informanter beskriver som følge av ny innsikt i forhold til å endre yrkeskarriere: ” *Jeg tror man starter prosessen inni seg lenge før man faktisk gjør noe. Jeg husker da jeg skulle ha en samtale med sjefen min inne på kontoret hans, plutselig bare brast jeg i gråt og klarte ikke å holde igjen. Jeg husker så godt at han kom fra kontorstolen sin og satte seg med kaffekoppen ved siden av meg i sofaen - at han på en måte likestilte seg med meg da jeg var nede, det satte jeg stor pris på*”. Jacobsen og Thorsvik (2002) viser til at gode ledere er gode til å balansere søken mot makt med en evne til å unngå maktmisbruk, de kan håndtere mengder informasjon – formulere seg godt, og har gode fagkunnskaper. Den sosiale intelligensen har også en avgjørende faktor i forhold til relasjonen med andre mennesker. Grunnen om hvor god ledere skal være varierer, men visse egenskaper nevnes mer frekvent enn andre (Abrahamsson et. al 2003: 276):

- **Ledere som er lydhøre:**

Det å bli sett og hørt som arbeidstakere er en viktig faktor for å trives. En av våre informanter mener at der er misnøye på avdelingen med lederen fordi denne; ” *ser rett frem – det eneste som betyr noe er sykehusledelsens behov – og ikke de ansattes. Dette skaper misnøye og antydninger til boikottstemning på avdelingen blant de ansatte*. I følge Haukedal (2006) er lederstil en viktig faktor for trivsel. Ledere som tar hensyn til de ansattes behov, virker mer trivselsfremmende enn sterkt oppgaverelaterte og autoritære lederstiler. En annen av våre

informanter berømmer sin leder med; *”Vi har en utrolig god leder. Hun blir med på lønningspils, og deltar i det sosiale - og så fokuserer hun ikke på problemer, men på løsninger. Jeg hadde for eksempel lyst å ha fri i påsken, men var satt opp på flere vakter, mens uken etter påsken var min friuke. Da jeg fortalte min leder at jeg ønsket fri, ordnet hun dette, noe jeg synes var veldig greit gjort av henne”*. Thorsrud og Emery (Einarsen og Skogstad, 2000) mener at det å kunne treffe beslutninger er en viktig faktor med hensyn til de psykologiske jobbkravene (se kapittel 2).

- **Ledere som har forståelse for medarbeidernes arbeidssituasjon**

Ledere som er synlige og nærværende i det daglige arbeidet mener Abrahamsson et. al. (2003) er en viktig friskfaktor. På spørsmål til våre informanter vedrørende leders nærvær er dette et eksempel på hvordan leders utilgjengelighet oppfattes: *”Vi har hatt en del ekstra personalmøter i det siste blant annet på grunn av dette med redusert sammenhengende ferie, men leder kjører sitt eget løp, og skal ha sine ting gjennom. Vi ansatte blir ikke hørt. Derfor er det mange som rett og slett har kuttet ut å gå på disse møtene, for de ser ikke noe poeng i det”*. Hvordan arbeidet er organisert, for eksempel arbeidstid og arbeidsbelastning har betydning for friskfaktorer. Andre nevnte eksempler er lønn og lønnsbetingelser – og vekten av at et finnes en overensstemmelse mellom krav og resurser. I vårt spørsmål til våre informanter om det var stor gjennomtrekk og utskifting av personale vektla en at de som trekker fra oss, *”er guttene til fordel for andre yrker og høyere lønn”*.

For de ansatte som ikke føler at de blir sett eller hørt i arbeidssituasjonen kan dette ofte føre til en maktesløshet. Wallerstein (www.tidsskriftet.no) beskriver hvordan maktesløshet utgjør en risikofaktor for utvikling av sykdom, og hvordan empowerment på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå kan motvirke en slik utvikling. *”Det å ikke få gjort ting på den måten jeg har lært, og etisk mener er riktig, det tapper meg for mening”*. Man kan anta at opplevelse av mestring og bekreftelse fra andre ville utvikle tro på egne muligheter (www.tidsskriftet.no).

6.1.4 Tid, stress og utbrenthet

Tid fremstår som en av de fremste friskfaktorene i følge Abrahamsson et. al.(2003). Tid for ettertanke og refleksjon, tid for relasjoner, tid for å utveksle erfaringer, tid for pasienter, tid for å gjøre et kvalitativt bra arbeid.

”Det er gjerne 25 – 30 personer som skal hjelpes og som du skal gjøre noe for, det blir travelt og slitsomt”.

”Noen ganger haster vi fra den ene pasienten til den andre. Da prøver vi å forklare det for pasientene, at i dag er det veldig travelt, så jeg har ikke så god tid til å prate med deg i dag. Og det har de forståelser for, det er nå sånn det kan være”.

For mange føles det at tid er det man har minst av. Man føler ”tidsklemma” der man fra sin posisjon i livsløpet og familiesyklusen får særlig mange sosiale krav og forpliktelser rettet mot seg, fordi man skal ta seg av både arbeidsforpliktelser, barn, foreldre, hus og hjem, aktiviteter for seg selv og barn - pleie vennskap med mer. I følge en av våre informanter så er en helsearbeiders hverdag endret: *”pleie og kvalitet er blitt byttet ut med produktivitet og effektivitet”.*

I følge Frønes og Brusdal (2001) er for mye arbeid og dobbeltarbeidende familier årsaken til tidspresset. Tiden presses mellom kravene om tidsbruk som arbeid og økonomi, men tidsklemma kommer også av ønsket om det gode liv. Våre krav til realisering, kvalitet og mening er med på å presse privatøkonomien, som igjen presser tiden. Vi får for liten tid for vi søker etter så mye meningsfylt, som tar tid, og som koster penger, som det igjen tar tid å skaffe til veie.

Tid og mangel på tid er et kjent begrep i dagens effektive arbeidsliv. Som en av våre informanter sier: *”Det å aldri kunne bli ferdig med arbeidsoppgavene, og hele tiden tenke på at en skulle gjort så mye mer, det er et stress”.* Vi vil videre se på stress som en manglende grad av positiv energi og som påvirker individets stressfaktorer. Stress kommer fra latinsk og betyr *å trekke godt til/sammen* (Haukedal 2006:335).

Stress har også blitt diskutert rundt omstillingsprosesser (kapittel 6.1.6), men vi vil videre belyse dette nærmere i forhold til tidspress som igjen kan skape negativ energi og manglende arbeidsglede. Det mest vanlige er at stress blir betegnet med en negativ betydning, men stress i en mild form kan gi positive utslag ved at oppmerksomheten skjerpes og motivasjonen økes. Det mest vanlige kjennetegnet med stressbegrepet er dynamikken mellom krav og muligheter i omgivelsene.

Mennesker i arbeid opplever belastninger med resultat i stress i forhold til for eksempel mangel på tid og ens muligheter til å mestre oppgavene som skal utføres. Denne belastningen er i følge Haukedal (2006) stressorer som kan bli så sterke at en kan reagere med ubehag, angst og følelse av utilstrekkelighet, altså stress. Som mennesker har man forskjellige måter å

reagere på stressorer - tidsfrister for en person som arbeider langsomt er mer utsatt for stressorer i forhold til en som arbeider raskere.

Flere undersøkelser har vist at stress på jobben kan føre til psykiske og psykosomatiske plager som igjen øker risikoen for sykefravær (www.helsenytt.no). *"For meg er den største frustrasjonen at man aldri har nok tid"*. Årsakene til slik opplevd stress og kan være liten grad av forutsigbarhet, arbeidspress, høyt arbeidstempo, manglende balanse mellom krav og mening – og arbeidets faktiske innhold.

6.1.5 Turnusarbeid

Det å jobbe turnus (skiftarbeid) er vanlig innenfor helsesektoren.

Sykefraværet har sin årsak i blant annet sykdom, men et annet avgjørende forhold kan ha sin årsak i forhold på arbeidsplassen og skiftarbeid. I følge en artikkel i Bergensavisen (BA) (www.ba.no) sjonglerer sykepleiere i løpet av én uke mellom nattevakter, tidligvakter, dagvakter og kveldsvakter - noe som Norsk sykepleierforbund mener er en viktig nøkkel til det høye sykefraværet, gjennom å arbeide over flere år basert på døgnkontinuerlig turnusordning med hyppige brudd i sove- hvile og arbeidsrytmen. Som en av våre informanter sier: *"trivsel for yrket er til stede, men er lei av turnusarbeidet"*. I artikkelen til BA beskrives også studier der sykepleiere rapporterer om søvnproblemer, fordøyelsesproblemer og ulike helseplager, noe som resulterer i at sykepleiere står kortere i jobben enn andre yrkesgrupper, dette kan igjen sees i sammenheng med opplysning fra en av våre informanter vedrørende turnusarbeid: *"på sikt taper det folk for energi, det er det ingen tvil om"*.

En av informantene våre som nå har byttet yrke mente at: *"det med å jobbe turnus er helt pyton. Tror ikke jeg tenkte så mye over det da, men nå som jeg er ferdig med det er det jo helt himmelsk og ha fri i helgene"*. Likevel er det en del som følger yrkesvalget man har tatt, og mange liker turnusarbeid slik som for eksempel denne informanten: *"jeg kan ikke tenke meg en vanlig 08-16 jobb, jeg er blitt så vant med å ha en fridag midt i uka for eksempel at jeg synes det er helt greit"*.

Turnusarbeid og nattskift innebærer at arbeiderne er våkne når det meste av samfunnet ellers sover. Nok søvn er viktig for å kunne fungere optimalt (www.idebanken.org). Livsmønstrene endres fra å være nyutdannet, ung og søkende arbeidstaker vil man etter hvert kanskje skaffe familie - få livsledsager og barn. Som en av våre informanter sier i forhold til turnusarbeid: *"Før jeg fikk barn kunne jeg jo gå hjem og kanskje legge meg til å sove etter jobb hvis jeg var sliten. Det kan jeg ikke lengre. Nå er det full fart hjemme også"*.

I forhold til man blir eldre og etablerer seg vil begrepet *tid* gjøre seg gjeldende på en annen måte. Før hadde man tid til å være med venner, yte ekstra i jobb – og kanskje påta seg ekstravakter, men når man etablerer seg endrer gjerne ens verdier seg bort fra bare en selv til å omfatte mer de forpliktelsene man har for familie og hjem. Dette kan man igjen se i forhold til sosiale relasjoner med kollegaer. I følge våre eldste informanter vektlegges at ”*Det var veldig mye sosialt før, men etter mange år med mer og mer å gjøre er folk sliten og vi blir eldre*”., mens vår yngste informant som fortsatt ikke er bundet til barn og familieliv vektlegger betydningen av vennskap og miljø på arbeidsplassen, og poengterer at når man jobber mye og tett sammen oppstår det et vennskap som pleies både på jobb – og i fritiden.

6.1.6 Omstilling i organisasjonen

Styret i Nordlandssykehuset vedtok 14. april i år et forslag til innsparinger på til sammen 172 millioner kroner. (www.an.no).

Av innsparingstiltakene er det blant annet vedtatt at 120 årsverk skal kuttes, i tillegg til øvrig omorganisering ved sykehuset. Blant annet skal liggedøgnene ned til 25 %.

Endring i en organisasjon handler om å forflytte foretaket fra en eksisterende tilstand, til en ønsket fremtidig tilstand.

For et allerede hardt presset arbeidssted vil disse innsparingene kreve en normativ endringsledelse. Med normativ endringsledelse menes at prosessene og tiltakene mot målet presenteres som en foretrukket fremgangsmåte (Haukedal, 2006). Dette er en tradisjonell teori, som tar utgangspunkt i hvordan det ideelle bildet av hvordan ting bør fungere.

Haukedal (2006:282) nevner fem punkter som er viktig i en slik prosess:

1. Motivasjon for endring
2. Utforme en visjon
3. Utvikle politisk støtte
4. Håndtering av overgangsfaser
5. Opprettholde fremdrift.

Motivasjon

Det første punktet, motivasjon, handler om å motivere de involverte, her de ansatte, til å ønske forandring, og bidra til å nå organisasjonens mål. Utfordringen for de ulike avdelinger ledere her kan vel kanskje ses i lys av egen motivasjon. En leder forteller oss at ”*dette er et*

gammelt hus, med kummerlige trange forhold, og nedslitt utstyr". Videre forteller samme leder oss at de har det veldig tungt økonomisk med mange endringer å ta hensyn til.

Med denne lederen er ved en avdeling der sykefraværet ikke er spesielt høyt, og både leder og ansatt gir uttrykk for at det psykososiale arbeidsmiljøet er veldig godt, med høy trivsel blant medarbeiderne.

Men realiteten er at det er sårbare mennesker de jobber med. Mennesker som trenger stell, pleie og omsorg, både fysisk og psykisk. *"Ord som pleie og kvalitet er byttet ut med produktivitet og effektivitet"* sier en leder, mens en ansatt har litt av samme oppfatning, der hun forteller at hun føler at pasientene er på samlebånd, det er om å gjøre å få dem fortest mulig ut for å gi plass til nestemann. Når man føler et slikt press, er det ikke da en fare for at arbeidsgleden forsvinner? For alle våre informanter har fortalt at de føler glede ved å være til nytte, og bety noe for noen, og at jobben gir noe tilbake.

Så hvordan opprettholder man motivasjon til fortsatt endring og stadige innsparinger?

Haukedal (2006) har nevnt de mest brukte tiltakene, som orientering og informasjon om tilstanden, belønning knyttet til nye mål og påvirkning ved hjelp av en engasjerende visjon.

Visjon

Visjonen skal være bygd på det verdigrunnlaget en bedrift er bygd på. En visjon skal bygge på medlemmenes interesser, verdier og ønsker. Slik klarer man å skape engasjement og lidenskap for visjonen.

En av våre ledere sier at det er viktig å ha en visjon og holde fast ved. Samtidig gir de andre ett inntrykk av det gapet mellom hvordan man ønsker det skal være, og hvordan ting faktisk er. Selv om visjonen er en grunnleggende verditein, kan hverdagen på en helseinstitusjon være så travel at man kan få følelsen av at man ikke klarer å oppfylle visjonen. *"Å ikke få gjort ting på den måten jeg har lært, og etisk mener er riktig, det tapper meg for mening."* sier en av de sykemeldte. Mens en annen forklarer oss hvordan hun opplever å tappes for arbeidsglede ved at arbeidsoppgaver ikke blir fullført, og at tankene på alt en ikke rekker blir et stressmoment.

Politisk støtte

Det tredje trinnet i endringsfasen er å utvikle politisk støtte. Det siktes da til personer i foretaket som har innflytelse og påvirkningskraft til å påvirke de ansatte i den retningen man

ønsker. For Nordlandssykehuset betyr dette at avdelingslederne må være med på omstillingsprosessen for å kunne motivere sine ansatte. Ledere bør derfor ha en legitim rollemodell, som oppfattes som riktig av de ansatte, for å øve innflytelse på sine medarbeidere. På oss virker det som at selv om ledere jobber med knappe økonomiske ressurser har de likevel akseptert at det er sånn situasjonen er. Men en av lederne synes likevel det er vanskelig å finne balansen mellom å være arbeidsgivers representant, samtidig som man er talsmann for sine medarbeidere. Ingen av de sykemeldte er misfornøyd med sin leder, men en beskriver sin leder som konfliktsky og mener at det har skapt problemer for de ansatte. En av våre friske informanter var derimot klar i sin tale: *”Vi er egentlig ganske misfornøyde der. Lederen ser rett frem, det eneste som betyr noe er sykehusledelsens behov, ikke oss ansatte i det hele tatt. Så det er mye misnøye. Det regjerer litt ”boikottstemning” på avdelingen!”*

Det er tydelig at ved den aktuelle avdelingen vil tilpasningsdyktigheten ved omstillinger og innsparinger forringes ved at de ansatte er lite villig til *”å dra lasset i samme retning.”* Det regjerer konflikter på avdelingen, folk er slitne og lei, og informanten sier det bare et er tidsspørsmål før hun blir sykemeldt, fordi hun ikke klarer mer.

Håndtering av overgangsfaser

Dette betyr her de konkrete tiltakene som blir gjort av tiltak. Som nedbemanning, sammenslåing av avdelinger og den direkte organiseringen som må gjøres for å få dette til å fungere optimalt. I mange tilfeller der innsparinger og rasjonalisering helt nødvendig for å få foretaket i økonomisk balanse. Samtidig vil slike tiltak alltid skape utrygghet hos de ansatte. En grunnleggende tenkemåte er at *”bare det gis nok informasjon, vil det også oppstå endringer”* (Haukedal, 2006: 293) Samtidig er vi mennesker slik at vi er ikke bare rasjonelle til enhver tid, vi styres av følelser og våre etiske oppfatninger av hvordan ting bør være.

Innsparinger berører de fleste vi har snakket med på Nordlandssykehuset. Selv om det ikke nevnes konkrete situasjoner, er alle opptatt av det økte fokuset på økonomien. Frederick Taylor var en amerikansk ingeniør som lanserte teorien om *”Scientific Management”* - eller Vitenskapelig bedriftsledelse på begynnelsen av 1900-tallet (Haukedal, 2006). Taylor jobbet ut i fra at menneskene var rasjonelle skapninger, som utelukkende kunne effektiviseres på bakgrunn av økonomiske belønningssystemer. De vitenskapelige metodene hans gikk ut på at en spesialisering og rutiner av arbeidet, ville øke effektiviteten, samtidig som tidsmålinger ville gi indikasjon på hvor mye det var mulig å produsere i løpet av en dag. Ved en slik

vitenskapelig dokumentasjon ville det ikke lengre være grunnlag for uenigheter i bedrifter vedrørende akkordsystemer og lønn. Men Taylors system viste at en slik standardisering av arbeidsoppgaver og prosedyrer og fastsettelse av tidsbruk, reduserte arbeidstakernes selvstendighet. Haukedal (2006: 309) illustrerer på denne måten hvordan ”et system som representerer fremskritt og forbedringer på det tekniske området, ofte skaper nye problemer på det menneskelige planet.”

Opprettholde fremdrift

Siste punktet i tanken om den tradisjonelle endringsprosessen er å opprettholde fremdrift. I dette ligger det å utvikle nye måter å gjøre ting på, og å opprettholde ønsket adferd hos de ansatte. Men hva er nå egentlig ønsket adferd? En av informantene beskriver sin hovedoppgave som å få de ansatte til å blomstre, slik at hver enkelt yter maksimalt. Og hver og en har sin personlighet. Men alle er en del av samme gruppe – det teamet som skal samme veien, nemlig jobbe stadig mer effektivt for å oppnå gode resultater.

De faktorene her er viktige for at arbeidsplassen som arena skal oppleves som positiv, men friskfaktorer handler ikke bare om arbeidsplassen – det handler også som Abrahamsson et. al. (2006) beskriver som det totale livsmiljø. Før vi kommer inn på dette ønsker vi å se på mestring som en viktig del av det å kunne håndtere salutognese –helse.

6.2 Mestringsstrategier

Menneskets egen mobilisering for å bli kjent med egen stresstoleranse og mestring av dette vil være avgjørende i forhold til opplevelsen av friskfaktorer. Som individer er vi ulike og det å mestre arbeidet vil for noen være enkelt og uproblematisk, men for andre er betydningen av anerkjennelse og tilbakemelding stor.

