

Prosjekt Arbeidsglede

En innovasjon i Helse Nord

Dokumentasjon og erfaringer
av metode, resultater
og funn så langt...

Grete Birgithe Åsvang
Prosjektleder
Helse Nord RHF

L. Johansen 2008

Innholdsfortegnelse

Forord	3
0 Sammendrag	5
1 Innledning	10
1.1 Bakgrunn	10
1.2 Mål – omfang – ramme og ressurser	10
1.3 Målgruppe	12
1.4 Måltall	12
1.5 Verktøy og metode	12
1.5.1 Sollan-programmet	13
1.5.2. Profråd-programmet	19
2 Prosjektstart	21
2.1 Organisering av prosjektet	22
2.1.1 Prosjektets organisering - roller og grupper	22
2.1.2 Styringsgruppen	23
2.1.3 Arbeidsgruppen/ arbeidslivsguidene	23
2.1.4 Referansegruppen	24
2.1.5 Dokumentasjonsverktøygruppen	24
2.1.6 Eksterne aktørers roller i prosjektet	25
2.2 Prosjektperiode med fremdriftsplan	25
2.3 Arbeidslivsguider	26
2.3.1 Utvelging av arbeidslivsguider	26
2.3.2 Utdanning av arbeidslivsguider	26
2.4 Elektroniske verktøy	28
2.4.1 Verktøyet Discover	28
2.4.2 Elektronisk verktøy for dokumentasjon	29
3 Gjennomføring	30
3.1 Informasjon- og mediestrategi	31
3.2 Utvalg av målgruppen – prosess – tilpasning	33
3.2.1 Måltall – oppnåelse og avvik	33
3.2.2 Kriterier for utvelgelse av målgruppe	33
3.2.3 Evaluering av kriterier for utvelgelse av målgruppe	34
3.2.4 Endring av kriterier for utvelgelse av målgruppe	35
3.3 Tidsbruk til veiledning, følgeforskning og kvalitetssikring	37
3.4 Dokumentasjon	38
3.4.1 Kvantitativ dokumentasjon	38
3.4.2 Kvalitativ dokumentasjon	39
3.5 Kvalitetssikring	39
3.5.1 Arbeidslivsguidene	39
3.5.2 Intranettside	40
3.5.3 Sjekkliste for arbeidslivsguider	41
3.5.4 Arbeidsgruppemøter	41
3.5.5 Lederopplæring	41
3.6 Arbeidsform/ betraktninger	42
3.6.1 Veiledningene	42
3.6.2 Intern organisering i foretakene	42

3.6.3 Ekstern versus intern veileder	44
3.6.4 Kontakt med ledere i forkant av veiledning	45
3.7 Rutine/ arbeidsprosess.....	45
4 Resultater/ funn.....	47
4.1 Fra andre prosjekter.....	47
4.2 Våre funn på interessetyper med generelle karakteristika	49
4.2.1 Statistisk materiale	49
4.2.2 Sosial- og omsorgstype og ESFJ/ ISFJ	51
4.2.3 Teoretiske typer.....	52
4.2.4 Ordenstype	53
4.2.5 Foretaksom type	53
4.2.6 Kunstnerisk type.....	54
4.2.7 Praktisk teknisk type	54
4.3 Hvordan kan vi nyttiggjøre oss funnene i den daglige drift?	54
4.3.1 Endring for enhver ... i sær...!	55
4.4 Valgte løsninger – fra små justeringer til større endringer.....	59
4.5 Tilbakemeldinger	62
4.6 Følgeforskning	64
4.7 Resultatet nådd?	66
5 Vurdering, tilråding og veien videre	68
5.1 Bedre utnyttelse av HR-ressursene	68
5.2 Vurdering av den metodemessige siden.....	69
5.2.1 Opplæring i Profråd-programmet.....	69
5.2.2 Opplæring i Sollan-programmet.....	70
5.2.3 Treningsveiledninger.....	71
5.2.4 Kvalitetssikring av veiledningene 3-2-1	71
5.2.5 Arbeidslivsguideprofil og profil til andre oppgaver.....	72
5.2.6 Lederopplæring	73
5.2.7 Rapport i etterkant av veiledning	74
5.2.8 Erfaringer med veiledningsmetoden	74
5.3 Utvidet bruk av verktøy/ metode og forslag til videreføring	77
Referanseliste.....	80
Vedlegg 1 Prosjektskisse – Prosjekt Arbeidsglede – ”jakten på friskfaktorene”	82
Vedlegg 2 Fremdriftsplan per 23. august 2007	101
Vedlegg 3 Fremdriftsplan per 3. oktober 2007	102
Vedlegg 4 Kvalitetssikring – sjekklister for guider.....	103
Vedlegg 5 Erfaringskonferanse program	106
Vedlegg 6 Forskningsprotokoll.....	111

Forord

For å referere følgeforsker og førsteamanuensis i organisasjon og ledelse, Dorthe Eide, ved Handelshøgskolen i Bodø: *”Helse Nord har gjennomført en organisatorisk innovasjon der en metode for utvidet og individuell sykefraværsoppfølging er satt i en organisasjonskontekst”* (Erfaringskonferanse prosjekt Arbeidsglede, 2008).