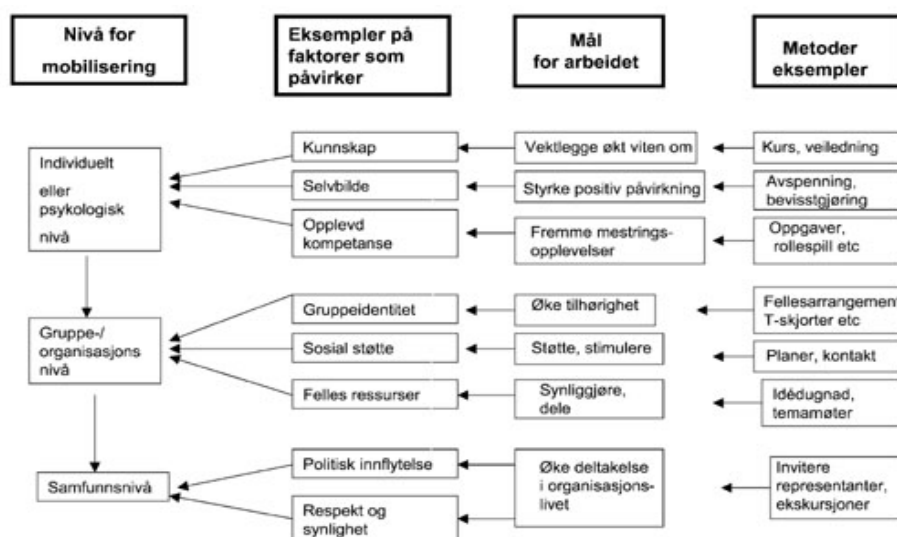
Individets personlighet er gjerne formet av den bakgrunnen man har, utdanning eller yrkeserfaring, eller sosiologiske forhold. Alle de fysiske og psykiske erfaringene man har med seg ”i bagasjen” er med på å avgjøre hvor sterk eller svak man er til å mestre omstillinger, endringer eller andre stressfaktorer som oppstår.

Mestringsstrategier kan ha stor betydning for utvikling av salutognese. Mestring innebærer hvordan en person takler eller gjenopplever en situasjon, en utfordring eller en påkjenning. Strategiene kan være alt fra konfrontasjoner, distansering, søkning etter sosial støtte eller flukt (www.sykepleien.no). Går en aktivt inn for å løse problemene, har tro på seg selv og grunnholdningen til livet er optimistisk, kan man få til mye. Det samme gjelder hvis

grunnleggende antakelse er at livet egentlig er meningsfullt, at verden kan forstås og at en har muligheten for å påvirke sitt liv. Da vil man kunne oppleve et større velvære enn andre under samme type påkjenninger. En av våre informanter mener at *”den indre driven er en friskfaktor i seg selv. Særlig når man har travle tider er den indre driven viktig. Noen ganger tar jeg meg selv i å tenke for mye på hva jeg ikke har fått gjort, i stedet for hva jeg har fått gjort! Da stresser man”*.

Når man utsettes for belastninger, settes det i gang omstillingsreaksjoner i kroppen vår. Noen mennesker opplever disse omstillingsreaksjonene som negative, mens andre bryr seg ikke (www.helsenytt.no). Det samme har ens personlighet i form av holdninger og reaksjonsmåter og at mennesker er forskjellige når det gjelder hvordan de oppfatter stressfaktorer de utsettes for, i hvilken grad de er i stand til å tåle og holde ut stress, og hvordan de reagerer på stress. Viktige faktorer her er i følge Haukedal (2006) individets tidligere erfaringer og dets personlighet. *Av og til tenker jeg på at det er så travelt, jeg må haste videre til neste pasient eller oppgave. Jeg forsøker på en måte å ”lukke meg ute”. Dessuten er det viktig å få satt seg ned og spise lunsj sammen med kolleger innimellom.*

Vi må beskrive hva som er kjennetegn på et mobilisert individ, en mobilisert gruppe eller samfunn. Vi må videre kjenne til hvordan maktesløshet og empowerment utvikles og hvilke faktorer som bidrar til denne utviklingen. Dette er vist i figur 8 under:



Figur 7: Empowerment på ulike nivåer og faktorer som påvirker (http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=606714)

Modellen viser hvordan ulike nivåer av empowerment har sammenheng med hverandre. Videre viser den faktorer som påvirker empowerment på de ulike nivåene. Kolonnene til høyre viser hvordan disse faktorene kan danne grunnlag både for mål for arbeid og valg av virkemidler og metoder for å nå målene (www.tidsskriftet.no).

Som en av våre informanter sier så er en viktig friskfaktor ” å få en bekreftelse på at du betyr noe, eller en tilbakemelding på at det du gjør er bra”. Vi vil videre se på hvordan man kan mestre arbeids- og livshverdagen ved hjelp av empowerment på både individuelt - og gruppenivå.

Som vi har vært inne på i kapittel 3 om Friskfaktorer er empowerment og styrking av grunnlaget for at helsefremmende arbeid får et større fokus i samfunnet viktig å belyse. Empowerment kan beskrives som en egenmobilisering som er nødvendig for å styrke og aktivisere menneskets egenkraft til å bli kjent med egne problemer, og for å kunne erverve seg og aktivisere nødvendige ressurser for å kunne håndtere hverdagen (www.selvhjelp.no).

Som individ har man selv et ansvar for eget problem gjennom å ta aktiv del i de endringsprosessene som gjør en i stand til å bli en aktiv deltaker i eget liv. I følge (www.selvhjelp.no) er ikke dette en prosess man nødvendigvis må gjennomføre alene, men det handler om å ta tilbake problemet som drivkraft for endring, dette i motsetning til å sitte og vente på at en ”løsning” skal komme fra andre.

”Vi var i kontakt med leder i forbindelse med de tiltakene, der guiden var med. Jeg ville ha henne med, for hun kunne lettere slå i bordet”.

”Jeg har fått hjelp fra legen min hele veien. Jeg føler at han har hørt meg. Ellers har jeg jo et godt sosialt nettverk, og det har vært kjempeviktig. Alle har vært veldig positiv og støttet opp”.

Det å kunne gå inn i egne prosesser der det blir synlig at det å eie et problem også betyr at en har kunnskap – i dette ligger gjenerobring av egne krefter. Det å være sykmeldt kan i seg selv svekke individets empowerment idet man er i fare for å utvikle en passiv, ansvarsfraskrivende pasientrolle.

En av våre informanter sier at ”det føles til tider ganske negativt å være sykmeldt. Tidligere har jeg jobbet sammen med folk som har snakket mye om meg, hvorfor jeg er sykmeldt igjen nå, noe som skaper en psykisk belastning i tillegg til det som fysisk plager meg. Og så vet jeg jo at det er en ekstra belastning for dem som er igjen på jobb”. På den andre siden føles det

stressende for de som blir igjen når kollegaene på arbeidsplassen blir sykemeldt, som en av våre informanter sier: *”Stress er en stor belastning på arbeidsplassen – å føle at man ikke strekker til - fordi summen av arbeidsoppgaver er der hele tiden, så hvis jeg ikke får gjort noe, er det noen andre som må gjøre det”*. Mange har liten tro på sin kunnskap om egen funksjon og situasjon, og lytter til ulike spesialisters vurderinger og forslag til tiltak. Over tid kan tilværelsen bli fremmedgjørende, preget av manglende kontroll og ansvar. Dette kan svekke tilliten til egen evne til å vurdere muligheter og ressurser. *“I den jobben jeg hadde kunne jeg ikke gjort noe for å forebygge det som kom. Hadde jeg kunnet skrudd tiden 15 år tilbake hadde jeg kanskje valgt et annet yrke. Jeg kan jo det nå og, jeg trenger jo bare noen kurs, men det virker litt tøft å gjøre det, med små barn og alt*. Troen på at man kan klare arbeidet kan avta. En uklar selvforståelse vil i tillegg kunne utydeliggjøre kommunikasjonen med hjelpende instanser (ledere, ansvarlige for helse og miljø, helsetjeneste og trygdeetat). Ofte medfører situasjonen isolasjon og begrensning av muligheter til å delta i et fellesskap og utvikle empowerment på gruppenivå.

6.3 Friskfaktorer i livsmiljøet

Friskfaktorer på individnivå i livsmiljøets omgivelser berører spesielt relasjoner, meningsfull fritid, helse og økonomi. Mange beskriver fungerende ekteskap, friske barn som det går bra for, gode relasjoner med venner, fritidsaktiviteter og fysisk trening, tid til å kople av og hente inn seg selv, samt økonomisk trygghet som viktige friskfaktorer i følge Abrahamsson et. al. (2003). For en av våre informanter er en viktig friskfaktor: *”At jeg er i fysisk bra form, mye trening. Og så tror jeg det spiller en stor rolle mentalt sett at jeg er godt gift. Det gir en trygghet og ha noen å støtte seg til i hverdagen”*. En annen av våre informanter mener dette: *”Trening gir meg energi, men jeg føler ikke for tiden at jobben gir meg energi, jeg får energi hjemme hos mann og barn og på hytta”*. Fritiden er et velferdsgode i følge Frønes og Brusdal (2001) og kan defineres som den tiden som er igjen etter at arbeid, utdanning, reiser, omsorgsforpliktelser og biologiske behov er dekket. I 1950 tok den første bedriften i Norge lørdagsfri. Fritiden er den tiden man kan dyrke egne interesser og har muligheter til rekreasjon. Det å ha fri er et levekårsgode, og hva vi fyller fritiden med er valg knyttet til vår livsstil og vår horisont.

De ulike livsfasene er endret gjennom de livsbetingelsene som tilbys. Gode pensjoner og god helse har ført til at pensjonistalderen har økt, og man snakker om de unge eldres friperiode som den siste tiden av livet. Utdanningsløpet er også forskjøvet, man etablerer familie senere,

og den yrkesaktive perioden har blitt presset sammen. Også her har fritiden økt, men samtidig er bildet mer uklart: Også fritiden er blitt fylt med forpliktelser. Frønes og Brusdal (2001) mener at det mange betegner som fritid, ikke er fritid, men forpliktelser. Forpliktelser til for eksempel å kjøre barn på aktiviteter, gå på kurs – eller være sammen med eldre familiemedlemmer. Tidsklemmene oppstår ikke bare fordi man pålegges så mange oppgaver, men også fordi vi ønsker oss så mye – fordi vi krever mening. Fritiden er den tiden som gir oss mening gjennom handlinger den tiden vi gjør dem – ikke på grunn av at den gir oss penger eller bidrar med noe annet. Så lenge man ser mening i de handlingene en gjør vil ikke denne tiden føles som ”meningsløs”. Som en av våre informanter sier: *”Livet er en totalpakke. Det gir oss ulikt fokus. Vi går gjennom naturlige faser. Endringer i private sfærer påvirker oss, og det tar vi med oss på jobben. Når man opplever at man har medarbeidere som ikke er helt engasjert eller litt utenpå seg selv, er det leders plikt eller rettighet til å ta en prat med vedkommende”*.

For å skjønne friskfaktorene og individenes egne behov er det i følge Abrahamsson et. al. (2003) viktig å se at det er en balanse mellom kropp og sjel – en balanse mellom arbeid og fritid – og en balanse mellom krav og ressurser. Som en av våre informanter utdyper som en viktig friskfaktor: *”Det er viktig å finne en balanse mellom arbeid og fritid”*. Som ledere, som kollegaer, som familiemedlemmer og venner – man må se på mennesket med et holistisk menneskesyn. Menneskene er ikke delt inn i en arena for arbeid og andre arenaer i forhold til hvem de er og hva de presterer – mennesket er en helhet bestående av alle arenaer. Fungerer disse vil positiv energi, friskfaktorer og arbeidsglede være tilstede. Som Abrahamsson et. al. (2003) viser til i sitt resultat av forskning på friskfaktorer: Man må se på menneskets totale livsmiljø, for å skape de beste forutsetningene for å kunne fungere optimalt, utvikles og ha det bra, både i forhold til mentalt velbefinnende, forutsigbarhet og følelse av sammenheng (KASAM). Antonovskys teori om KASAM (følelse av sammenheng), inntar et forskningsperspektiv som fokuserer på årsakene til helse og det friske i stedet for det motsatte (Johnsson et.al.2006).

Antonovsky stiller spørsmålet om hvordan så mange mennesker som utsettes for all slags utfordringer fortsatt holder seg friske?

”På vår avdeling er det mye utbrenthet. Vi har lite bemanning, folk jobber som gale, de er fed-up og veldig slitne. Det går også mye på prolaps, og problemer med rygg, nakke og knær”.

”Det er klart at sjansen for sykefravær er større dersom du ikke trives eller føler at du ikke mestrer oppgavene. Våkner du en morgen og er litt i dårlig form, er det mye større sjanse for at du ringer og sier at du er syk, enn hva det ville vært hvis du gledet deg til å komme på jobb”.

”Vi hadde en diskusjon på jobb om dette for et par uker siden. Vi snakket om at de som går rett fra videregående og til sykepleier utdanningen ikke har den fjerneste anelse om hva de går til. Å være sykepleier er mer enn bare å gå rundt i gangene og dele ut medisin. Det er fysisk tungt på grunn av alle løftene og at du er i bevegelse hele tiden, plutselig er det en hjertestopp og du må bare løpe, så er det samtaler med pårørende eller pasient som kan føles veldig psykisk tungt. Det de fleste unge nyutdannede opplever er at det de lærte i praksis og det de møter når de faktisk kommer i arbeid er to forskjellige ting. Man må være i god form, både fysisk og psykisk. Trening for kropp og sjel er viktig.”

Ut i fra fokus på helsens utspring fortsetter han spørsmålet: hvorfor havner noen mennesker ved den positive polen i dimensjonen, helse - uhelse, eller hva får dem til å flytte seg mot denne pol uansett hvor de befinner seg på skalaen? Antonovsky, etter flere omfattende empiriske studier presenterer at *følelsen av sammenheng* er en veldig viktig faktor bak muligheten til å opprettholde sin posisjon på en skala mellom helse og uhelse – og å kunne bevege seg mot den friske pol. Antonovsky mener at den motivasjonsskapende komponenten *meningsfullhet* er den viktigste for følelsen av sammenheng. Uten den blir antageligvis verken høy begripelighet eller høy håndterbarhet særskilt langvarige. De menneskene som er engasjerte og tar ansvar har også alltid mulighet til å vinne forståelse og finne de ressursene som trengs. Derfor er antageligvis i følge Antonovsky begripelighet den viktigste komponenten etter meningsfullhet – da høy håndterbarhet i ulike sammenhenger krever forståelse.

Vi vil videre i neste kapittel av vår analyse belyse pilotprosjektet til Helse Nord der vi vil fremlegge vår problemstilling med hensyn til: *”Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?”*

7. Jakten på friskfaktorer via karriereveiledning

Vi vil i dette kapitlet belyse pilotprosjektet som Helse Nord har iverksatt for å få langtidssykemeldte tilbake til arbeidslivet.

Som i vår analyse om friskfaktorer vil også dette kapitlet være basert på den informasjonen vi har innhentet av våre informanter tilknyttet Nordlandssykehuset og pilotprosjektet.

7.1 Formål og bakgrunn

En forsterket sykefraværsoppfølging som bidrar til at flere langtidssykemeldte innenfor Helse Nord- foretakene ved hjelp av bistand for å komme tilbake til arbeidslivet, er formålet med prosjektet; Prosjekt Arbeidsglede - ”jakten på friskfaktorene”. Dette gjennom å bevisstgjøre individets friskfaktorer som kan løses i eksisterende jobb, - på jobb eller i fritiden (Åsvang, 2007 - prosjektskisse).

I følge våre informanter er dette det de mente var formålet med prosjektet:

”Jeg så på ett av formålene med prosjektet å få meg mer stabil i jobben min. Sånn som det har vært de siste årene har jeg jobbet i nitti prosent stilling, men i gode perioder har jeg gått tilbake til hundre prosent. Så blir det overtid - og så blir det for mye for meg med en gang, og dermed er jeg tilbake til sykefravær”

”Å finne friskfaktorer, både i jobb og privatliv”

”De fleste som er sykemeldte vil tilbake til avdelingen, og da synes jeg det blir litt bak mål og kartlegge interesseprofiler og finne andre typer jobber”

”Sånn som jeg har forstått dette er det ikke å fokusere på hva som gjør at man blir syk, men hva som gjør at man blir frisk”

”Jeg tror de ønsker å få folk til å trives på jobb, og bli mer bevisst på hva de vil. Jeg opplevde i hvert fall dette som noe positivt”

”Det vet jeg ikke”

Prosjektets mål er å finne ut av hva man skal få til gjennom prosjektet/ prosjektperioden (<http://ri.hive.no>). I følge Jacobsen og Thorsvik (2002:42) kan et mål defineres som *en*

beskrivelse av en ønsket fremtidig tilstand. Prosjektet til Helse Nord har som mål å få medarbeidere som sliter med helsen tilbake til arbeidslivet, der en vesentlig faktor er å få individene selv til å ta ansvar for egen helse. Hovedfokuset vil være hele individet, med en hensikt å oppnå følgende resultat og tiltak i prioritert rekkefølge (Åsvang, 2007 - prosjektskisse):

1. Tilrettelegging for arbeidstakere i nåværende jobb
2. Tilrettelegging for arbeidstakere i nåværende bedrift
3. Bistand til arbeidstaker som finner ut at en må gjøre noe annet for å få tilbake helsen og arbeidsgleden

Helse Nord's pilotprosjekt setter søkelyset mot det hele individet i foretaket. Det kan også synes som om delmålene er å få ned kostnadene som langtidsfraværet koster ved å fokusere på de langtidssykemeldte som helhet uavhengig av arenaer i livene deres.

7.2 Årsak til fravær

Mangelen på resurser innebærer en større belastning for dem som er igjen på jobb. Vi har tidligere diskutert utbrenthet som en viktig faktor for langtidsfravær (kapittel 2), men dette er også et viktig tema i forhold til underbemanning. I media leser man om innsparinger og kutt av årsverk innenfor Helseforetakene. For våre informanter har den dårlige økonomien innenfor deres arbeidsplass skapt effekter som resultat av uforutsigbarhet og manglende ressurser:

”Sentrale funksjoner blir kuttet ned på, så man får mer og mer ansvar”

”Man ønsker jo å få folk til å yte maks, for ressurser er jo en knapphet”

”I fjor var for eksempel en forferdelig sommer, under ferieavviklingen og manglende vikarer, det var et voldsomt arbeidspress”

”Vi er konstant underbemannet. Vi får jo inn en del svenske sykepleiere gjennom Nurse partner, og noen av dem som er mye hos oss er jo veldig flinke, men de som er lite hos oss, krever mye opplæring og vi bruker ekstra mye tid på dem. Kanskje de heller kunne gitt oss ekstra lønn for å ta ekstravakter i stedet? Det koster jo å leie inn sykepleiere fra Sverige, de skal jo dekke reiseutgifter og opphold, og i tillegg tror jeg de får mye bedre betalt enn oss.