NRK Nordland sendte mandag 28. oktober 2008 et kåseri om foreløpige resultater fra prosjekt Arbeidsglede ved Dorthe Eide. Eide viste til at de sykemeldte gjennom prosjektet ofte fikk økt innsikt og klarer å bruke innsikten i handling slik at handlingsmønster brytes. Hun avsluttet sitt kåseri med å si at de foreløpige resultatene fra følgeforskningen er svært lovende (NRK Nordland, 2008).

Allerede underveis i prosjektet ble vi kjent med at der var andre organisasjoner som fulgte spent med i vårt prosjekt med tanke på å vurdere lignende tiltak selv. For at både Helse Nord og eventuelle andre organisasjoner skal kunne dra nytte og lærdom av pilotprosjektet er denne rapporten utarbeidet så detaljert at våre erfaringer fra prosjektet skal være mulig å anvende til videre arbeid. Samtidig har vi forsøkt å gjøre sammendraget utdypende nok til å være informativt for de som ikke har behov for dybdekunnskap om prosjektet. I tillegg har vi beskrevet våre erfaringer samt resultater i forhold til mål og hensikt.

Følgende personer har bidratt i utarbeidelse av rapporten:

- ✓ Grethe Lande Nyborg, Sollan: På deler som omfatter Sollan-programmet og undervisningsopplegg, resultater/funn samt kvalitetssikring av rapporten
- ✓ Dorthe Eide, Handelshøgskolen i Bodø: På det som omhandler følgeforskningen samt kvalitetssikring av rapporten
- ✓ Edvard Andreassen, Helse Nord RHF: På både innledning, oppstarts- og gjennomføringsfase
- ✓ Hjørdis Rasmussen, UNN HF: Kvalitetssikring av rapporten
- ✓ Gunn-Ingvild Derås, UNN HF: Kvalitetssikring av rapporten
- ✓ Åshild J. Nordnes, Helse Nord RHF: Kvalitetssikring av rapporten
- ✓ Oskar Solberg, NTNU: På det som omhandler Profråd-programmet/ DTS

En stor takk til alle som har bidratt til muliggjøring og gjennomføring av prosjektet.

Bildet på forsiden er laget av Liv Johansen, sykepleier og deltaker i prosjekt Arbeidsglede, underveis i en prosess tilbake til bedre livskvalitet og arbeidslivskvalitet. Vi er svært glade for å få lov til å bruke bildet som illustrasjonsfoto på prosjektets sluttrapport. Her er hva hun selv sier om bildet:

”Bildet symboliserer for meg det komplekse mennesket. På den ene siden når masken slår sprekker og det sårbare mennesket bak kommer fram, slik det ofte gjør i en utfordrende livssituasjon. Klovnen symboliserer også glede og latter som også er viktige elementer i livet selv om ikke alt ”går på skinner”.”

Bodø, april 2009
Grete Birgithe Åsvang
Prosjektleder
Helse Nord RHF

0 Sammendrag

Kapittel 1 gir en beskrivelse av bakgrunn, mål, målgruppe, måltall, fremdriftsplan og metode

Metoden er en forsinket karriereveiledning¹ sett i et helseperspektiv benyttet i en utvidet og individuell sykefraværsoppfølging. Målgruppen var sykemeldte med gjentakende sykefravær. Måltallet var å veilede 150 sykemeldte medarbeidere i Helse Nord ved bruk av firmaet Sollans veiledningsmetodikk Sollanprogrammet. Vi utdannet 9 arbeidslivsguidere internt i foretaksgruppen og veiledet 142 medarbeidere i perioden mars 2007 til høsten 2008.

Kapittel 2 beskriver oppstartsfasen av prosjektet

Denne delen omfatter organiseringen av prosjektet, prosjektperioden med fremdriftsplan, arbeidslivsguidene og elektroniske verktøy i startfasen av prosjektet.