Paradokset med prosjektet er at man ønsker å få langtidssykemeldte tilbake i arbeid, samtidig som andre prosjekter har fokuset rettet mot kostnadsutt innenfor helseforetakene. Oppnår man gjennom prosjektet å få langtidssykemeldte tilbake til arbeid, kan dette likevel resultere i en ond sirkel der disse eller nye vil gå ut i langtidsfravær. Dette på grunnlag av at knappheten på resurser. Maslachs modell om utbrenthet og stress (www.traumepsykologi.no) kan forklare dette med at en kommer i en situasjon med mangel på resurser til å møte kravene fra omgivelsene. I følge Abrahamsson et.al (2003) er en selvsagt friskfaktor rimelig bemanning. Det må finnes nok resurser og rett utrustning for at arbeidet skal kunne utføres. For at ideen om helsefremmende sykehus skal kunne realiseres, er personalets helse og trivsel en avgjørende faktor. Ikke minst når sykehusene utfordres til hele tiden å være i bevegelse i møte med endringsbehov på ulike fronter, stiller dette store krav medarbeiderne. Dette gjelder både faglige kvalifikasjoner og samarbeidsevne, men også helse og overskudd til en krevende arbeidsdag og til å tenke nytt. Om det blir et gap mellom den optimale arbeidssituasjonen og hva som er situasjonen på mange sykehusavdelinger vil dette resultere i slitne personale og stort sykefravær blant mange av yrkesgruppene (www.sykepleien.no).

7.3 Deltakere og målgruppen

Målgruppen for prosjektet er langtidssykemeldte som har vært sykemeldt i mer enn 56 dager, der den ordinære sykefraværsoppfølgingen ikke har hjulpet, slik at de har kommet tilbake i gjentatte sykefraværsperioder (Åsvang, 2007 - prosjektskisse).

I følge prosjektleder Åsvang (2008) ble det høsten 2006 i forbindelse med arrangement av regionale fagdager HMS, der sykefravær var ett av temaene, satt fokus på å finne gode tiltak eller prosjekter med sykemeldte som målgruppe med fokus på individ – ikke generelt.

Gjennom kartlegging av interesseområdet ønsker vi å finne hva som motiverer den enkelte og hva som skal til for at de skal komme tilbake til arbeidskvalitet og livskvalitet.

Erfaringsmessig kan en ha det bedre med en eksempelvis muskelskjelettplage om en har positiv balanse mellom friskfaktorer (motivator) og lekkasjer (det som tapper en for energi).

Åsvang forteller at under veiledningen ser vi på om utdanning og yrkeserfaring er i tråd med interesseprofil, for å se om det kan være ”hull” der.

Ved spørsmål til våre informanter om man kunne se forskjell i forhold til profesjoner og sammenheng med fravær fikk vi følgende informasjon av våre informanter:

”Ja, legene har absolutt lavest sykefravær. Vi har mange utfordringer og høy grad av autonomi, mens for eksempel de som jobber på skriverstua, som har sekretær oppgaver og sitter og skriver og jobber i samme stilling hele dagen, er mye borte fra jobb pga. sykdom”.

”Har ikke opplevd at leger er så mye syke. De er jo blitt leger fordi de har fulgt et ”kall”. Men så er det faktisk mest sykepleierne som får det største trykket. De opplever press fra legene, fra pårørende og pasientene og har det emosjonelle presset, mens hjelpepleierne har de fysiske tyngste oppgavene”.

”Vi har ikke hjelpepleiere på vår avdeling, men der jeg var før hadde vi jo det. Hjelpepleierne som var der da, er der enda, mens det er større gjennomtrekk på sykepleiere. Det kan vel være fordi det er vanskeligere for hjelpepleierne å skifte jobb innad på sykehuset, mens sykepleierne lettere kan rullere mellom jobber”.

”Det er stor forskjell på leger og sykepleiere. Leger har nesten ikke sykefravær. Men jeg ser ikke forskjeller mellom hjelpepleiere og sykepleiere”.

”Tidligere hadde leger aldri sykefravær. Jeg synes det har forandret seg litt nå. Nå er de hjemme med syke barn”

”Ja, uten tvil. Psykologer og leger er helt og holdent fraværende. De mener kanskje de har såpass høy utdannelse at de har en lett vei til andre steder og jobbe, jeg vet ikke, dette blir jo bare synsing. Men ellers er det både sykepleiere, hjelpepleiere, bioingeniører og ambulansesjåfører. Men mest sykepleiere tror jeg”.

”Vanskelig å si, har en god blanding faktisk, men ingen leger”.

Man kan se her at det er at våre informanter ser et skille mellom profesjonene og sykefravær. Når man jobber innenfor et helseforetak som for eksempel sykehus er det en kohesjon mellom de ulike rollene de ulike profesjonene representerer. Som en av våre informanter sier: *”Leger har fulgt et ”kall”, ” sykepleierne som får det største trykket og opplever press fra legene, fra pårørende og pasientene og har det emosjonelle presset, mens hjelpepleierne har de fysiske tyngste oppgavene”.*

I følge Helse Nord (Åsvang, 2008) har Nordlandssykehuset følgende profesjon høyetts fravær av 219 personer med fravær over 56 dager:

Bioingeniører = 6 stykker

Helsesekretærer = 6 stykker

Ambulansesjåfører	=	10 stykker
Sekretærer	=	13 stykker
Hjelpepleiere	=	16 stykker
Sykepleiere	=	28 stykker

Om det har en sammenheng med legers kall, sykepleiernes press og hjelpepleiernes fysiske belastninger kan vi ikke bekrefte, men i forhold til at fraværstatistikken til Nordlandssykehuset viser denne minimalt fravær blant legene i forhold til de som jobber i pleieyrket.

I følge (www.sykepleien.no) har en fast sykepleier det helhetlige ansvaret for planlegging, utøving og evaluering av den daglige pleien til en bestemt gruppe pasienter fra innkomst til utskrivning. Dette er basert på en ”care, core and cure- modell” Lydia Hall utviklet for sykepleie. For pasienten innebærer modellen færre personer å forholde seg til, mer kontinuitet i pleien og større mulighet til medbestemmelse enn tradisjonell gruppesykepleie. For sykepleieren medfører primærsykepleie selvstendig og individuell planlegging og utøving av faget. Sykepleieren har et koordinerende ansvar i samarbeidet med andre helsearbeidere. I følge modellen er den pasientansvarlige legen fast medisinskfaglig kontaktpunkt under sykehusoppholdet i tillegg til å koordinere behandlingen.

I følge (www.sykepleien.no) har cure- tradisjonen helse, helbredelse og uavhengighet som mål der medisinsk behandling er viktig. Sykepleiers rolle blir ved kroniske smertepasienter medikamentell behandling som består av kartlegging, administrering, evaluering og eventuelt endring av behandling. Care- tradisjonen kommer under det lindrende aspektet. Denne tradisjonen inneholder omsorg, hjelp og støtte. I følge (www.sykepleien.no) går det lindrende aspektet tilbake til Florence Nightingale som var spesielt opptatt av omgivelsenes betydning, med helhetlig observasjon og pleie.

I forhold til sykepleierens høye fravær kan man i modellen til Lydia Hall se at arbeidet er preget av emosjonelt arbeid. Man skal ikke bare medisinere i sin yrkesutøvelse, men også gjennomføre ikke- medikamentelle metoder som bygger på tradisjoner som i følge www.sykepleien.no går ut på at oppmerksomheten fra smertefølelsen flyttes til andre opplevelser som for eksempel hørsel, syn, berøring og bevegelse.

Emosjonelt arbeid og utbrenthet henger sammen, man viser et følelsesmessig engasjement i yrket sitt – og i følge Haukedal (2006) rammes dette ofte mennesker som jobber innenfor pleieyrker.

Vi har tidligere vært inne på at muskel- og skjelettlidelser og utbrenthet utgjør en stor del av langtidsfraværet. For organisasjonen er det viktig at det inntreffende sees på som en advarsel, og at man ser over arbeidsorganisasjonenes med fokus arbeidsrelatert stress og det mentale miljøet. På denne måten kan man være med på å forebygge fremtidige fravær - og i tillegg ivareta det enkelte individet som en ansatt er. Pilotprosjektet har i sin målsetting satt et individfokus, og sett fraværet i sammenheng mellom de som utsettes for muskel- og skjelettlidelser og belastninger i et arbeidsmiljø en ikke trives i, eller med oppgaver som oppleves som veldig stressende. Vi vil videre se på hvordan pilotprosjektet har nådd frem til sine deltakere i form av informasjon.

7.4 Informasjon

Når et prosjekt startes opp er det viktig at informasjonen mellom prosjektledelse og målgruppen er god. Helse Nords pilotprosjekt og Nordlandssykehuset har hatt som mål å nå 42 langtidsfraværende deltakere – de greide kun å nå halvparten, 21 stykker. En av våre informanter legger følgende til grunn for at informasjonen ikke har nådd godt nok frem: ”*Det virker som om sykemeldte er skeptiske til å være med i prosjektet. For det første er dette helt nytt, for det andre må de være villige til å gjøre noe med situasjonen selv*”. Prosjektet har i forkant av prosjektoppstart sendt ut skriftlig informasjon til avdelingsledere med langtidsfraværende innenfor Helse Nord- foretakene. I følge Aakerøe (2004) kan man beskrive skriftlig informasjon som en enveiskommunikasjon. Denne kanalen egner seg ofte best til saksorientert og litt upersonlig informasjon. Våre informanter som ikke har vært direkte involverte i prosjektet har ikke hørt om prosjektet før vi tok kontakt med dem. Dette til tross for at Helse Nord har brukt intranett og media hyppig for å formidle prosjektet. Prosjektleder (Åsvang, 2008) mener at årsaken til at informasjon ikke har nådd frem er uklart, men at en av grunnene til at bare 50 % er med:

”Kanskje at lederne er skeptiske, og de sykemeldte også, det er opp til hvert enkelt foretak å bestemme hvordan de ansatte skal informeres om ulike ting. Vi publiserer via Helse Nord Nytt, som er krysspublisert til alle foretakenes intranett. Vi er imidlertid et stort foretak med mange enheter, så det er klart informasjonen kan ha stoppet opp enkelte plasser. Informasjon

er en utfordring. Vi konkurrerer med den store informasjonsmassen medarbeidere utsettes for i hverdagen. Jeg vet om ledere, der deres sykemeldte var motvillig til å delta i prosjektet, og lederen følte at han ikke hadde nok bakgrunnsinformasjon eller kunnskap om metoden i prosjektet, til å motivere den ansatte. Men nå er det sånn at foretaksledelsen har forankret prosjektet, slik at det ikke er tvil om at sykehusdirektørene er kjent med det. Men vi ønsker å finne ut hvor informasjonen stopper opp”.

Hva som kan være årsaken til at informasjonen ikke har kommet bedre frem er vanskelig å ta stilling til, men i dagens samfunn opplever mange i følge Abrahamsson et. al. (2003) en form for informasjonsstress. Med dette menes at vi forventes å henge med i all den intense informasjonsoverfloden som strømmer via ulike kanaler. Vi skal også henge med i den tekniske utviklingen der informasjon og tjenester tilbys elektronisk via e- internett samtidig som ikke alle har samme tilgang og muligheter til å benytte disse informasjonskanalene. En av våre informanter bekrefter at; ” *mye av informasjon som kommer fra leder er per e-post, og hvis man ikke leser denne hver dag er det lett for at man går glipp av informasjon”.*

I forhold til pilotprosjektet har de gitt informasjon ut via intranett, medier, og til ledere som har hatt som oppgave å formidle dette til deltakere som kommer under målgruppen langtidssykemeldte.

Vi vil nærmere se på leders rolle med hensyn til informasjon - og i forhold til sin rolle som leder på avdelinger som har stort fravær - og de daglige oppgaver som normalt foreligger denne stillingen. I tillegg vil vi se nærmere på de funn vi har gjort i forhold til leders plikter for å forebygge langtidsfravær – og ivareta de ansatte som allerede er blitt satt ut av arbeidslivet i forhold til sykemeldinger.

7.5 Ledelse

Organisasjonen består først og fremst av mennesker og grupper av mennesker, man kan si at når organisasjonen har mål, er det fordi noen mennesker formulerer målene på vegne av organisasjonen. I følge Selznick (Jacobsen og Thorsvik, 2002) bringer de ansatte med seg mål og holdninger når de rekrutteres til organisasjonen, og det er viktig at man styrker og bygger opp interessen for organisasjonens mål blant de ansatte slik at man jobber mot et felles mål. Abrahamsson et.al (2003) beskriver som en viktig friskfaktor at alle trenger følelse av sammenheng – vi må kunne se målet av det vi holder på med - og det er viktig at man forbedrer den interne informasjonen.

Målet til prosjektet er å få langtidssykemeldte tilbake i arbeid, og her har leders rolle vært av betydning i forhold til å rekruttere aktuelle deltakere fra sin avdeling med i prosjektet.

Hvordan prosjektet har blitt formidlet fra ledere til ansatte er avhengig av kommunikasjonen mellom partene. For de langtidssykemeldte ble informasjonen om prosjektet gitt av deres ledere:

”Jeg har vært sykemeldt siden i fjor, men før det var jeg mye sykemeldt i kortere perioder av gangen. Det var avdelingsleder som foreslo dette prosjektet for meg”.

”Jeg skjønnte vel egentlig ikke hva det gikk ut på, men jeg gikk inn idet med åpne armer og var klar for det meste”.

”Fikk vite gjennom avdelingsleder at jeg var valgt ut, så fikk jeg litt informasjon om prosjektet skriftlig. Jeg var en av dem som har vært sykemeldt lengst, så det var vel derfor jeg ble valgt”.

Kommunikasjon kan i følge Aakerøe (2004) defineres som en handling kjennetegnet av en avsender som ønsker å gjøre noe kjent for en mottaker.

7.5.1 Kommunikasjon

Kommunikasjonsproblemer er vanlig i organisasjoner. I følge Jacobsen og Thorsvik (2002) går kritikken i stor grad ut på at kommunikasjon mellom ledere og ansatte er for dårlig.

Kommunikasjonsproblemer innebærer at ledere eller ansatte ikke mottar den informasjonen de mener de har behov for. Lederne for helse Nord foretakene mottok informasjon om prosjektet der det ble beskrevet at *”det er viktig at du som leder bidrar til å motivere din medarbeider, under trygge forhold, til å delta. Vi ønsker å profilere dette som det unike tilbudet det er i å få muligheten til å identifisere sine friskfaktorer og videre få hjelp til å passe dem inn i sitt liv”*(Helse Nord, 2008). En forutsetning for at sykemeldte skal kunne delta i prosjektet er at leder har deltatt på lederseminar med konsulentfirmaet Sollan, men en av våre informanter sier likevel: *”Jeg har ikke satt meg så veldig inn i dette prosjektet, jeg vet bare at det har vært nyttig for min ansatt”.* Lederne vi snakket med fikk informasjon på følgende måte: *”Det var i ett fellesfora på medisinsk avdeling. Så var jeg på opplæringsdag med Sollan og Helse Nord”.* På seminaret ble det gitt utfyllende informasjon og kunnskap om prosjektet og arbeidsmetoden, i tillegg ble det i brev til ledere med presentasjon av pilotprosjektet vektlagt leders ansvar til å motivere medarbeidere, under trygge forhold, til å delta i prosjektet (Åsvang, 2007 - infobrev til ledere).

7.5.2 Hva er ledelse

En leder er i følge Jacobsen og Thorsvik (2002) en spesiell atferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenkning, holdning og atferd – og først og fremst en prosess mellom mennesker, hvor utøvelsen av ledelse tar sikte på å influere andre. Som mellomledere på sykehusavdelinger utgjør dette begrenset ansvar av organisasjonens virksomhet. Som våre informanter mener om ledelse:

”Jeg oppfatter ledelse som i stor grad å være talsmann for mine medarbeidere, ivareta deres behov. Samtidig er jeg arbeidsgivers representant. Jeg gjelder å finne balansen der, men hovedsakelig er jeg medarbeidernes talsperson”.

”Det er stor forskjell på hvordan det er, og hvordan man skulle ønske det var her. Og det går ikke bare på det økonomiske, det går på beslutningsmyndigheter. Vi ser jo at det er tiltak som må gjøres, men de blir som regel stoppet, av økonomiske årsaker”.

”Jeg er jo en mellomleder. Ansvar er tre - delt. Det er det administrative området, og hvordan organiseringen skal være, slik at det skal fungere optimalt. Og så er jeg faglig leder i forhold til det rent praktiske”.

”Jeg tror at filosofien om ledelse ikke handler så mye om hva jeg kan, men mye om hva jeg kan få medarbeiderne til å gjøre”.

”Man ønsker jo å få folk til å yte maks, for ressurser er jo en knapphet”. Som mellomleder her føler jeg at jeg blir litt skviset mellom medarbeiderne og driftsledelsen. Jeg liker mennesker, og det tror jeg er veldig viktig når man skal være leder”.

”Som leder er det at jeg jobber tett innpå medarbeiderne. Det gjelder å finne den grensen på hvor tett jeg kan være, samtidig som jeg prøver å stå litt utenfor helheten. Det er en liten avdeling, jeg blir brukt mye som veileder og rådgiver, og jeg sier sjeldent nei. I tillegg går jeg inn og dekker sykefravær, det kan være vanskelig”.

Avdelingsledere på sykehus kan i følge Haukedal (2006) betegnes som en operativ ledelse som møter sine ansatte gjennom daglig ”ansikt - til - ansikt” – kontakt, og det stilles derfor krav om menneskekunnskaper og psykologisk innsikt. Det gjelder særlig forhold som motivering – å legge forholdene til rette for trivsel og videre utvikling, etablering av gode samarbeidsforhold med mer. Abrahamsson et. al. (2003) mener at det å inngå et fellesskap er

en viktig del av friskfaktorene. Ingen har det bra av tidspress og utilstrekkelig tid for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver med høy kvalitet.

Makten over arbeidet har blitt forskjøvet langs to veier; for det første har kravene om produktivitet og effektivitet bygd opp nye organisasjonsmodeller og en ledertenkemåte for å styre organisasjonen mot gitte mål. Det tradisjonelle lederskapet innen foretaket og arbeidsorganisasjonen har brutt sammen. Brist på lederskap - vanskeligheter med å sette grenser, og bristende kommunikasjon blir i større utstrekning faktorer som negativt påvirker arbeidsmiljøet og helsen (Abrahamsson et. al.2003).

7.5.3 Situasjonsbestemt ledelse

I følge Haukedal (2006) er ledelse situasjonsbestemt. Dette betegner Jacobsen og Thorsvik (2002) med at ulike situasjoner krever ulike lederstiler for at resultatet skal være effektivt. For å være effektiv må lederen alltid tilpasse atferden til de personene som skal ledes. Forholdet mellom leder og medarbeider er det viktigste trekket ved situasjonen med kriterier om i hvilken grad lederen er akseptert av medarbeiderne – og hvor godt samarbeidsklimaet er.

For en av våre informanter er forholdene til leder dårlig; *”Leder ser rett frem, og det eneste som betyr noe er sykehusledelsens behov, ikke oss ansatte i det hele tatt, så det er mye misnøye. Det regjerer litt boikottstemning på avdelingen”*. Dette gjelder også kommunikasjonen mellom leder og ansatte, og de ansatte føler at leder *”kjører sitt eget løp, lederen skal ha sine ting gjennom – og vi blir ikke hørt”*. Tidligere statsminister Kjell Magne Bondevik etter sin sykdomsperiode med diagnosen ”depressiv reaksjon” sa at han ønsker å føye inn i lovverket en ny bestemmelse om at alle har rett til ”å bli sett”. En av våre informanter mener dette er en viktig friskfaktor: *”For min egen del er det at man føler seg verdsatt på jobb. Man er alle brikker i ett puslespill, men jeg vil være en viktig brikke, og bli sett og hørt! Og at man føler at man utvikler seg, både faglig og som menneske”*. I følge Sørensen og Grimsmo (2001) viser en arbeidsmiljøundersøkelse at de som ikke trives, nettopp ikke blir sett. Et friskt arbeidsliv forutsetter ordnet og regelmessig tilbakemelding - vi behøver å bli sett og få feedback. Vi behøver å vokse og utvikles i jobben. Alle får det bra av å få oppmerksomhet og bekreftelse i forhold til det man gjør (Abrahamsson et. al.2003).

7.5.4 Sykemeldte medarbeidere

Når en ansatt – eller flere har blitt sykemeldt medfører dette ofte underbemanning og omrokking av de gjenværende resursene for at det daglige arbeidet skal bli gjennomført. Et helseforetak har døgkontinuerlig aktivitet, og det lar seg ikke gjennomføre ”å stenge” avdelingen på grunn av personalets sykdom. En av våre informanter mener at i forhold til sin rolle som leder skaper det problemer når man får beskjed om fravær; *”Realiteten er at folk ringer om morgenen og sier de er syk - da må jeg omorganisere dagen og får derfor ikke gjort alt jeg skulle. Det er klart det er begrensninger. Jeg vet jo hva vi er nødt å få gjort i løpet av en dag. Det gir ikke rom for så mye annet – man kunne trengt ekstra ressurser.*

Som leder har man mange administrative oppgaver, som våre informanter har opplyst: *”Talsmann for mine medarbeidere, ivareta deres behov. Samtidig er jeg arbeidsgivers representant, økonomien, veileder og rådgiver, personalansvar, HMS -oppfølging, følge opp medarbeidere, kontorarbeid - og gå inn å dekke sykefravær, det kan være vanskelig”.*

Ved fravær på sykehusavdelinger må man som ledere i tillegg til sine administrative oppgaver jobbe som fagarbeider for å få dekket underbemanningen.

Det er en krevende og utfordrende jobb å være leder. For mange av sykehuslederne innebærer det å bli leder – å bli det for første gang. En av våre informanter bekrefter dette: *”Jeg er relativt ny som leder, begynte i denne stillingen for kun et par år siden, jeg tror det er viktig at man bygger opp tillit hos de ansatte, og det å få hver enkelt ansatt til å blomstre”.* I følge Hübertz Haaland og Dale (2005) kan man beskrive overgangen fra fagarbeider til leder som et identitetsskifte – man går over fra å være arbeidstaker til arbeidsgiver. Man må lære seg å lede, for avdelingsleder på sykehus; både avdelig og ansatte – man må lære seg selv å kjenne – og lære seg stress og følelser.

Abrahamsson et. al. (2003) mener at betydningen av å hjelpe arbeidskameratene direkte om han eller henne blir sykemeldt. Se til at noen – aller helst sjefen *virkelig har tid* for en meningsfull samtale er viktig for å ivareta individer som har kommet i denne situasjonen. Dette kan man se i forhold til effektiviteten som kreves i dag, mangel på ressurser og tid kan bli et problem for ledere innenfor helseforetak som skal få dekket sin arbeidshverdag både i forhold til medmenneskelighet og ivareta det enkelte individ, de krav som stilles fra toppledelsen – og det at mange ledere selv må dekke opp sykefraværet på avdelingen.

Noen av lederne vi har snakket med mener at fokuset på de sykemeldte er for stort, i forhold til tiden og ressursene de som ledere har mener de at problemet med prosjektet eller generelt i hverdagen er at man bruker for mye tid på de som er sykemeldte;

”Hvor mye tid skal man egentlig bruke på hver enkelt sykemeldt? Jeg vet ikke helt hvor rettferdig det er i forhold til de ressursene som er på jobb og som ikke er sykemeldte”.

”Det er for lite fokus på hva man kan gjøre for ikke å bli sykemeldt. Jeg bruker enormt mye tid på samtaler med og oppfølging av syke etter IA- avtalen, og det er tid som kunne vært brukt mer effektivt på de som faktisk er her, som ikke er syke, men som jobber og som vi må prøve å holde friske”.

Som våre informanter mener er det resurskrevende å følge opp ansatte med sykefravær, og man bør sette fokuset fra de syke – til de friske og hva som skal til for å unngå sykemeldinger. Vi vil videre belyse dette i forhold til å forebygge langtidsfravær.

7.5.5 Reaktiv eller proaktiv ledelse

I forhold til prosjektet som er igangsatt kan man se dette i sammenheng med en reaktiv reaksjon. Reaktiv kan i følge Jacobsen og Thorsvik (2002) beskrives som en endring som innebærer at organisasjonen svarer på noe som allerede har endret seg. Dette vil i denne sammenheng gjelde tiltaket Helse Nord har iverksatt på grunnlag av det stigende antallet med langtidsfravær innenfor foretakene. Som våre informanter har belyst er det viktig å sette inn tiltak for å unngå fravær, dette kan man i følge Jacobsen og Thorsvik (2002) beskrive som en proaktiv dimensjon med forventning basert på å prøve å endre organisasjonen før endringene skjer i omgivelsene. Dette kan igjen være en holdningsendring til fravær gjennom tilstedeværende ledelse og fokus på ”en frisk avdeling” der de ansatte trives både med arbeidsoppgaver og kollegaer. Abrahamsson et. al. (2003) vektlegger i sin forskning om friskfaktorer det å kunne ha et holistisk perspektiv som forutsetter at friskfaktorer kan finnes på de ulike nivåene med hensyn til; individ, gruppe, oppgaver og organisasjonen. At man har et humanistisk perspektiv som her innebærer at en har tiltro til mennesket som et aktivt, interessert og utviklingsinnrettet vesen. En aktør som vil være med og påvirke, ta ansvar for seg selv, sine oppgaver og sin arbeidssituasjon – og et utviklingsperspektiv som en overtagelse om at et bra arbeidsliv og et bra arbeidsmiljø skaper forutsetninger for utvikling for så vel mennesket som for organisasjonen.

Vi vil videre se på det perspektivet som ligger til grunn for å få langtidssykemeldte tilbake i arbeid gjennom å kartlegge, sette fokus på individet som helhet – og det å prøve å finne friskfaktorer til individene ved hjelp av veiledning.

7.6 Kartlegging av karrierevalg og interessentprofil

Etter at deltakerne i prosjektet har fått informasjon av sine ledere med forespørsel om å være deltakere i pilotprosjektet har Helse Nord gjennomført veiledninger med 21 deltakere innenfor helseforetaket Nordlandssykehuset. Vi har snakket med 3 av disse i forhold til deres opplevelser som deltakere, 2 guider i forhold til deres rolle – og 3 ledere i forhold til deres engasjement i prosjektet, i tillegg har vi snakket med NAV som har vært involverte i forhold til tiltak og eventuelle endringer av nåværende arbeidssituasjon.

På bakgrunn av informasjon til langtidssykemeldte ble følgende presentert i informasjonsbrevet fra Helse Nord (Åsvang, 2007: Informasjonsbrev til sykemeldte):

Et unikt tilbud til deg	Prosjekt Arbeidsglede – ytterligere og forsterket sykefraværsoppfølging	Ansvar og hovedfokus
Med bakgrunn i ditt sykefravær og at tidligere forsøk på tilrettelegging ikke har hjulpet, får du her en unik mulighet til å finne veien tilbake til din arbeidsglede, bedret arbeidshelse og å komme tilbake til arbeidslivet. Som ledd i din sykefraværsoppfølging blir du gitt muligheten til å gjennomføre en kartleggingstest med påfølgende oppfølging.	Helse Nord har implementert en ny arbeidsrutine knyttet til oppfølging av langtidssykemeldte medarbeidere som har vært ute av sin jobb i flere lange sykemeldingsperioder. Den nye rutinen vil være et supplement til den eksisterende sykefraværsoppfølgingen og skal innføres gjennom et prosjekt, ”Arbeidsglede – jakten på friskfaktorer”, som skal gå over ett år. Gjennom den nye rutinen vil du få hjelp til å finne dine friskfaktorer.	Du arbeider med deg selv og din nye erkjennelse/innsikt og har hovedansvar for å sørge for at du har friskfaktorer tilstede i ditt liv. Lederen din bistår deg med å bli bevisst hva som er dine friskfaktorer. Du og din leder har gjensidig ansvar for tilrettelegging for deg, slik at du gjenvinner helsen og kommer permanent tilbake i arbeid. Hovedfokus er det hele mennesket og det er uvesentlig om friskfaktorene kan gjøre seg gjeldende i arbeidstid eller fritid

Tabell 5: informasjon til langtidssykemeldte om pilotprosjektet

Tabell 5 viser den informasjonen deltakerne i pilotprosjektet mottok etter de var påmeldte i prosjektet. I informasjonsskrivet vektlegges individet som helhet - gjennom å fokusere på deres friskfaktorer, der leder skal tilrettelegge slik at deltakeren skal kunne komme tilbake til arbeidslivet. Vi vil videre se på de fremgangsmåtene Helse Nord her har presentert for deltakerne:

7.6.1 Kartleggingsverktøy

Til kartleggingen benyttes et forskningsbasert verktøy som sier noe om talenter, interesser, personlige positive egenskaper, verdier og evne til samhandling. Ved hjelp av kartleggingsverktøyet kan man avdekke hvilke faktorer – friskfaktorer - som er viktige å ha tilstede i arbeid og fritid for at man skal få tilbake arbeidsgleden, og derved oppnå bedre arbeidshelse. Faktorene vurderes som individuelle og personspesifikke (Åsvang, 2008).

Kartleggingsverktøyet og systemet er utviklet i nær kontakt med mange brukergrupper, internasjonalt ledende forskere, programskapere og Oskar Solbergs studenter ved NTNU over 16 år (se Sollan, kapittel 4.3). Testen består av to deler: en interessenttest - og en personlighetstest, Jung 8, som er en dyptgående personlighetstest som er inspirert av jungiansk forsknings- og teoritradisjon(Solberg, 2008).

I følge Iversen (2003) kan en personlighetstest defineres med; ”En psykologisk test er et måleinstrument eller en prosedyre som anvendes for å avdekke hvor mye en person har av en bestemt egenskap eller karakteristika”.

Forskning har vist at personlighetstrekk har betydning for hvordan folk fungerer i arbeidslivet, de har betydning for hva folk liker å gjøre, og hvordan de hantes med de oppgavene de står ovenfor. Men det er ikke slik at personer i samme yrke har identiske personlighetsprofiler. I alle yrker er det flere måter ”å gjøre det på”, og derfor er det rom for store personlighetsvariasjoner. Betydning av personlighet for å gjøre det bra – og å ha det bra i arbeidslivet, er så stor at det er berettiget at personlighetstesting er blitt populært blant både rådgivere og personellutvelgere (Iversen 2003).

Ved forespørsel til våre informanter om hvordan de opplevde å ta testen svarte de som følger:

”Det var for så vidt greit, men det var jo noen merkelige spørsmål. Jeg tok testene hjemme. Dette var på et tidspunkt jeg var veldig sliten, men jeg måtte jo svare det jeg følte der og da. Men jeg kjente meg veldig godt igjen i det som kom frem, det stemte ganske bra”.

”Det var litt vanskelige spørsmål, men det er jo ikke farlig. Spørsmålene var litt tvetydige”.

”Jeg tenkte ”orker jeg dette?” Syntes spørsmålene var merkelige, men det var vel en tanke med det. Det var vanskelig å forstå hva de skulle bruke det til”.

”Spørsmålene i Jung- testen er ikke så bra. Spørsmålene virker litt ”rare”. Det er jo en personlighetstest, og personlighetstestene er foranderlige gjennom hele livet. Mens interestetene er veldig sentral, for interesser forandres ikke på samme måte som personlighetene. Men jeg vet ikke om Jung -testen er dårlig akkurat. Den er jo basert på Jungs psykoterapi. Det går an å bruke bare interestetene, men når jeg gjør det, savner jeg Jung”.

”En interesseprofil kan for eksempel vise om du er en ekstrovert type, altså en sosial type. Da finner man energi i å være sammen med folk, ikke å sitte isolert på et kontor. Det handler om deg selv, din situasjon i ditt arbeidsforhold, det å nyansere seg selv”.

Dette mener vi er et viktig poeng i forhold til individets friskfaktorer. Som vi tidligere har vært inne på er personlighet individuelt fra individ til individ. At en psykologisk test er en spesiell prosedyre (fremgangsmåte) menes at informasjon kan hentes på mange måter – samtaler, skriftelige svar, observasjoner med mer. Enkelte mener at det er meningsløst å klassifisere og kategorisere menneskelige egenskaper siden alle mennesker er forskjellige og unike. Det finnes forskning på at dette er en meningsfull fremgangsmåte. I følge Salgado, (Iversen, 2003) kan man klassifisere personlige egenskaper og atferd i visse hovedkategorier - og at disse langt på vei kan måles. Et eksempel kan være ekstrovert – de fleste er enige om at det finnes ekstroverte og introverte mennesker. Dette innebærer at personer som er ekstroverte viser en bestemt atferd som skiller dem fra de introverte. Det er nødvendigvis ikke noen direkte sammenheng mellom personlig egenskap og en bestemt atferd, men dersom en person har mye av en bestemt egenskap (for eksempel ekstrovert) – betyr ikke dette at personen ikke klarer å utvise slik atferd, men at personen vil gjøre dette mer sjeldent og at vedkommende kanskje ikke trenger å anstrenge seg mer for å utvise en ekstrovert atferd enn en person som i utgangspunktet har mye av denne egenskapen. Atferden som faktisk utvises i en bestemt situasjon er et resultat av et kompleks samspill mellom individets egenskaper, kunnskap og hvordan situasjonen oppleves.

En ekstrovert og en introvert person vil begge oppleve at de sosiale relasjonene man til daglig møter i arbeidssammenheng blir borte ved langvarig fravær. For mange dreier det seg om at man som individ mister litt av sin identitet som skapes gjennom arbeidsplassens arena. Interesseprofilen vil være med på å bevisstgjøre det enkeltes individ rolle både i sammenheng med jobb og fritid. Som en av våre informanter forteller så ligger det kanskje ikke for en ekstrovert person å sitte isolert på et kontor, mens dette igjen kan være en friskfaktor for en

introvert person. Kanskje man ved hjelp av å identifisere de ulike interesseprofilene kan oppnå en reaktiv forebygging av det som er en av hovedårsakene til sykefravær – stress. Ved omplassering eller valg av andre yrker kan man ut av veiledningen etter at testen er tatt, i hjelp med deltakers leder og NAV tilrettelegge for å unngå stressreaksjoner. Dette betegner Haukedal (2006) gjennom to hovedstrategier; Fjerne eller redusere stressfaktorer – eller prøve å dempe intensiteten av den.

En av våre informanter sier: ”*Testen er bare et verktøy, men det er vi som mennesker som er det viktigste verktøyet*”. Som vi har nevnt er testene bare et verktøy, det er selve veiledningen med guidene som gir grunnlaget for å styrke testenes validitet.

7.6.2 Etikk ved bruk av psykologiske tester

I våre intervjuer spurte vi de involverte om de mente det var etiske sider ved prosjektet i forhold til at man kartlegger en gruppe som allerede er i en ”sårbar situasjon” med hensyn til langtidsfravær: ”*Det er ikke noe som har gjort meg utilpass ved prosjektet. Det hjelper og få snakket om ting. Jeg har vært sett på som en sterk person, jeg tror at det kan hjelpe andre å se at jeg har vært åpne og ærlig om min situasjon*”.

Bruk av psykologiske tester vil også være en av delene som vi ønsker å belyse i forhold til FEM- faget (filosofi, etikk og miljø). I følge Iversen (2003) er det er en rekke etiske spørsmål som dukker opp når man vurderer psykologiske tester. Det er viktig med hensyn til lagring og oppbevaring av data, at personalet som benyttes er sertifiserte/ kvalifisert, og at man benytter dokumenterte tester – som stiller objektive krav til reliabilitet og validitet, og at lover og retningslinjer må følges (dette er nærmere forklart i vårt metodekapittel 5).

7.7 Guidens rolle og veiledning

I følge Iversen (2003) er det ingen metode eller instrument gjør jobben alene i forhold til tester som tas, det kreves fagkunnskap for å velge en hensiktsmessig metode og forstå metodens muligheter og bergrensinger. Guidene er ansvarlig for veiledningen av langtidssykemeldte etter at deltakerne har besvart Profråd- og Jung8- testene.

Alle guidene som deltar i prosjektet har selv gjennomgått testene. I følge Åsvang (2008) er det avgjørende at guidene har rett kompetanse og riktig personlighet til å veilede en syk medarbeider. Som Åsvang sier: ”*Hver av guidene tok testene i forkant for å sjekke at de passet som veiledere. De har alle en viss skår på foretaksomhet, og sosial omsorgstype*”. I tillegg kvalitetssikres guidene i forhold til om de tar riktige vurderinger av resultatene, dette i samarbeid med Sollan (se kapittel 4.3 om Sollan).

Testene deltakerne tar er internettbaserte. Den aller største fordelen er tidsbesparelsen for virksomhet og kandidatene når testene blir tatt over nettet da disse kan gjøres på forhånd før selve veiledningen. Et sentralt poeng ved psykologiske tester er at de som gjennomfører testene gjør det under så like forhold som mulig. Dette gjør det enklere med hensyn til sammenligning av resultatene. Ved utfylling av testene ved bruk av internett har man ingen kontroll over forholdene testene utføres under. Dette kan bety at feilmarginene øker.”*Det vi opplever er at sykemeldte aldri sier at de ikke stoler på testene, de føler at dette stemmer. Vi poengterer jo at dette er en dataprint og at vi ikke kan stole hundre prosent på resultatene, men poenget er at folk må svare slik de er, og ikke som de tror forventes at de skal svare*”.

Dersom kandidaten opplever forstyrrelser og avbrytelser underveis i testen - kan det medføre at det blir vanskeligere å beholde konsentrasjonen den tiden det tar å besvare testen (Iversen 2003). En av våre informanter mente følgende ved testen: ”*Jeg syntes det var mye som stemte. Men min sosiale søyle var lav, jeg føler egentlig at den er mye høyere. Men der og da var jeg inne i en periode der jeg var utslitt og utbrent*”.

Når man foretar testing over internett bør man stille kandidaten spørsmål om hvor lang tid vedkommende brukte – og om testen ble gjennomført uten forstyrrelser (Iversen 2003). De fleste av våre informanter mente at testene stemte og uttalte følgende:

”*Testene var ikke så overraskende, men selve samtalene etterpå ga grunnlag for refleksjoner i ettertid, så det var veldig nyttig*”.

”*Det var spennende. Jeg hadde ikke trodd at de skulle finne ut så mye om meg. Jeg følte at jeg ble lest som en åpen bok*”.

”*Jeg tok jo testene på internett og der får man jo først et kort resultat. Det første som kom opp var at jeg passet som gullsmed. Det var jo artig, for det var jo det jeg tenkte jeg skulle bli en gang*”.

Målet med kartleggingen ved bruk av verktøy og veiledningene i ettertid er å få deltakerne til å forstå hva som er deres friskfaktorer – og hvor man henter energi og arbeidsglede.

I det første møtet etter at testen er besvart gir en utdannet guide tilbakemelding på ens profil. I det neste møtet vil guiden hjelpe til med å finne frem til deltakerens friskfaktorer. Mellom de 3-4 veiledningsøktene vil det kunne bli gitt en hjemmeoppgave. Det kan eksempelvis være at

en skal tenke igjennom et forslag på handlingsplan for å få inn flere friskfaktorer i sin hverdag (Helse Nord, 2008).