Oppstartsfasen i prosjektet var en krevende og spennende tid, både for arbeidslivsguidere og prosjektleder. Helse Nord skulle benytte en metode firmaet Sollan har utviklet og benyttet i egen virksomhet i Asker. Metoden skulle settes i system i hele foretaksgruppen. Vi valgte en organisering med styringsgruppe bestående av personalsjefene i foretaksgruppen, konserntillitsvalgte, konsernverneombud, en av foretaksdirektørene som leder og prosjektleder som sekretær. Prosjektleder var ansatt i 50 % stilling i prosjektperioden.

Det ble valgt ut 9 arbeidslivsguidere fordelt på foretakene i foretaksgruppen og Helse Nord RHF, som skulle utdannes til å veilede medarbeidere i prosjektet. Kvalitetssikringen krevde at en brukte en god del tid og ressurser på utdanning til arbeidslivsguiderollen, samt at mye i prosjektet skulle planlegges og etableres. Følgforskning og kvantitativ dokumentasjon ble planlagt og fikk et stort fokus i gjennomføringen av prosjektet.

Kapittel 3 beskriver gjennomføringen av prosjektet

Kapittel 3 tar for seg informasjon- og mediestrategi, utvalg av målgruppen/ prosess/ tilpasning, tidsbruk, dokumentasjon, kvalitetssikring, arbeidsform/ betraktninger og rutine/ arbeidsprosess i gjennomføringen av prosjektet.

¹ Forsinket karriereveiledning betyr i denne sammenheng at den gjennomføres noe senere i livet, i motsetning til de ungdommer som mottar karriereveiledning i ungdoms- og videregående skolealder.

Denne fasen viste seg å ta langt mer tid enn først antatt. Vi møtte tidlig på utfordringer i å definere målgruppen. Det ble gjort endringer på kriterier for deltakelse underveis, for å sikre at vi fikk med de som var relevante. Informasjon- og mediestrategien ble fulgt og evaluert jevnlig underveis. Til tross for nøye planlagt strategi viste det seg å være en utfordring å nå ut med informasjon til alle enheter i foretaksgruppen. Som ledd i kvalitetssikringen skulle lederne til deltakere i prosjektet bli introdusert til metoden som ble brukt i veiledningen. Vi møtte utfordringer i å få med de aktuelle lederne på lederopplæringen, ikke nødvendigvis på grunn av manglende interesse, men ofte i konkurranse med andre viktige oppgaver lederne må prioritere mellom. Det ble gjennomført 12 lederopplæringsseminarer fordelt på to runder og flere geografiske steder.

Arbeidslivsguidene hadde jevnlig møter i prosjektperioden, både for å kunne utveksle erfaringer, diskutere utfordringer, bidra i planlegging og gjennomføring samt å dele opplevelser underveis i prosjektet. Samlet har alle arbeidslivsguidene brukt i størrelsesorden 1300-1500 timer til veiledninger i prosjektet (inkludert dokumentasjon til følgeforskningen) og har i gjennomsnitt brukt 9 timer på veiledning med hver av de 142 sykemeldte. For de fleste medarbeidere ble veiledningene gjennomført på 2-3 møter. Ettersom dette var en pilot åpnet vi for å gi ytterligere veiledningstimer om arbeidslivsguide og/ eller medarbeider så det nødvendig, noe enkelte medarbeidere benyttet seg av. Veiledningene foregikk i hovedsak på medarbeidernes arbeidssted.

Kapittel 4 beskriver resultater og funn

I denne delen har vi valgt å trekke ut noen gjennomgående funn, si litt om hvordan en kan nyttiggjøre seg funnene i den daglige drift, litt om de små justeringer eller større endringer den enkelte sykemeldte valgte på sin vei videre, tilbakemeldinger underveis og i etterkant, følgeforskningen samt vurdering av måloppnåelse.

I kapittel 4.2 har vi tatt med eksempler på noen av de styrker og utfordringer – knyttet til interesse- og personlighetstyper - som var fokusert på i flere av veiledningene.

Gjennom prosjektet har vi erfart at flere av de sykemeldte kunne relatere opptrapping i plager/ symptomer til en tidligere eller pågående endringsprosess. Vår erfaring i prosjektet tilsier at det er individuelt hvilke elementer/ utfordringer den enkelte opplever som vanskelige i forbindelse med endringsprosesser, noe som også er i tråd med John Hollands

trekk-faktor teori (Holland, 1959). Vi har derfor valgt å si noe om hvilke utfordringer som ble vanskelig for den enkelte interessetype. Kort sagt kan vi nevne dem på følgende måte²:

- ✓ Praktisk teknisk type kan få for mye prosess og visjoner
- ✓ Ordenstypen må ha forutsigbarhet og system/ryddighet
- ✓ Teoretiske typer må vite hvorfor og få mulighet til å medvirke
- ✓ Kunstnerisk type vil gå egne veier
- ✓ Foretaksom type kan synes ting tar for lang tid
- ✓ Sosial omsorgstype er følsom for uro og søker harmoni

Vår hypotese er, med bakgrunn i våre erfaringer i prosjektet, at den enkelte medarbeider har sine individuelle ønsker og behov i en endringsprosess, i tråd med sin interesseprofil. Dette har vi utfordret følgeforsker og førsteamanuensis Dorthé Eide til å undersøke nærmere gjennom følgeforskningen.