7.8 Forventninger

I følge Iversen (2003) kjennetegnes arbeidslivet i dag av økt konkurranse, økt endringstakt og økt globalisering, - i en verden der mange virksomheter tilbyr mer eller like produkter og tjenester, blir betydningen av personlig service og dyktige medarbeidere stadig viktigere. Mange virksomheter har forstått dette og satser mer på de menneskelige ressursene. Til syvende og sist vil det være forvaltningen av disse ressursene som er avgjørende for å lykkes som organisasjon i dag. Som en av våre informanter sier: *”Det er mange som kommer hit som ikke ønsker å komme ut og ta ny utdanning, men likevel er det godt å få snakke ut med noen”*. Vi kan se her verdien av å ta vare på individene i organisasjonen, i pilotprosjektet settes fokuset på individet som helhet. Når guiden bistår deltakeren til å finne energilekkasje og friskfaktorene blir dette en bevisstgjøring av de ulike arenaene i livet. Det kan være jobben som skaper uhelse *”Man eier jo ikke tiden man er på jobb, man er jo kjøpt og betalt av arbeidsgiver. Det å kunne ta ut egenmelding eller være sykemeldt og samtidig få lønn, er det ingen som ser på som et gode, men en rettighet. I dag er det veldig høyt fokus på at jobben skal være utviklende, man skal holde på med ting som er spennende og utfordrende. Men sånn kan det rett og slett ikke være hele tiden. På et sykehus er det en del rutinearbeid som bare må gjøres, uansett hvor kjedelig det er”*, men det kan også være forhold utenfor som skaper uhelse: *”Det går på dette med lav selvtillit og lav selvfølelse. Hvis man har dårlig selvtillit og har for eksempel en mann hjemme som bestemmer over deg, eller til og med et barn som bestemmer mye over din situasjon, så gjenspeiler det seg i arbeidslivet, at man undertrykker sine egne behov. Det handler om å ta egne valg. Noen er fullstendig klar over hva som tapper dem for energi, men klarer ikke å gjøre noe med det”*. Utgangspunktet er at individet i arbeidsorganisasjoner betraktes ut fra et holistisk perspektiv når man arbeider med komplekse spørsmålsstillinger. Som nevnt i kapittel 3 om Friskfaktorer viser studier gjort av Olsen (<http://forbruker.no>) at litt under halvparten av fravær fra jobben utover 14 dager er relatert til helseplager som skyldes jobben, og at det er andre forhold som for eksempel måten vi lever på og utnytter fritiden som har den største effekten på sykefraværet enn selve forholdene på arbeidsplassen. Når det gjelder livsstil og livskvalitet finnes det muligheter for individet selv å påvirke sin egen livssituasjon. Samtidig som det finnes faktorer man ikke alltid kan påvirke (helse, sosioøkonomisk status, nettverk), men som er avhengig av den enkeltes livssituasjon, livsstil og livskvalitet (Abrahamsson et. al.2003).

Prosjektet er ment som en ny tenkemåte for å drive sykefraværsoppfølging innen for Helse Nord- foretakene. Dette gjennom å kartlegge hvilke resurser og interesser målgruppen – de langtidssykemeldte har. Gjennom dette kan man se hva personen motiveres av – og dermed får energi fra, og hvilke områder man ikke trives så godt med og som dermed kan tappe personens energi. Som en av deltakerne i prosjektet sier: ”*Jeg har i hvert fall blitt mer bevisst på hva jeg liker og hva som gir meg energi. En skitur, eller være sammen med venner og liknende*”.

Et av formålene med prosjektet er å få deltakerne til å trives med jobben og finne arbeidsgleden – ikke få personen ut av jobben. I forhold til dette har informasjonen til lederne kanskje vært noe uklar; ”*De fleste som er sykemeldte vil tilbake til avdelingen, og da synes jeg det blir litt bak mål og kartlegge interesseprofiler og finne andre typer jobber*”.

”*Jeg vet folk har hatt litt piggene ute, de har vært litt skeptisk og vært litt redd for at de var ønsket vekk fra sin avdeling*”.

”*Jeg husker ikke hvordan kriteriene var. Men det er kanskje de som har erkjent at de ikke er på rett plass her i livet. For de som vil tilbake til avdelingen er det bortkastet*”.

”*Jeg oppfattet det slik at prosjektet ikke skal komme til en konklusjon, bare avdekke problemområder - og så tror jeg at alder spiller en viktig rolle. Er du 30 år og har mange fysiske plager, en er ganske arbeidsdyktig, er mulighetene flere, man kan velge ny utdanning, eller velge noe annet, men er man eldre er det nok vanskeligere*”.

I følge Åsvang (2008) er det arbeidsgiver som skal bistå arbeidstaker med å bli bevisst på hva som er den enkeltes friskfaktor og bidra med eventuell tilrettelegging av arbeidshverdagen. For deltakerne i prosjektet har det vært usikkerhet rundt de tiltakene som bør iverksettes: ”*Det skapes forventinger, i hvor stor grad kan man innfri disse? Det meste koster*”. ”*Det er helt klart at man kan gi folk forventinger som ikke kan innfris. Men vår ansatt er en jordnær, realistisk type, så jeg forventet aldri at hun skulle ta helt av*”.

Vi vil videre se på tiltak, og om deltakerne har fått forventningene til prosjektet oppfylt sammen med en oppsummering av resultatene av våre undersøkelser basert på forskningsspørsmålet:

”Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?”

7.9 Tiltak

Å skape attraktive og gode arbeidsplasser innebærer en ny måte å se ting på der man ikke bare fokuserer på problemstillinger koplet til klart uskillbare problemer, men går fra et holistisk perspektiv der man tar hensyn til helheten, men også deler av helheten og samholdet mellom ulike faktorer i arbeidslivet (Abrahamsson et. al.2003).

I følge www.tidsskriftet.no bør teori om empowerment kunne være til hjelp i situasjoner som har sammensatte årsaker og som krever tiltak. Teori om empowerment bør kunne være til hjelp ved en prioritering i de situasjoner som har sammensatte årsaker og krever tiltak med flere dimensjoner, for eksempel når det gjelder å peke ut hva som er primære og sekundære årsaker til helsetilstanden. Vi må for det første forholde oss til empowerment på både individ-, gruppe- og samfunnsnivå. At flere nivåer trekkes inn i empowerment-begrepet hindrer at empowerment gjøres til et individuelt ansvar.

Når man iverksetter et prosjekt med hovedhensikt i å få målgruppen tilbake i arbeid, er det viktig at prosjektets mål er gjennomførbart. De tiltakene som skal iverksettes etter at deltakeren har gjennomført veiledningen er basert på tilrettelegging gjennom leders tilbakemeldinger på den enkeltes medarbeiders friskfaktorer.

I følge Åsvang (2008) er det etter veiledning med guide arbeidsgivers ansvar å ivareta de som er sykemeldte: *”Da er ansvaret igjen tilbake hos arbeidsgiver. Men vi blir gjerne med på info-møter videre med NAV og ledere. Det er også litt opp til den sykemeldte selv hva han/hun vil”*. Vi har sett at informasjonen i forhold til prosjektets mål, leders rolle i forhold til tiltak, og tilbakemeldinger vedrørende gjennomføringen av kartleggingen har vært tvetydig.

Som prosjektleder sier så er muligheter for at informasjonen om prosjektet ikke har nådd frem til ledere et problem. Arbeidslivet er fullt av slike usynlige informasjonsbarrierer. Dette

gjelder både mellom ledelsen og «gulvet» og mellom de ulike avdelingene i organisasjonen. Barrierene skyldes at internkommunikasjonen er for dårlig. Dårlig kommunikasjon fører igjen til at ledelsen ikke vet hvilke problemer de ansatte støter på i arbeidet og derfor lager instruksjoner som ikke harmonerer med de ansattes erfaringer.

For å få til en bedre kommunikasjon, er det viktig å innføre regelmessige avdelingsmøter. Disse bør være kortvarige, ukentlige, vare ca. en halvtime og helst finne sted tett på produksjonen. Her kan man ta opp saker som blant annet går på produksjonen i forrige uke og planene for neste uke. Men for at møtene skal oppleves som nyttige, er det en forutsetning at de ansatte involveres og har mulighet for å påvirke produksjonsplanen. Ofte viser det seg nødvendig å forandre hele organisasjonsstrukturen for å få til varig reduksjon av belastninger og sykefravær blant de ansatte (www.helsenytt.no).

7.9.1 NAV og IA- avtalen

NAV har i tillegg til arbeidsgiver ansvaret for den ordinære sykefraværsoppfølgingen. Helse Nord og Nordlandssykehuset har egen IA- konsulent som er ansatt med hensikt på oppfølging for dette foretaket. I kapittel 4.1 har vi presentert IA- avtalen og NAV i et mer teoretisk perspektiv.

Arbeidsoppgavene er blant annet rettet mot sykefravær, oppfølging av disse, atføring, dialogmøter, følge opp de som er aktivt sykemeldte. I sin stilling har IA- konsulent nært samarbeid med NAV Trygd, der navnene på de sykemeldte innehentes, før den sykemeldte blir kalt inn til møte (NAV, 2008).

Fra 1.mars 2007 ble det gjort endringer i lovverket som skal sikre tettere oppfølging av sykemeldte. Etter 6 ukers sykemelding skal arbeidsgiver i samråd med sykemeldt lage en oppfølgingsplan. Det er ikke alle ansatte som kjenner til IA- avtalen, og for foretakene er det viktig å få informert ansatte om hva det innebærer å være en IA- bedrift. En av våre informanter kjenner lite til denne: *”Hva er egentlig IA- avtalen? Jeg er ikke sikker på hva den innebærer, men jeg vet jo at før når jeg var syk ble jeg jo aldri kontaktet av arbeidsgiveren, det blir jeg nå”*.

Hvis sykefraværet varer over 12 uker skal arbeidsgiver kalle inn til et dialogmøte. På dette møtet kan man ha med lege, tillitsvalgt eller andre. For en av våre informanter følte det litt nedverdiggende å delta på dette møtet, og tiltaket som ble foreslått ville resultere til

økonomiske konsekvenser: ”Jeg syntes det var veldig bra at man hadde noen med seg på møtet, som guiden. Vanligvis har man jo oppfølgingsmøter med avdelingslederen, men når jeg hadde med guiden ble jeg tatt mer alvorlig, for hun kunne jo forklare hvorfor ting var som de var. I oppfølgingsmøtet med NAV følte jeg meg som om jeg var i avhør. NAV var mest opptatt av at jeg skulle gå over på rehabilitering, det hadde jeg jo ikke sjanse til, jeg kunne jo ikke leve på 67 % av lønna”!

I følge NAV (2008) er IA- avtalen både leder- og individfokusert. ”Min jobb er å jobbe med lederne, for det er deres ansvar”.

Som vi tidligere har vært inne på viser forskning at det ikke er arbeidsrelaterte forhold som er den største årsaken til sykefravær. Dette bekrefter også NAV (2008): Ca 70 % av de sykemeldte har ikke arbeidsrelaterte grunner som bakgrunn, det er andre ting utenfor jobben, som familie, barn, samlivsbrudd. Det gjør folk slitne og utbrente.

IA- avtalen skal på en måte virke forebyggende, og det er her lederen kommer inn.

Ledergrupper settes sammen som får trening og kunnskap og oppfølging. Forebyggingen gjøres ved informasjon, og vi gir samme informasjon til ledere som til ansatte, men det er ikke alltid ledergruppene som er bremsekloss når det gjelder forebygging - det har også mye med kultur og holdninger blant ansattegruppen og å gjøre.

Om leders rolle:

Når det gjelder NAV og tiltak for langtidssykemeldte mener en av våre informanter; ”Jeg synes NAV gjør mange tiltak, og mener at alle ledere har god forståelse for de sykemeldte. Men utfordringen er jo at vi har mange arbeidsoppgaver, men ikke frigjorte lønnsmidler”. En av våre informanter mener dette i forhold til pilotprosjektet som et eventuelt supplement til IA- avtalen: *Jeg føler vel at dette prosjektet er et tilskudd på siden av IA- avtalen, egentlig et supplement. Hvor mye tid skal man egentlig bruke på hver enkelt sykemeldt? Jeg vet ikke helt hvor rettferdig det er i forhold til ressurser.*

Det er ikke sant at ikke lederne tar vare på de sykemeldte, men lederne trenger kunnskap og egnethet, for den er ikke god nok. En av våre informanter sier: ”Det er viktig at man har en gjennomtenkt plan for hvem som skal inn i prosjektet. Jeg tror lederne er viktige personer her”. Men det gjør noe med lederne og stå i ett slikt press. Sykemeldte er jo veldig sårbare, og det skaper jo et administrativt kaos, men pasienten er nr. 1, alltid! Det er lederens ansvar å ha nok folk, samtidig som det er økonomiske krav som skal følges.

Om økonomi og samfunnet

Vi møter oss selv i døra. Staten og departementet skal ha ned sykefraværet i helsesektoren. Samtidig skal de kutte 10 millioner. Det er noe som ikke henger sammen her, dette går ikke opp i opp. Sykefravær er en utfordring for den sykmeldte, arbeidslivet og hele velferdssamfunnet. Samfunnet har også medvirkning i at folk sykemelder seg, når økonomien i samfunnet er god og ledigheten er lav, stiger ofte antallet sykemeldinger. Denne sammenhengen kan også skyldes at i perioder med liten arbeidsløshet ansettes det lettere personer med lav toleranse for belastninger og øket arbeidsmengde (www.helsenytt.no). Dette er et paradoksale i forhold til at IA- avtalens delmål med hensyn til å få langtidssykemeldte tilbake i arbeid. I følge Ebba Wergeland (www.nytid.no) er det i Norge et stort fokus på å få ned fraværet, men samtidig vil alle ha et inkluderende arbeidsliv. Det innebærer i følge Wergeland at man ønsker eldre og kroniske syke inn i arbeidslivet, men alle arbeidsgivere vet at man ikke kan ansette eldre og kronisk syke uten at det får konsekvenser for sykefraværet. Med inkluderende arbeidsliv har man tre mål; få ned fraværet, inkludere kronisk syke og ha inn eldre arbeidstakere – men dette er i følge Wergeland uforenelig.

Vi har et stramt arbeidsmarked, med det menes flere jobber enn folk. Derfor er det stort fokus på å få flest mulig i arbeid. De vi da trekker inn er de som ellers ville være tilbøyelig til å ikke være i arbeid. Disse kalles på fagspråket ofte "reservene" i arbeidsmarkedet. Men disse reservene er også de som oftest blir langtidssykemeldte / går over (eventuelt tilbake igjen) i trygdesystemet. Så vi gjør to ting som "slår hverandre i hjel": aktiviserer (blant annet gjennom Inkluderende arbeidsliv) de som blir mest og lengst sykemeldt. Dette forsøker vi å kompensere med sykefraværsarbeidet. Dette arbeidet ble i sin tid igangsatt som kompromiss mellom partene i arbeidslivet i et forsøk på å redde en raus (og svindyr) sykelønnsordning. Det eneste som er dyrere enn den er verditapet som ligger i netto BNP tap gitt av strukturell mangel på arbeidskraft. Men det ligger altså ingen konspirasjon her - staten må gjøre begge tingene, vi har ikke noe valg - men det er klart at det er et dilemma. De fleste forskerne er enige om at det ikke går veldig lang tid før denne sykelønnsordninga må kuttes hvis fraværet ikke går rimelig dramatisk ned. Ordningen vi har må også ses i samfunnsøkonomisk sammenheng med pensjonssystemet - som akkurat nå er i støpeskjeen. Men alt dette er jo i siste instans politikk (NAV, 2008)

Om IA- avtalen kontra Pilotprosjektet

IA- avtalen har hjulpet, men til sammen blir det bedre. En av våre informanter: ”Så langt har prosjektet vært litt på siden av alt annet. Det løpet vi har i forhold til IA avtalen kan ikke erstattes. Men i forhold til bevisstgjøring av hver enkelt er det jo nyttig. Jeg synes IA avtalen er bra, men den har det klassiske forløpet som vi fokuserer på. Men den har ikke noe spesielt på den bevisstgjøringen av det helt individuelle. Prosjektet står som en boble ved siden av som kan være greit som et supplement”.

Sykemeldte personer får ganske mye oppmerksomhet. Men mange kommer tilbake til meg fordi de ikke får ekstra hjelp fra NAV, selv om NAV har vært med i prosessen (NAV, 2008). En av våre informanter om NAV: ”Jeg var ikke så mye med på IA- opplegget. Det som var med IA var at på NAV følte jeg meg veldig liten. Jeg følte meg som en byrde de måtte gjøre noe med, men sånn har jeg ikke følt meg i prosjektet”.

En av fordelene med det å bli IA- bedrift er jo at man kan benytte seg av flere egenmeldinger. I begynnelsen hadde vi ganske kjapt en økning på egenmeldinger de første årene, men samtidig gikk langtidsfraværet ned. Pr i dag er vi vel tilbake på det nivået vi var på, men vi er veldig åpen på å finne årsakssammenhenger. Man bruker ikke 24 egenmeldinger i løpet av et år uten at leder er informert om årsak, da kan man få karantene, forteller en av våre informanter.

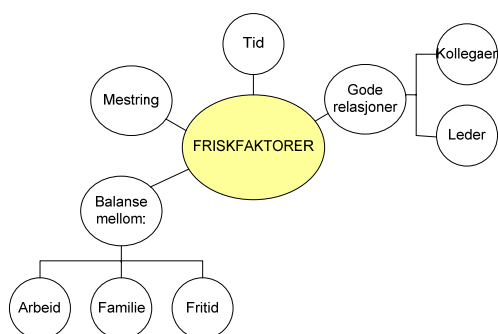
8. Avslutning

I dette kapitlet ønsker vi å oppsummere og drøfte de hovedfunnene vi har gjennomgått med hensyn til vår problemstilling ”Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?”

Da våre informanter kun er et lite utvalg i forhold til målgruppen av langtidssykemeldte velger vi ikke å trekke konklusjoner, men sette opp våre viktigste funn i forhold til problemstillingen.

8.1 Kategori A: Friskfaktorer

Hva menes med friskfaktorer, og er det noen typiske friskfaktorer og energitappere i helsesektoren? Dette er vårt første forskningsspørsmål som vi har illustrert ved hjelp av figur 9 under:



Figur 8: Hovedfunn Friskfaktorer

Figuren viser hva som er viktige friskfaktorer for de informantene vi har snakket med innenfor helseforetaket Nordlandssykehuset. Vi vil videre gå nærmere inn på hver del som en oppsummering av de funnene vi har gjort:

Tid

Tid fremstår som en viktig friskfaktor for våre informanter. Betydningen av aldri å ha tid nok til pasienter, der følelsen av at pleie og kvalitet er blitt byttet ut med produktivitet og effektivitet. Følelsen av aldri å kunne bli ferdige med arbeidsoppgavene, og samvittigheten for det en ikke har fått gjort ligger som kilder for *stress* og *frustrasjon* fordi tiden ikke strekker til. En av våre informanter vektlegger det å fokusere på det en får gjort – istedenfor

det en ikke får gjort – dette i forhold til den ”indre driven” som oppleves som en friskfaktor – om man fokuserer på det en ikke får gjort opplever man stress og energien tappes.

Arbeidsplassen som arena

Trivsel, humør og arbeidslede betegner også våre informanter som en viktig friskfaktor. Følelsen av at det er fint å gå på jobb, møte kollegaer, latter i korridoren – og at man har det gøy sammen – samtidig som man føler seg levende fordi man gjør noe for andre, og det at det er en god tone mellom de ansatte.

Relasjoner kan også sees på som en friskfaktor. Relasjonene og forholdet til kollegaer er for mange de primære sosiale forholdene i hverdagslivet. Dette mener våre informanter endres etter hvert som man blir eldre og etablert. Begrunnelsen for at relasjonene mellom kollegaer uteblir utover ordinær arbeidstid er som en av våre informanter sier, man blir eldre, det er mer å gjøre og man blir fortere slitne. En av våre yngre informanter understreker betydningen av at de er en gjeng arbeidskollegaer som tilbringer mye tid sammen utover arbeidstid – som denne informanten sier; man jobber mye og det oppstår et nært vennskap.

Sosial støtte fra arbeidsgiver og kollegaer er viktige når man blir sykemeldt. Betydningen av å kunne åpne seg og fortelle om sitt problem, det at man kan dele dette med andre, og få tilbakemelding.

Ledelse

Ledere som fokuserer på løsninger ikke problemer, som prøver å tilrettelegge vaktlister og som stiller opp på sosiale tiltak, ledere som lar ansatte være med på å ta beslutninger og som ikke kjører sitt eget løp og som alltid kun skal ha sine ting gjennom - beskriver våre informanter som gode ledere. *Bli sett og hørt* kan man også se på som en viktig friskfaktor.

Mestring

For å mestre er det også viktig å få en bekreftelse på at en betyr noe, eller en tilbakemelding på at det en gjør er bra. For enkelte kan mestring gjennomføres ved hjelp av egenmobilisering, men for andre kan det være god støtte å få hjelp. For å mestre situasjonen settes det også fokus på støtte fra lege, kollegaer, familie og venner. Mange oppgir også et godt ekteskap og betydningen av å trene og holde seg i god form som avgjørende i forhold til mestring av egen helse. Dette vil også være avgjørende for individene sett med et helhetlig menneskesyn med, som en av våre informanter sier; livet er en totalpakke – endringer i ens

private sfære påvirker oss, og det tar vi med oss på de ulike arenaene i livet jobb, fritid og familieliv – men hele livsmiljøet.

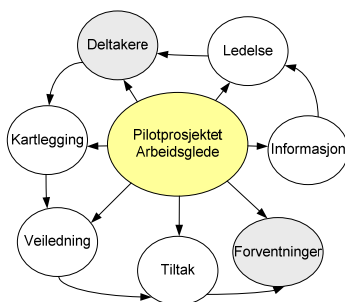
Balanse mellom arbeid, familie og fritid

Livet er en totalpakke. Det gir oss ulikt fokus. Vi går gjennom naturlige faser. Endringer i private sfærer påvirker oss, og det tar vi med oss på jobben. Om man opplever medarbeidere som ikke er helt engasjert eller litt utenpå seg selv, er det leders plikt eller rettighet til å ta en prat med vedkommende slik at man kan være med på å forebygge - og kanskje forhindre sykefravær. Det er viktig å finne en balanse mellom arbeid og fritid. Mennesket er kompleks – det handler ikke bare om tiden man er på arbeid, men livet og menneskene sett i et helhetlig perspektiv.

Tid til pasienter, mestring av arbeidsoppgaver, trivsel, arbeidsglede og gode relasjoner på arbeidsplassen fremstår blant de viktigste friskfaktorene for våre informanter. Dette er nødvendigvis ikke noe som skiller helsearbeidere fra andre yrkesgrupper, men vil være viktige faktorer med hensyn til de psykologiske jobbkraav uansett hvilken organisasjonsform man jobber innenfor. Det som oppleves som energitappende for våre informanter er følelsen av at en aldri har nok tid for omsorgsgjerningen fordi denne blir skjøvet bort til fordel for effektivitet og produktivitet.

8.2 Kategori B: Pilotprosjektet Arbeidsglede

Som i del A om Friskfaktorer vil vi også her legge inn våre funn etter de kategoriene vi har brukt i analysekapitlet. Hvordan kan individuell karriereveiledning og fokus på friskfaktorer redusere sykefravær? Dette er vårt andre forskningsspørsmål, som vi har oppsummert i figur 10 under:



Figur 9: Hovedfunn pilotprosjektet Arbeidsglede

Pilotprosjektet

Det å finne friskfaktorer både i jobbsammenheng og privat – og at man i prosjektet skulle fokusere på hva som gjør en frisk – og ikke syk ble også sett på som et formål med prosjektet. Opplysninger fra våre informanter tyder på at formålet med prosjektet vært noe uklart. Dette gjelder spesielt misforståelser med hensyn til at formålet er ikke å få deltakere vekk fra avdelingen, men å sette et individuelt fokus primært for å få deltakerne tilbake til avdelingen eventuelt med ekstra tilrettelegging - men også i andre tilfeller finne eksterne løsninger. Målet er å få langtidssykemeldte tilbake til arbeidslivet.

Informasjon

Informasjon er viktig når man skal formidle et prosjekt som involverer arbeidsplassen som helhet. Helse Nord- foretaket Nordlandssykehuset greide bare å få 21 deltakere med ut av 42 som var estimert på forhånd. Som respons på dette begrunnes det med at kanskje at lederne er skeptiske - og de sykemeldte også, og at det har vært en svikt ved Nordlandssykehuset som bestemmer hvordan de ansatte skal informeres om ulike ting. Helse Nord har publisert prosjektet via Helse Nytt, men ser at i forhold til at organisasjonen er stor at informasjonen kan ha stoppet opp enkelte plasser. Informasjonsutgiving kan være en utfordring – man konkurrerer med den store informasjonsmassen man utsettes for i hverdagen. Prosjektet er forankret hos toppledelsen, men det er viktig å sette søkelyset på hvor informasjonen har stoppet opp.

Ledelse

Ledelsen har vært bindeleddet mellom prosjektet og målgruppen. For en av våre informanter sees betydningen av at det er en gjennomtenkt plan om hvem som skal inn i prosjektet, og ser på lederens rolle i denne sammenheng som viktig. Alle våre informanter som har vært deltakere i prosjektet har fått forespørsel fra leder om å være med. Som leder er det viktig at en motiverer medarbeiderne til å delta, i følge Helse Nord er prosjektet et unikt tilbud for å kunne få identifisert friskfaktorer med videre hjelp til å passe dem inn i sitt liv. En forutsetning for at sykemeldte skal kunne delta i prosjektet er at leder har deltatt på lederseminar med konsulentfirmaet Sollan, men en av våre informanter sier likevel: ” *Jeg har ikke satt meg så veldig inn i dette prosjektet, jeg vet bare at det har vært nyttig for min ansatt* ”. Det ligger også psykologiske forhold i det å være leder, som en av våre informanter sier; ” *ledelse handler ikke bare om det jeg kan, men også om det jeg kan få medarbeiderne til å gjøre* ”. Man jobber tett inntil medarbeiderne som mellomleder, og balansegangen kan være

en utfordring mellom ansatte og ledere – derfor har en av våre informanter har valgt en lederrolle der denne prøver å stå litt utenfor helheten.

Arbeidspresset kan bli stort, det kan være vanskelig å si nei – og i tillegg må ofte leder dekke opp sykefraværet og jobbe som fagarbeider. Som nevnt i kapittel 6.1.6 er helseforetakene et allerede hardt presset arbeidssted der innsparingene vil kreve en normativ endringsledelse. Viktige faktorer her er å kunne motivere de involverte til å ønske forandring slik at organisasjonens visjon bygger på engasjement og opprettholdelse av fremdrift.

Deltakere

Helse Nord har satt som målgruppen langtidssykemeldte med fravær over 56 dager. En av deltakerne vi snakket med hadde i forkant av forespørsel om å være med i prosjektet innsett at det ville være uaktuelt å fortsette i nåværende yrke på grunn av utbrenthet. For denne informanten var det en befrielse da hun hadde innsett det endelige bruddet - og at det nåværende yrket ikke var hensiktsmessig av helsemessige årsaker å fortsette i. Forespørselen om prosjektet mottok denne informanten med skepsis fordi avgjørelsen allerede var tatt på egen hånd, men fikk tilbakemelding om at dette skulle påspanderes etter 10 års ansettelse innenfor foretaket. I forhold til *profesjoner* og deltakelse i prosjektet/sykefravær ser man en sammenheng med at legene har minst fravær, og at legesekretærer med statiske oppgaver forbundet med skriverstua, og sykepleiere opplever det største emosjonelle trykket fra leger, pasienter og pårørende – mens hjelpepleierne har den største fysiske belastningen. Likevel mener en av våre informanter å se en endring med hensyn til legenes fravær, tendensene nå viser at det er mer akseptabelt at de er hjemme med syke barn.

Kartlegging av karrierevalg og interessentprofil

Testene deltakerne gjennomfører før de starter veiledning med guidene. Våre informanter syntes dette var greit, men reagerte på at noen av spørsmålene var litt merkelige og tvetydige – og det var usikkerhet rundt hva resultatene skulle brukes til. Testen utførte de hjemme, og for en av deltakerne på det aktuelle tidspunktet når testen ble tatt ble spørsmålet om validiteten av denne da denne var veldig sliten – en annen følte ”*orker jeg dette*”. Resultatet viste å stemme godt overens med det som kom frem, og informanten kjente seg godt igjen, men en av deltakerne følte at den sosiale søyle var lav, og at den egentlig burde vær høyere – dette forklarer informanten med at når testen ble tatt var denne inne i en periode ”der jeg var utslitt og utbrent”. De fleste av våre informanter så nytten av testene og spesielt

bevisstgjøringen av ens sterke og svake sider noe de fleste ikke er så flinke til å reflektere over på egen hånd.

Veiledning - guidens rolle

Hver av guidene har også tatt testene og vi har kunnet se at de passet som veiledere. De har alle en viss score på foretaksomhet, og sosiale omsorgstyper. Guidenes rolle er å veilede og hjelpe deltakerne til å få innsikt i friskfaktorer – og med å foreslå tiltak for at det enkelte individ skal mestre hverdagen med mål å få sykemeldte tilbake i arbeid. Guidene informerer om at deltakerne i prosjektet har følt at testene ved kartleggingen har stemt, men understreker likevel til hver enkelt at dette kun er et verktøy. Det er mange som deltar i prosjektet som ikke ønsker å komme ut og ta ny utdanning, men som likevel synes det er godt og snakke ut med noen. For noen vil energi tappes om man har lav selvtillit og lav selvfølelse. Guidens rolle er ikke bare å hjelpe til med å finne friskfaktorene i arbeid, men også i de andre arenaene i menneskets liv. Hvis man har dårlig selvtillit og har for eksempel en mann hjemme som bestemmer over deg, eller til og med et barn som bestemmer mye over din situasjon, så gjenspeiler det seg i arbeidslivet, at man undertrykker sine egne behov. Det handler om å ta egne valg. Noen er fullstendig klar over hva som tapper dem for energi, men klarer ikke å gjøre noe med det. En av deltakerne har gjennom veiledningen blitt mer bevisst på hva som gir energi. ”En skitur, eller være sammen med venner og liknende” – en annen har kjøpt seg hund – og møter stadig nye mennesker – mens en igjen har fått hjelp til å finne seg et annet arbeid med en annen karakter enn det som var årsaken til utbrenthet og langvarig sykemelding.

Tiltak og forventninger

En av våre informanter mener at: *”Man eier jo ikke tiden man er på jobb, man er jo kjøpt og betalt av arbeidsgiver”*. Det å kunne ta ut egenmelding eller være sykemeldt og samtidig få lønn, er det ingen som ser på som et gode, men en rettighet. De fleste av våre informanter som er involverte i prosjektet setter fokus på hva slags forventninger deltakerne får av å være med – og i hvilken grad man i forhold til resurser kan innfri disse. Et viktig poeng mener en leder at fokuset er for lite rettet på hvordan man skal unngå å bli sykemeldt, og at man bruker mye tid på samtaler etter den ordinære oppfølgingen gjennom IA- avtalen. Denne tiden mener vår informant kunne man mer effektivt brukt på de som ikke er syke – og som jobber og prøver å holde seg friske. Etter gjennomføringen av prosjektet ligger ansvaret videre hos arbeidsgiver. En del av den ordinære sykemeldingen går ut på leders oppfølging og dialogsamtaler med NAV. I forhold til møtet med leder etter gjennomført veiledning mener en av våre

informanter at det er bra at man kunne ha guiden med, guiden kunne lettere forklare leder hvordan ting hang sammen for sykemeldt, og en følte at mulige tiltak og endringer for å tilpasse arbeid i forhold til sykdom ble mer tatt på alvor. Oppfølgingsmøtet med NAV ble beskrevet som et avhør, NAV var mest opptatt av at informanten skulle gå over på rehabilitering, noe som av økonomiske hensyn ikke var forsvarlig for deltakeren. IA- avtalen kan kanskje sees på som mer leder – organisasjons- rettet enn rettet mot individet. IA-konsulent vi snakket med bekrefter at ”min jobb er å jobbe med lederne, for det er deres ansvar”. IA- avtalen skal være forebyggende, derfor involveres lederne slik de gjør. En av våre informanter påpeker at prosjektet kommer litt på siden av ordinær oppfølging, og mener at IA- avtalen ikke kan erstattes. Prosjektets fordel er at den skaper en bevisstgjøring hos hver enkelt og tar tak i mennesket som helhet. I forhold til IA- oppfølgingen kontra pilotprosjektet mener en at i dialogmøtet ”følte jeg meg veldig liten” – ”følte seg som en byrde”, mens i prosjektet har følelsen vært motsatt og personfokuset. Informanten legger dette til grunn med at IA- avtalen skal følge opp, men at IA- konsulenten kan bli fjern fra den ansatt i forhold til prosjektet som skaper tillit og nærhet gjennom kartlegging, veiledning og forslag til tiltak og endringer for å fungere som helhet.

Pilotprosjektet har gjennom en individuell karriereveiledning med fokus på friskfaktorer satt som mål å få redusert det økende sykefraværet innenfor Helse Nord foretakene. Vi har her sett på vårt andre forskningsspørsmål i forhold til sammenhengen mellom friskfaktorer, langtidsfravær, og et holistisk menneskesyn. Våre informanter har gitt tilbakemelding på at pilotprosjektet og fokuset på dem som individer har gitt en bevisstgjøring på friskfaktorer og energiskaping både i jobb-, familie- og fritidssammenhenger. Når det gjelder de kategoriene vi har vært gjennom vedrørende friskfaktorer er det viktig at man skiller mellom de ulike arenaene de ulike individene befinner seg i, og at man fokuserer på en balanse mellom arbeid, fritid og familie. Lederskap og kollegial støtte, det og bli sett og hørt – og forstått som individer med egen personlighet mener vi bør ligge til grunn for at friskfaktorene skal være tilstede. Ved økt bevisstgjøring på individuelle friskfaktorer mener vi at man i større grad er i stand til å mestre uhelse og sette fokus på helse – salutogenese, noe som kan resultere i arbeidsglede og redusert langtidsfravær.

”Hvilke fordeler og ulemper – inkludert etiske – kan pilotprosjektets tilnærming til sykefravær ha”? Dette er vårt tredje forskningsspørsmål og vil som i kapittel 5.5 og 7.6.2 være koplet mot FEM- faget (filosofi, etikk og miljø):

Man kan på mange måter si at tilnærmingen Helse Nord har valgt er løsningsfokuset gjennom å sette fokus på helse og friskfaktorer, løsninger og ikke problemer - på den annen side er det mange langtidsfriske på arbeidsplassen og man kan bruke en løsningsfokuset tilnærming for å kartlegge deres styrker, fortrinn og kvaliteter som får dem til å stå stabilt i arbeidet.

Kartleggingsverktøyet som prosjektet har benyttet har gitt gode tilbakemeldinger, men settingen den tas under og menneskenes dagsform har det blitt stilt spørsmål rundt. Likevel er det viktig å understreke at kartleggingen er ment som et verktøy ved siden av veiledningen fra godkjente guider. Flere av våre informanter har foreslått et utvidet bruk som for eksempel: Verktøy kan benyttes for å sette sammen gode team på de ulike avdelingene? Kanskje verktøyet kan benyttes under ansettelser slik at man får rett person på rett plass? Kanskje verktøyet kan benyttes for å finne ledere som er egnet?

For noen av våre informanter har forventningen og usikkerheten om hva som skjer etter veiledningen er avsluttet skapt uro. Alle involverte deltakere mener at tiltaket har en positiv tilnærming, og at det individuelle hensynet og guidenes rolle har skapt en større bevisstgjøring om hva som er friskfaktorer i livet. For enkelte avdelinger vil en stadig tilrettelegging for sykemeldte kunne medføre at arbeidsfordelingen blir skjev og at langtidsfriske medarbeidere igjen kan føle dette som urettferdig. Resultatet kan bli misnøye og nye grupper sykemeldte.

Veien videre

Vi har her prøvd å se på hva som er friskfaktorer gjennom bevisstgjøring av positiv og negativ energi og gjennom karriereveiledning. Pilotprosjektet har valgt et løsningsfokuset tiltak, der man leter etter friskfaktorene og helse – og ikke etter det som tapper en for energi og skaper uhelse. *”Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?”* Dette er vår problemstilling som ligger til grunn for hele avhandlingen. Helse Nord foretaket Nordlandssykehuset er en stor arbeidsplass, der pilotprosjektets formål er å tilrettelegge og kartlegge for å få langtidssyke ansatte tilbake i jobb. Det er ikke bare

arbeidsplassen som er årsaken til at mennesker blir langtidssykemeldte – men fokuset rettes ofte mot arbeidsplassen siden dette er det eneste stedet man kan sykemeldte seg fra.

Abrahamsson et. al.(2003) som har forsket på friskfaktorer mener det er viktig å skape balanse og proporsjoner mellom mål, krav og ressurser – og å skape balanse mellom arbeid og fritid - respektere arbeids – og fritidens mening og kvalitet. Sist men ikke minst – hvordan dette står i forhold til de egne ønsket mål og de egne visjonene om livskvalitet og ”livets mening”.



For oss som har jobbet med oppgaven har det vært en reflekterende studie i forhold til hvordan mange har det i jobbsammenheng, og i de andre ulike arenaene som fyller livet. Vi håper at lesere av oppgaven vil føle det samme; reflekterer over hva som er ens friskfaktorer – og hva som skaper positiv energi i livets totalpakke.

Vi vil avslutte vår bacheloroppgave med noen ord til ettertanke...



”Det arbeidende mennesket er et helt menneske, dette er utgangspunktet. Det er min kropp som drar på jobben, det er i mitt minne kunnskaper og ferdigheter sitter, det er mine venner og kollegaer som gir meg bekreftelse og stimulans, det er min fantasi som løser nye arbeidsoppgaver, det er mine fingrer som danser over tastaturer, det er min vilje som gir meg energi – og det er mine vurderinger som styrer mine valg – deler av meg brukes under arbeidstiden, men hele jeg er med – hele tiden”.