Det vi vet så langt er at sykefraværet for alle ansatte i Norge er økende for 2. kvartal 2008, mens sykefraværet i Helse Nord er stabilt i forhold til samme periode i 2007. Ettersom deltakerne ikke er en definert gruppe på en slik måte at vi kan følge utviklingen i sykefravær for denne gruppen isolert, vet vi ikke i hvor stor grad deres deltakelse i prosjektet har påvirket det totale sykefraværet i Helse Nord.

Vi har imidlertid samlet informasjon angående deltakernes status i forhold til om de fortsatt er sykemeldte, tilbake på jobb, over på rehabilitering, attføring eller i ny jobb i annen avdeling eller eksternt. Informasjonen er å regne som et øyeblikksbilde fra 23. september for 120 av de 142 deltakerne. 28 % av de 120 oppga at de er 100 % tilbake i opprinnelig jobb, mens 13 % er delvis tilbake i opprinnelig jobb. Av de 13 % prosentene er det flere som har planer om en gradvis økning mot 100 % jobb, mens andre er usikre på om det vil være realistisk. 19 % har sluttet i jobben og 11 % har fått ny jobb eksternt³. For ytterligere informasjon se tabell i kapittel 4.6.

Som ledd i følgeforskningen vil vi høsten 2009 få en ny oversikt over hvor den enkelte er i forhold til sin prosess på veien videre. Dersom svarprosenten på surveyen til deltakere blir

² For utfyllende informasjon se kapittel 4.3.1

³ Utenfor helseforetaket.

god nok kan denne benyttes. Alternativt vil det bli gjennomført en tilsvarende oppringning slik det ble gjort for å fremskaffe ”øyeblikksbildet” i september 2008.

Kapittel 5 beskriver vurdering, tilråding og veien videre

Avslutningsvis beskriver vi hvordan vi kan få til en god utnyttelse av medarbeideres ressurser, vurdering av den metodemessige siden, utvidet bruksområde av verktøy/metode og forslag til videreføring.

Gjennom prosjektet har vi blitt bevisst hvor stor nytte det kan være i å ha tilgjengelig karriere- og livsveiledningskompetanse – ikke bare i sykefraværsoppfølgingen men også i større grad forebyggende. Vår erfaring i prosjektet tilsier at følgende momenter bidrar til å skape robuste medarbeidere og god helse:

- ✓ rett medarbeider på rett plass/ oppgave/ yrke
- ✓ medarbeidere som mestrer og opplever arbeidslivskvalitet
- ✓ medarbeidere som har riktig grad av og riktig type utfordringer
- ✓ å oppleve mestring, arbeidslivskvalitet, rett grad av og type utfordring samt å være på rett plass/ oppgave/ yrke bidrar til motivasjon i arbeidet
- ✓ medarbeidere som kjenner egne styrker, utfordringer, friskfaktorer og energilekkasjer

Kan en se for seg at karriereveiledningskompetanse eller lignende blir en naturlig del av lederes verktøykasse i fremtiden?

Kanskje kan karriereveiledningskompetanse være mer treffsikkert i det forebyggende helsearbeidet enn annen medisin- og helsefaglig kompetanse i sykefraværarbeid og mer forebyggende helseende for noen medarbeidere.

Metoden vi har benyttet i veiledning av sykemeldte i prosjektet kan være anvendelig i blant annet:

- ✓ Lederutvikling
- ✓ Planlegging av personell disponering/ drift
- ✓ Teambygging
- ✓ Rekruttering

- ✓ Organisasjonsutvikling, bemanningsendring og organisering
 - *nye oppgaver*
 - *jobbendring*
 - *utvikle robusthet i endringsprosesser*
- ✓ Ordinær sykefraværsoppfølging
- ✓ Utvidet sykefraværsoppfølging
- ✓ Planlegging av seniorkarriere
- ✓ Utvidet oppfølging i etterkant av arbeidsmiljøundersøkelser
- ✓ Utvidet oppfølging i etterkant av medarbeidersamtaler

1 Innledning

1.1 Bakgrunn

I styresak 61-2006⁴ *Sykefravær – analyse og tiltak*, gikk det frem at samlet fravær for foretaksgruppen 1. kvartal 2006 var 9,8 %. Til tross for at Helse Nord er IA-bedrift og har arbeidet med tiltak som både skal forebygge og reparere sykefravær, så det ut til at de etablerte tiltak ikke var tilstrekkelig eller riktige for enkelte medarbeidere.