Av Tomas Brytting (Docent i företagsekonomi, verksam vid Akadimin för etik i arbete)
(Abrahamsson et.al 2003)

9. Litteraturliste

Litteratur:

- Abrahamsson, K. Bradley, G. Brytting, T. Eriksson, T. Forslin, J. Miller, M.
Söderlund, B. och Trollestad, C. (2003) Prevent – Arbetsmiljö i samverkan Svenskt Näringsliv, LO & PTK, Stockholm 2003, 1. Opplag. Elanders Gummersons AB, maj 2003
- AN, Avisa Nordland. 1.mars 2008, nr. 52: Helgebilag, Fokus på pasienten, og artikkel fra 17.03.08
- Dagbladet, 3.mars 2008, nr. 62. Uke 10. 140 årgang. Side 34. Derfor tar jobben søvnen fra deg (tekst: Merete Landsend).
- Einarsen, S. og Skogstad, A.(2000) Det gode arbeidsmiljø. Krav og utfordringer. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Frønes, I. og Brusdal, R. (2001) På sporet av den nye tid. 3.opplag. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Grimsø, R. (2006) Personaladministrasjon Teori og praksis. 4. utgave, 2. opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Hammer, T. og Øverbye, E. (2006) Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier. 1.utgave, 1.opplag. Gyldendal Akademisk
- Haukedal, W. (2006) Lederpsykologi. 2.opplag 2006. J.W. Cappelens Forlag a.s
- Hübertz Haaland, F. og Dale, F. (2005). Børs og katedral. Lederutviklingens startpunkt:

Å bli leder for første gang. Magma, Tidsskrift for økonomi og ledelse. Årgang 8. Nr.

5. Fagbokforlaget

- Iversen, O. I.(2003) Testhåndboka. Personlighet, rekruttering og utvalg. Om bruk av psykologiske tester i arbeidslivet. Tiden Norsk Forlag
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J.(2002) Hvordan organisasjonen fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse. 2.utgave. Fagbokforlaget
- Johannesen, A. og Kristoffersen, L. og Tufte, P.A. (2004) Forskningsmetode for økonomisk- administrative fag. 2.utgave. Abstrakt Forlag AS
- Johnsson, J. og Lugn, A. og Rexed, B. (2006) Langtidsfrisk. Slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet. 1.opplag 2006. Genesis Forlag, Kjeller
- Kvale, S. (1999) Det kvalitative forskningsintervju. 1.utgave, 3.opplag. Ad Notam Gyldendal AS
- Langslet, G.J.(2000) LØFT, Løsningsfokusert tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning. 1.utgave, 3.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Langslet, G.J.(2003) LØFT for ledere. Løsningsfokusert tilnærming til typiske ledelsesutfordringer. 1.utgave, 3.opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Lindberg P. (2006) The work ability continuum : epidemiological studies of factors promoting sustainable work ability. Stockholm: Karolinska institutet
- Mehmetoglu, M.(2004) Kvalitativ metode for merkantile fag. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Ness, E.(2000) Ta ledelsen! En innføring i sykehusledelse. Universitetsforlaget
- Pedersen, H. (2002) Arbeidsmiljølovens § 12 Om psykososialt arbeidsmiljø. Tiden Norsk Forlag AS

- Roness, A. (1996) Utbrent? Arbeidspress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker. 2.opplag. Universitetsforlaget AS
- Skogstad, A. (2000) ”Psykososiale faktorer i arbeidet”, i Einarsen & Skogstad, red. Det gode arbeidsmiljø, Bergen: Fagbokforlaget, side 15-32



kvalitetsløftKservice0
5.doc



Hefte2PROFRÅD.DO
C



LysarkPROFRÅDmars
06.ppt

- Solberg, O. (2004) (mottatt pr e-post)
- Sørensen, B.Aa. og Grimsmo, A. (2001) Varme og kalde konflikter i det nye arbeidslivet. Tiden Norsk Forlag AS
- Aakerøe, K. (2004) Samspill i organisasjoner. Om utvikling og bruk av menneskelige resurser. 3.opplag. Cappelen Akademisk Forlag AS
- Åsvang, G. (2007- dokumenter): Helse Nord, Prosjektleder, Pilotprosjektet arbeidsglede



ProsjektskisseProsjek
tArbeidsglede-rediger



Lederseminar-sollan.
ppt



Informasjonsbrev til
sykemeldte.doc



Brev til ledere.doc

Internett:

- Aftenposten, jobb og studier (lastet ned 06.09.07):
<http://forbruker.no/jobbogstudier/job/article1794402.ece>
- Avisa Nordland (AN) lastet ned 14.04.08:
<http://www.an.no/nyheter/article3472367.ece>
- Arbeids- og inkluderingsdepartementet (lastet ned 24.02.08):
Inkluderende arbeidsliv:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/tema/andre/Inkluderende_arbeidsliv.html?id=947
Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/tema/andre/Inkluderende_arbeidsliv/Intensjonsavtale_om_et_mer_inkluderende_.html?id=85829
- Arbeidstilsynet (lastet ned 08.04.08):
<http://www.arbeidstilsynet.no/c26964/nyheter/vis.html?tid=39719>
- Bergensavisen BA. Rømmer fra syke skift (lastet ned 26.04.08):
<http://www.ba.no/nyheter/helsemagasinet/article1544570.ece>
- Den norske legeforening (lastet ned 27.02.08):
http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=953695
- Det norske medicinske selskab: (lastet ned 27.08.08):
http://www.dnms.no/index.php?art_id=241&kat_id=8
- Forebygging.no (lastet ned 27.02.08):
http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hPKey_405/hParent_8/hDKey_1
- Helsefremmende arbeid, BHT- AVISA nr 2, desember 2006 20 årgang
(lastet ned 26.03.08): http://www.eikerbht.no/bhtavisa_nr_2.htm

- Helsefremmende arbeidsplasser (lastet ned 26.03.08):
http://www.stamiweber.no/hefa/Om_hefa.htm
- Helse Nord:
Alt sykefravær koster - både i kroner og livskvalitet (lastet ned 18.12.07):
<http://www.helse-nord.no/article48777-1526.html>
Langtidssykemeldte tilbake i jobb (lastet ned 18.12.07): <http://www.helse-nord.no/article40765-1526.html>
Finner tilbake til arbeidsgleden (lastet ned 31.01.08): <http://www.helse-nord.no/article41685-1526.html>
Organisering av Helse Nord (lastet ned 20.02.08) <http://www.helse-nord.no/category19904.html>
Skal veilede sykemeldte tilbake til arbeidslivet (lastet ned 01.05.08):
<http://www.helse-nord.no/article43576-1526.html>
Arbeidsglede og sykefravær (lastet ned 14.05.08):
<http://www.helsenord.no/article41369-1109.html>
- Helsenytt for alle: Stress på jobb kan gi økt sykefravær (lastet ned 22.04.08):
http://www.helsenytt.no/artikler/stress_jobb.htm
- Helsefremmende arbeidsplasser (lastet ned 14.03.08): <http://www.friskfaktorer.no/>
http://www.stamiweber.no/hefa2002/Forelesninger_pdf/Innlegg%20Stein%20Knardahl%20pdf.pdf
- Idebanken: Skift og turnusarbeid- hva skjer med oss. (lastet ned 26.04.08):
<http://www.idebanken.org/page?id=805312825&offset=0&queryparameter=skiftarbeid>
- LØFT (lastet ned 04.05.08): <http://www.loft-instituttet.no/Hva.htm>
- Långtidsfrisk (lastet ned 08.04.08):

http://langtidsfrisk.com/default.asp?page=langtidsfrisk_inc

- Målformulering (lastet ned 28.04.08):

<http://ri.hive.no/hopfe60/Forelesninger/Malformulering.pdf>

- NAV (IA- Avtalen) (lastet ned 24.02.08): <http://www.nav.no/1073747561.cms>

- Norsk Forskningsråd (lastet ned 06.09.07):

http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?c=GenerellArtikkel&cid=1181898684759&p=1088708162645&pagename=arbeidsliv%2FGenerellArtikkel%2FVis_i_dette_menypunkt&site=arbeidsliv

- Nytid. Sykefraværet i Norge er for lavt (lastet ned 30.04.08):

<http://www.nytid.no/arkiv/artikler/20040602/blank/>

- Regjeringen (lastet ned 08.05.08): <http://www.regjeringen.no/nb.html?id=4>

- Selvhjelp (Empowerment) (lastet ned 03.03.08):

<http://www.selvhjelp.no/filestore/Empowerment.pdf>

- Senter for traumepsykologi. Når organisasjonen skaper utbrenthet

(lastet ned 28.04.08): <http://www.traumepsykologi.no/default.pl?showPage=175>

- Sollan (lastet ned 27.08.07):

<http://www.sollan.no/grunder.pdf>

<http://www.sollan.no/om.html>

<http://www.sollan.no/sollanprogram.html>

- Statistisk sentralbyrå (24.02.08): <http://www.ssb.no/sykefratot/>

- Sykepleien:

Holistisk menneskesyn (lastet ned 08.04.08):

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=907>

En mestringsmodell (lastet ned 22.04.08):

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=926>

Helse for både pasienter og personalet (lastet ned 28.04.08):

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=648&categoryID=30>

Core, care and cure (lastet ned 15.04.08 og 28.04.08):

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=107&categoryID=43>

<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=1074>

- Tidsskriftet Arbeidsmiljø (lastet ned 08.04.08):

<http://arbeidsmiljo.pht.no/xp/pub/div/temaer/arbeidsmedisin/138177>

- Tidsskrift for Den norske legeforening (lastet ned 20.04.08):

http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=606714

- UiO, ”Når krisa rammer – på arbeidsplassen, av Rolf Utgård (lastet ned 20.03.08):

<http://www.med.uio.no/ipsy/ssff/suicidologi/2002-nr1/Utgard.pdf>

Organisatorisk/ psykososialt arbeidsmiljø (lastet ned 24.04.08):

<http://www.admin.uio.no/opa/hms/tjenester/psykososialt.html>

- Ukeavisen Ledelse (lastet ned 08.04.08):

http://www.ukeavisenledelse.no/ledelse/gode_ledere_har_friske_medarbeidere

- Winston, Tellis, Introduction to Case Study (1997) (lastet ned 08.02.08):

<http://www.nova.edu/ssss/QR/QR3-2/tellis1.html#yin94>

Muntlige referanser

- Almedal, S. (2007): Forelesningsnotat fra undervisning i Samfunnsvitenskapelige metode ved Handelshøgskolen i Bodø
- Guider for langtidssykemeldte i pilotprosjektet arbeidsglede (2008)
- Nordlandssykehuset, 3 langtidsfrisk, 3 langtidssykemeldte og 3 ledere (2008)
- NAV (2008)
- Åsvang, G (2008) Prosjektleder, Helse Nords pilotprosjekt

10. Vedlegg

Intervjuguide - NAV

Sak: Generell informasjon om IA- konsulentenes oppgave mht inkluderende arbeidsliv for langtidssykemeldte.

I forkant av møtet hadde vi satt opp noen punkter som vi mente var relevante å få svar på mht vår problemstilling:

- Generell informasjon om IA- avtalen
- Hvordan arbeider IA- konsulentene mot organisasjonen og den langtidssykemeldte
- Hvordan foregår samarbeidet mellom de involverte, herunder den langtidssykemeldte, ledelsen i organisasjonen og NAV
- Hvordan blir IA- konsulentene mottatt av partene i organisasjonen
- Under hvilken setting blir møtene avholdt
- Hvilke resultater kan sees i forhold til at bedriftene har inngått en IA- avtale
- Hva kan NAV tilby arbeidsgiver og langtidssykemeldt
- Oppfølging
- Spesifikk interessert i ikke- kroniske/alvorlige syke, men personer som har falt ut av arbeidslivet av psykososiale forhold/ arbeidsmiljø

Intervjuguide - guide

Spørsmål:

Generelt om rollen som guide:

1. Hvor mange langtidssykemeldte er du guide for?
2. Hvor lang tid tar hver samtale
3. Føler du at det har vært en etisk vanskelig jobb å utføre da samtalene gjennomføres
4. Har du fått følelsen at prosjektet blir en belastning for de langtidssykemeldte som allerede har vært gjennom prosessene som et ledd i IA- avtalen?
5. Skiller det seg ut i forhold til profesjoner

(for eksempel flere hjelpepleiere enn sykepleiere som er med)?

6. Hvordan forbereder du deg til hver samtale?
7. Deler du egne erfaringer med langtidssykemeldte, hvor åpen føler du at du kan være?
8. Hva definerer du arbeidsglede som?
9. Hva skaper positiv energi – er friskfaktorer for deg?
10. Hva tapper deg for energi? –For mening?
11. Hvordan introduserer dere kartleggingen ovenfor langtidssykemeldte?
12. Hvordan skaper du et tillitsforhold/relasjonsbygging mellom deg og langtidssykemeldt?
13. Under hvilken setting møtes dere? (På arbeidsplass, nøytralt?)
14. Er arbeidet emosjonelt/følelsesladet, og evt. Hvordan takler/dokumenterer du dette?
15. Har du lært mye underveis i forhold til de første intervjuene til pr. i dag, og evt. Endret din tilnæringsmåte?
16. Hvordan analyserer du, evaluerer du samtalene?
17. Opplever du kartleggingen som korrekte? Eller blir det for svart-hvitt, og evt. kontekstuell?
18. Har du fått inntrykk av at det ligger andre problemer enn feil karrierevalg bak sykemeldingen?

Eksempler:

- a. Psykososialt arbeidsmiljø
- b. Forhold til leder
- c. Forhold til kollegaer
- d. Familieforhold?
- e. Samfunnsproblemer, herunder uro for de stadige innsparingene i helsesektoren?

- f. Underbemanning?
- g. Liten fleksibilitet i yrket?
- h. Turnusordninger (for eksempel i perioder med kvelds- nattevakter, merkedager og helligdager)
- i. Emosjonelt arbeid, ”tingliggjøring” av pasienter, ”aldri å ha nok tid”

Generelt om dialog mellom guide og langtidssykemeldt:

1. Får dere inntrykk at betydningen av ”feil person på feil plass” kommer frem under kartleggingen?
2. Hvordan oppleves den sykemeldtes emosjon under samtalene?
3. Hvordan opplever den sykemeldte at testen viser at den egentlig passer best til et annet yrke?
4. Hvordan opplever den sykemeldte at testen viser ”rett person på rett plass”, men mener selv at ”drømmen” var noe annet?
5. Hvordan følger dere opp dette, ligger det til rette for omgjøring av stillinger?
6. Hadde du ønsket at verktøyet dere bruker hadde hatt en utvidende form, og evt. hvilken?
7. Blir samtalen vektlagt av problemer, eller av løsninger?
8. Når veiledningen er avsluttet – hvilke roller har nærmeste leder og evt. andre (eks. sykefraværsoppfølginger, NAV) i den videre prosessen?
9. Hva mener du er de viktigste hemmende og fremmende faktorer for at prosjektet skal lykkes mht oppfølgingen av den enkelte sykemeldte?

Intervjuguide – langtidsfriske -

Spørsmål:

1. Hva legger du i begrepet arbeidsglede?
2. Har du hørt om ”pilotprosjektet arbeidsglede” som er igangsatt av Helse Nord?

3. Hva mener du kan ligge til grunn for at noen blir sykemeldte – og andre ikke?
4. Har du erfaring med at sykemeldinger blant dine kollegaer skiller seg ut i forhold til profesjoner (for eksempel flere hjelpepleiere enn sykepleiere, leger som er med)?
5. Har du fått inntrykk av at det er problemer som feil karrierevalg bak sykemeldinger?
6. Føler du at du har valgt riktig yrke?
7. Hvordan er din turnusplan?
8. Kombinasjon arbeid og familieliv?
9. Greier du å sette klare grenser mellom jobb og fritid?
10. Hvordan er samarbeidet med leder?
11. Er leder lett tilgjengelig
12. Har dere belønningssystemer
13. Har dere pasientundersøkelser vedr for eksempel ”din mening om oss” (kartlegging av pasienters oppfatning av klimaet i avd.)
14. Hvordan takler dere som kollegaer at kollegaen deres blir sykemeldt?
15. Hvordan oppleves arbeidsmiljøet på avdelingen?
16. Har dere stor personalgjennomtrekk?
17. Har dere rutiner for skriftlig og muntlig informasjon
18. Har dere relasjoner utover arbeidstid – sosiale arrangementer?
19. Du er i et kvinnedominert yrke, medfører det ulemper i forhold til arbeidsmiljøet?
20. Hva skaper positiv energi – er friskfaktorer, for deg?
21. Hva tapper deg for energi? – For mening?
22. Temaer:

Eksempler:

- a. Psykososialt arbeidsmiljø
- b. Forhold til leder
- c. Forhold til kollegaer
- d. Familieforhold?
- e. Samfunnsproblemer, herunder uro for de stadige innsparingene i helsesektoren?
- f. Underbemanning?
- g. Liten fleksibilitet i yrket?
- h. Turnusordninger (for eksempel i perioder med kvelds- nattevakter, merkedager og helligdager)
- i. Emosjonelt arbeid, ”tingliggjøring” av pasienter, ”aldri å ha nok tid”

Intervjuguide – langtidssykemeldte

Informanter som var langtidssykemeldte når de kom med i prosjektet. Ved intervjutidspunktet kan de være friske og i samme/ny jobb – eller under omskolering)

Før intervju:

- *Bekreftelse av samtykke (levere to eks)*
- *Om konfidensialitet, anonymisering og oppbevaring av data*
- *Mulighet til å trekke seg – og selv avgjøre om det er tema som ikke ønskes å svare på eller gå i dybden på*
- *Informasjon om notatskriving ved intervju*

Hovedformålet med intervjuet:

- Få innsikt i informantens personlige erfaringer og opplevelse mht:
 - Pilotprosjektet og langtidsfraværet på arbeidsplassen

BAKGRUNNSINFORMASJON:

1. Kort om utdannings – og yrkesbakgrunn
2. Hva opplever du som:
 - Formålet (ene) med prosjektet

- Bakgrunnen for prosjektet
3. Ditt møte med prosjektet:
 4. Hva legger du i begrepet arbeidsglede?

ARBEIDS- OG LIVSSITUASJON:

5. Om eget arbeidsmiljø
 - Hva skaper energi – er friskfaktorer for deg?
 - Hva tapper deg for energi – mening – mestring?
6. Erfaringer/oppfatninger/holdninger mht sykefravær:
 - Hvordan selv opplevd å være sykemeldt – som rolle/identitet
7. Sykefravær og sammenheng med arbeidsmiljø og livssituasjonen generelt
Det har absolutt betydning. At noen er villig til å gjøre noe for deg, da er man jo villig til å gjøre noe tilbake.
8. Svært kort om eget fravær (når, årsak, symptom, diagnose) – karrierevalg?
9. Fremtidsønsker mht:
 - Yrke
 - Arbeidsmiljø (forhold til leder – samarbeid)
10. Arbeidsmiljø – forhold:
 - Sette grenser mellom arbeid og privat- familieliv
 - Relasjoner med kollegaer utover arbeidstid – sosiale arrangementer?
 - Rutiner mht informasjon på arbeidsplassen
 - Kvinnedominert yrke, ulemper?
 - Samfunnsforhold (liten forutsigbarhet – uro mht innsparinger og kutt av årsverk i helseforetakene)
 - Fleksibilitet
 - Turnusordninger – og familieliv
 - Emosjonelt arbeid (tingliggjøring – tid, press, stress)
11. Hva må til for at personer kan/vil bruke kunnskap om energi skapning/tapping forebyggende eller for å forbedre en vanskelig situasjon?
12. Hvordan opplevde du:
 - Om å bli spurt om å delta i prosjektet
 - Informasjon i forkant – underveis
 - Egen motivasjon og tro på prosjektet – før vs nå

- Gjennomføringen av kartleggingen (Profråd, på Web)
- Resultatene fra kartleggingen
- Veiledning med guide (veiledning 1, veiledning 2, evt flere veiledninger)
- Periodene mellom veiledningene (hjemmelekse, refleksjoner, ny innsikt)
- Hva
- Hvordan
- Hvorfor

13. Tiltak som ble planlagt

- Gjennomføring av tiltak
- Hva gjennomføres – eller ikke
- Hvorfor
- Erfaringer
- Justeringer

14. Sluttrapporten skrevet av guiden

- Informasjon til og involvering av nærmeste leder
- Involvering/interaksjon med andre som var viktige for prosessen, for eksempel:
 - NAV
 - andre ledere
 - kollegaer
 - familie
 - venner
 - andre?

15. Guidens rolle/praktisering i forhold til tillit, tilnærminger, bidrag, hvordan - hvorfor:

AVSLUTNINGSVIS sjekk om følgende er nok dekket – eller spør igjen om følgende:

16. Hva er dine beste erfaringer med prosjektet – hvorfor?

17. Hva er dine mindre gode erfaringer med prosjektet – hvorfor?

18. Etske sider ved prosjektet?

19. Er det noe du mener er svært viktig for å lykkes med prosjektet som har vært tilstede – eller som ikke har fungert?

20. Er det noe du mener er svært viktig for at du skulle kunne være i jobb – og for å trives i arbeidslivet?
tilnærmingen i pilotprosjektet erstatte eller supplere andre fremtidige tiltak mht arbeidsmiljø og reduksjon av sykefraværet (forebygge og følge opp)?
21. Hva er viktigste forskjellen på dette prosjektet og andre tilnærminger som foretaket gjør i oppfølging av sykefravær og arbeidsmiljø
22. Er det andre ting mht pilotprosjektet som vi ikke har tatt opp – eller som du vil utdype?

Intervjuguide – leder for prosjektdeltaker(e)

Før hvert intervju/samtale:

- *testes bekreftelse av samtykke*
- *om mulighet for å trekke seg og til å selv avgjøre om det er tema som ikke ønskes å svare på eller gå i dybden på*
- *om konfidensialitet, anonymisering, oppbevaring av data*
- *om tillatelse til å bruke opptaker, og om alternativet notatskriving*

Hovedformålet er å få innsikt i personlige erfaringer og opplevelser mht.:

- prosjektformål, verktøyene, guidens roller, ulike faser, brudd, ny innsikt, tiltak og resultater så langt (korttidsresultater);
- hva har hemmet og fremmet utvikling/gjennomføring i ulike faser av prosjektet – så langt?;
- Hvordan skiller prosjektet seg fra andre tilnærminger i fht arbeidsmiljø og sykefraværspromematikk?

BAKGRUNNSINFO:

1) **Litt om deg og enheten** du leder:

- hvor leder? Antall medarbeidere
- din jobb, ansvarsområder
- oppfatninger om ledelse – egen rolle (hva, hvordan) visjon og realitet, handlingsrom, forutsetninger/begrensninger, særlige utfordringer.

- kort om utdanning og yrkeshistorie

-(hvordan/hvorfor ble leder?)

2) **Sykefravær** på enheten:

- sykefraværspersent de to siste år på enheten
- Hva er hovedårsaker til sykefravær på enheten
- hva anser du som mest aktuelle belastninger i arbeidsmiljøet?
- arbeidsmiljøets styrker
- Hva gjøres av forebygging
- hvordan foregår den ordinære sykefraværsoppfølgingen på enheten?
 - styrker
 - svakheter

3) Hva opplever du som:

- formålet/formålene med prosjektet
- bakgrunnen for prosjektet

4) Ditt møte med prosjektet:

- når og hvordan fikk høre om første gang?
- din første spontane reaksjon?
- tro på prosjektet – før vs nå?

ARBEIDSMILJØ:

Refleksjoner og erfaringer

5) Hva legger du i begrepet 'arbeidsglede'?

6) Friskfaktorer og energi:

- Hva legger du i begrepene friskfaktor og energilekkasje?
- hva skaper positiv energi - er friskfaktorer for deg?

- hva tapper deg for energi? for mening?
- Hva er dine tanker om sammenhenger mellom:
 - sykefravær i fht arbeidsmiljø og livssituasjon
 - energi i fht arbeidsmiljø og livssituasjon gen, mening og mestring spesielt
 - livskvalitet og arbeid
- Hva må til for at personer kan/vil bruke kunnskap om energi skaping/tapping i egen forebygging eller forbedring av vanskelig situasjon?

UTVALG/REKRUTTERING/MOTIVERING AV SYKEMELDTE:

7) Hvem anser du som målgruppen for prosjektet?

- Er utvalgsriteriene gode? Hvordan burde de evt. vært?

8) Antall: Hvor mange sykemeldte/deltakere har du:

- Meldt inn?
- Ferdigstilt?
- Rest – hva med dem?
- Hvorfor disse meldt inn, og ikke andre?

9) Ditt inntrykk av hvordan dine aktuelle medarbeidere opplevde:

- å bli spurt om å delta i prosjektet (pos/neg, måtte du motivere)
- motivasjon for å delta?
- tro på prosjektet – i starten, underveis, etter veiledningene avsluttet
- informasjonen i forkant og evt underveis

10) Faser i prosjektet som du har vært involvert – din rolle og dine erfaringer:

- rekruttering og motivering av sykemeldte/deltakere
- kartleggingen (før, under, etter):
 - i og mellom veiledninger 1-3? Som guiden hadde med sykemeldte: eks om sykemeldte eller guide konfererte med deg?

Etter at veiledninger avsluttet (sette planlagte ideer/tiltak ut i livet, fremdrift):

Informasjon etter endte veiledninger:

Hvordan (form, eks email, skriftlig, muntlig med guide eller sykemeldt, begge) om hva (tiltak, årsaker...)

Hvordan fungerte dette? Forbedringspotensiale

Hvilke tiltak:

Planlagt

Gjennomført

Hva gjenstår? status

Involvering i vurdering av tiltak, utvikling av tiltak, implementering

Din oppfatning mht mulighet og vilje til å gjøre tiltak:

Avhengig av type tiltak?

Ressurser og fleksibilitet

Annet som begrenser eller gir muligheter

Er det forskjell på hvor langt du vil strekke deg avhengig av deltakers person, yrke, annet?

Om å skape forventninger som kanskje ikke kan innfris?

Involvering av andre (eks Nav):

Den sykemeldte selv:

Holdning, tilnærming,

Ressurser, kompetanse

Guidens evt andre sykefraværsoppfølgeres bidrag

Andre/annet som har betydning for å lykkes med tiltak?

Noe du ser som særlig kritiske dimensjoner/sider/faser?

11) Dersom det har vært flere prosjektdeltakere som du er leder for:

Ser du noen mønstre/mulige sammenheng ut fra deltakeres yrke, diagnose, hjem/privatsituasjon, alder, mot, arbeidsmiljø/ledelse, annet), mht:

- Hvem som er mer vs mindre motivert til å delta i prosjektet?
- Hvem som ser ut til å få (kort sikt) mest nytte av prosjektdeltaking?

Andre sammenheng som ser ut til å ha betydning?

ORGANISERING AV PROSJEKTET:

Dine oppfatninger om slik det var og hva som burde forbedres mht:

12) Informasjon og opplæring:

- i forkant før utvalg av deltakere?
- Lederopplæringsseminar: når, hvordan kom du med, hvordan fungerte
- Info underveis etter at deltaker startet veiledning
- Etter at veiledningen var avsluttet

13) Samhandlingen mellom lokal organisator av prosjektet og/eller guiden og

- deg
- prosjektdeltakere?

Når, hvordan, hvorfor, bra nok

14) Samhandling med andre ledere eller annen stab:

- behov for å spørre
- behov for å dele erfaringer og spørsmål underveis med andre ledere i foretaket?
- for å kunne gjøre gode tiltak og tilrettelegginger for prosjektdeltaker

15) Ethiske dilemma/sider i prosjektet (er sykemeldte, kanskje utbrent, skape brudd og/eller forventninger/håp, pushe, personlighetsteste):

- Hva?
- Hvorfor, konsekvenser?
- hvordan håndtert dette
- Hva kan lære av dette? Råd dersom piloten skal følges opp

AVRUNDING - sjekk at følgende er nok dekket eller spør igjen om følgende:

16) Hva er dine beste erfaringer med prosjektet? Hvorfor?

17) Hva er dine mindre gode erfaringer med prosjektet? Hvorfor?

18) I en vurdering av om pilotprosjektet blir vellykket eller ikke?

- Hvilke kriterier bør legges til grunn i vurderingen av...når vellykket?
- Hva er din vurdering så langt?

19) Hva har vært de viktigste hemmet eller fremmet faktorer for gjennomføring av prosjektet?

- Er det noe/noen du mener er svært viktig – kritisk
- Andre hemmende faktorer
- Andre fremmende faktorer

20) Hva er viktigste forskjellen på dette prosjektet og andre tilnærminger som foretaket gjør i oppfølging av sykefravær og arbeidsmiljø?

21) Kan pilotprosjektet være en tilnærming som kan erstatte eller supplere andre tiltak mht arbeidsmiljø og reduksjon av sykefravær (forebygge og følge opp)?

- I hvilken grad, hvordan, hvorfor vs ikke
- Forbedringer som da må gjøres

22) Er det andre ting mht pilotprosjektet som vi ikke har tatt opp eller som du vil utdype?

23) Er det noe du mener er viktig å undersøke nærmere i intervju eller survey med:

- a. Sykemeldte
- b. Ledere som ikke meldte inn deltakere
- c. Guide, evt andre (eks NAV, foretaksledelse)?

Intervjuguide - prosjektleder

IA- avtalen:

1. Prosjektet er rettet mot langtidssykemeldte utover IA- avtalen, hvorfor har ikke IA- avtalen gitt resultater ovenfor denne gruppen?
2. Hva er det evt. IA- avtalen mangler?
3. Hvordan er NAV involvert i prosjektet, og hva kan de bidra med?

Bakgrunn for prosjektet:

1. Hvordan ble prosjektet til? (+ prosjektstart og forventet slutt)
2. Hvordan ble dette mottatt (blant ledelsen i Helse Nord foretakene)?
3. Økonomiske rammer?
4. Er dere i rute mht forventet prosjektslutt, om ikke hva er årsakene?
5. Hva legger du i betydningen ”arbeidsglede”
6. Hva legger du i betydningen ”friskfaktorer”
7. Hvordan har dere ”profilert” dere ovenfor målgruppen, og hvem har vært målgruppen?

8. Hvordan har dette blitt mottatt blant de som har blitt forespurt om å delta?
9. Har Helse Nord gjennomført/ vurdert andre helsefremmende tiltak for å forebygge langtidsfravær?
10. Hvordan ble Handelshøgskolen i Bodø involvert i prosjektet?

Sollan:

1. Hvordan fikk dere kjennskap til Sollan?
2. Verktøyet som brukes (Profråd), har dere fått tilbakemeldinger fra guider at disse er mangelfulle i forhold til kartlegging
3. Vet du om andre som bruker verktøyet (utenom Sollan og Helse Nord)?
4. Vurderte dere å bruke noen andre verktøy?
5. Mener du at kartleggingen gir en riktig bilde/match mellom interesse – og yrkesprofil?

Generelt om rollen som guide:

1. Hvor mange guider er involvert i prosjektet?
2. Hvordan ble guidene valgt ut, spesifikke krav til kompetanse?
3. Har du gjennomført kartlegging/ veiledning? Om ja:
 4. Føler du at det har vært en etisk vanskelig jobb å utføre da samtalene gjennomføres med personer som allerede er i en vanskelig situasjon?
 - Hvordan?
 - Hvorfor/ evt. hvorfor ikke?
5. Har du fått følelsen at prosjektet blir en belastning for de langtidssykemeldte som allerede har vært gjennom prosessene som et ledd i IA- avtalen?
6. Skiller det seg ut i forhold til profesjoner (for eksempel flere hjelpepleiere, sekretærer enn sykepleiere som er med)?
7. Hvordan forbereder du deg til hver samtale (om ja over)?

8. Deler du egne erfaringer med langtidssykemeldte, hvor åpen føler du at du kan være?
9. Hva skaper positiv energi - er friskfaktorer for deg?
10. Hva tapper deg for energi? – for mening?
11. Hvordan introduserer dere kartleggingen ovenfor langtidssykemeldte?
12. Hvordan skaper du et tillitsforhold/relasjonsbygging mellom deg og langtidssykemeldt?
13. Under hvilken setting møtes dere (på arbeidsplass, nøytralt?)
14. Er arbeidet emosjonelt/følelsesladet, og evt. hvordan takler / dokumenter du dette?
15. Har du lært mye underveis i forhold til de første intervjuene til pr i dag, og evt. endret din tilnæringsmåte?
16. Hvordan analyserer du, evaluerer du samtalene?
17. Opplever du kartleggingen som korrekte? Eller blir det for svart/hvitt, og evt. kontekstuell?
18. Har du fått inntrykk av at det ligger andre problemer enn feil karrierevalg bak sykemeldingen?
19. Hvor lang opplæring får guidene for å få sertifisert bruken av kartleggingsverktøyet?
20. Hvem står for opplæringen?
21. Kan guidene fritt bruke sin kompetanse i forhold til kartlegging og veiledning utenom foretaket Helse Nord?

Eksempler:

- j. Psykososialt arbeidsmiljø
- k. Forhold til leder
- l. Forhold til kollegaer
- m. Familieforhold?

- n. Samfunnsproblemer, herunder uro for de stadige innsparingene i helsesektoren?
- o. Underbemanning?
- p. Liten fleksibilitet i yrket?
- q. Turnusordninger (for eksempel i perioder med kvelds- nattevakter, merkedager og helligdager)
- r. Emosjonelt (følelsesmessig) arbeid, ”tingliggjøring” av pasienter, ”aldri å ha nok tid”

Generelt om dialog mellom guide og langtidssykemeldt:

- 10. Får dere inntrykk at betydningen av ”feil person på feil plass” kommer frem under kartleggingen?
- 11. Hvordan oppleves den sykemeldtes følelser under samtalene?
- 12. Hvordan opplever den sykemeldte at kartleggingen viser at den egentlig passer best til et annet yrke?
- 13. Hvordan opplever den sykemeldte at testen viser ”rett person på rett plass”, men mener selv at ”drømmen” var noe annet?
- 14. Hvordan følger dere opp dette, ligger det til rette for omgjøring av stillinger?
- 15. Hadde du ønsket at verktøyet dere bruker hadde hatt en utvidende form, og evt. hvilken?
- 16. Blir samtalen vektlagt av problemer, eller av løsninger?
- 17. Når veiledningene er avsluttet - hvilke roller har nærmeste leder og evt andre (eks sykefraværsoppfølger, NAV??) i den videre prosessen?
- 18. Hva mener du er de viktigste hemmende og fremmende faktorer for at prosjektet skal lykkes mht oppfølgingen av den enkelte sykemeldte?

Individfokus:

- 1. Ser dere resultater av fokus på arbeidsglede? (<http://www.sollan.no/grunder.pdf>)
- 2. Blir de ansattes perspektiv annerledes når fokus settes på mening med arbeidet?

3. Tror du at man kunne unngått energilekkasjer om man hadde tatt testene ved for eksempel ansettelse? Eller for å forebygge langtidssykefravær? Hva med avdelingsnivå?
4. Er det en sammenheng mellom alder, kjønn eller profesjon i forhold til hvem som er langtidssykemeldt?
5. Har de involverte (sykemeldte) forventninger til dere, og hva kan dere tilby utover kartleggingen?
6. Opplever dere kartleggingen som en tankevekker og en positiv respons, eller er det en personlig nedtur i tillegg til "sårbarheten" som sykemeldte å innse (om de gjør det..) at de er egentlig i feil yrke?
7. Hva med etiske problemstillinger i forhold til en "sårbar gruppe". Har dere innledningsvis ved prosjektstart formulert noen etiske retningslinjer mht kartlegging, veiledning og evt. oppfølging?

Forespørsel til informanter om gjennomføring av intervju



Bodø, 13 mars 2008

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT GJENNOM INTERVJU

Følgforskning av Helse Nord's pilotprosjekt 'Arbeidsglede - jakten på friskfaktorer'

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som studerer pilotprosjektet 'Arbeidsglede - jakten' på friskfaktorer' som gjennomføres av Helse Nord. Formålet med studien er å utvikle økt kunnskap om de grep (verktøy, metoder, tiltak, støttesystem) som gjøres underveis i pilotprosjektet, hvordan de erfarer og oppleves, hvilke resultater som oppnås, og hva som hemmer og fremmer pilotprosjektets mål om å få flest mulig tilbake i arbeid. Jeg jobber i undervisnings- og forskerstilling innen fagområdet organisasjon og ledelse, ved Høgskolen/handelshøgskolen i Bodø. Ca 30 av de 150 deltakerne i pilotprosjektet vil bli intervjuet, utvalget er gjort slik at det blir variasjon i alder, kjønn, yrke, foretak, og guide som ledet veiledningene. Dine erfaringer fra prosjektet er relevant uansett

Elisabeth M.E. Anfinnes og Line Stemland

Bacheloroppgave BE215E, Handelshøgskolen i Bodø, mai 2008

Side 139 av 141

om du er tilbake i din gamle jobb eller ikke. Følgforskningen ledes av førsteamanuensis Dorthe Eide, hun gjør hoveddelen av intervjuene. En liten andel av intervjuene gjøres av to studenter, og denne forespørselen til deg er en forespørsel om å bli intervjuet av dem. Studentene veiledes av Dorthe Eide. Studentene - Elisabeth Anfinnes og Line Stemland - er tredjeårsstudenter, som gjør dette i sin bacheloroppgave.

Hva innebærer studien?

Studien benytter flere datainnsamlingsmetoder og informanter, denne forespørsel gjelder **intervju**. Intervjuene gjennomføres ca 3-4 måneder etter den siste ordinære veiledningssamtalen med guiden. Intervjuet varer ca en time (+-). Prosjektdeltakernes positive og negative erfaringer med prosjektet og hvilke resultater som er oppnådd så langt, samt litt bakgrunnsinformasjon om personens arbeidsmiljø og situasjon er fokus for intervjuet. Å delta i intervju har ingen direkte fordeler eller ulemper for deg, ut over det å dele erfaringer med andre. Du avgjør selv hvor mye du ønsker å utdype de ulike spørsmål. En av studentene har hovedansvaret for å føre samtalen, og den andre for å notere.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Gjennom deltakelse i intervju får studentene og forskeren tilgang på personidentifiserbare opplysninger. Studenter og forsker er underlagt taushetsplikt og krav til forskningsetikk. Informasjon som registreres vil bli behandlet og lagret uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Det er kun forsker som får tilgang til data. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, se samtykke erklæringen. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg. Dersom du har spørsmål om studien kan du kontakte: Førsteamanuensis Dorthe Eide, telefon 75517691, eller dorthe.eide@hibo.no.

Avtaler om tidspunkt og sted for intervju gjøres direkte med studentene: Elisabeth tlf 41214995 eller Line tlf 95094252.

Mvh

Dorthe Eide,

Høgskolen i Bodø,

Boks 6003, 8049 Bodø,

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I STUDIEN I FORM AV INTERVJU

Jeg er villig til å bli intervjuet

Sted

Dato

Navn

Den skriftlige samtykkeerklæringen leveres signert i starten av intervjuet. Før den tid, gis muntlig erklæring enten til guiden/den som først informerer muntlig om studien, eller til studenten på telefon.