Styret konkluderte med at utviklingen i sykefraværet måtte følges tettere opp med løpende rapportering der årsaksbildet tydelig fremkommer for særlig oppfølging. Rollen og ansvaret for lederskapet måtte tydeliggjøres og videreutvikles i lederprogrammene, samt støttes av egnet verktøy for lederne.

Med dette som bakgrunn gjennomførte Helse Nord 1. og 2. november 2006 Fagdager HMS med hovedtema *Arbeidsmiljø, HMS og Sykefraværsoppfølging*. Gjennom disse fagdagene ble det satt fokus på Arbeidsglede⁵ og spørsmål ved om ikke mangelen på arbeidsglede faktisk var en større utfordring enn mangelen på arbeidskraft.

Konferansen, som hadde vernetjeneste, tillitsvalgte og HMS-/ personalmedarbeidere som målgruppe, ble meget engasjert av antakelsen om at et større fokus på arbeidsglede kunne bidra til å redusere sykefraværet betraktelig.

1.2 Mål – omfang – ramme og ressurser

I etterkant av regionale Fagdager HMS utarbeidet organisasjonsdirektør Åshild Nordnes en prosjektskisse som ble overlevert administrerende direktør i Helse Nord RHF, Lars Vorland. Prosjektforslaget ble behandlet i direktørmøtet i Helse Nord⁶, som tilsluttet seg

⁴ Styresak behandlet av styret i Helse Nord

⁵ Definisjon Arbeidsglede: Positiv opplevelse av egen arbeidslivskvalitet, gjennom tilgang på friskfaktorer og vilje og evne til å ivareta disse på en meningsfull måte (Sollan)

⁶ Møtefora for foretaksdirektørene i Helse Nord samt administrerende direktør, eierdirektør og fagdirektør i Helse Nord.

prosjektforslaget. Dernest ble det besluttet å gjennomføre et pilotprosjekt i Helse Nord gjennom budsjettprosessen senhøsten 2006. En kravspesifikasjon ble så utarbeidet og innkjøpsprosess igangsatt.

Gjennom prosjektet skulle vi innføre og gjennomføre en forsterket sykefraværsoppfølging. Målet var å veilede, støtte og motivere medarbeidere som sliter med helsa og gjentakende høyt sykefravær tilbake til arbeidslivet.

Grunnleggende i prosessen var å støtte den enkelte medarbeider til å ta ansvar for egen helse. Veiledningen kunne i ytterste konsekvens medføre at medarbeideren fant ut at han/ hun var havnet på ”feil hylle” og måtte gjøre helt nye valg. Erfaringer gjort av Sollan i egen virksomhet i Asker hadde forut for vårt prosjekt vist at bevisstgjøring av ens friskfaktorer⁷ ofte kan løses i eksisterende jobb, - på jobb og/ eller i fritiden. Vi forventet derfor at det ville være i de færreste tilfeller at medarbeider ønsket å gjøre noe helt annet.

Hovedfokus var det hele menneske og det var uvesentlig om friskfaktorene kunne gjøre seg gjeldene i arbeidstid eller fritid. Arbeidstakeren hadde hovedansvar for å sørge for at en hadde tilstrekkelig med friskfaktorer tilstede i sitt liv. Arbeidsgiver bistod medarbeider med å bli bevisst hva som var ens friskfaktorer samt bidra med eventuell tilrettelegging i arbeidshverdagen. Egne utdannede arbeidslivsguider skulle bistå medarbeiderne med veiledning der en brukte både Profråds karriereveiledningsverktøy og Sollans veiledningsmetode.

Hensikten var å oppnå i prioritert rekkefølge;

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

⁷ Definisjon Friskfaktorer: Forhold i den enkeltes arbeids- og privatliv som gir denne forutsetninger for å fungere optimalt, utvikle seg, trives og føle arbeidsglede (Sollan)

1.3 Målgruppe

I utgangspunktet ble målgruppen definert til langtidssykemeldte med > 56 dager sykefravær samt at det ikke skulle være første sykefraværstilfelle. Underveis i prosjektet ble målgruppen endret til medarbeidere med sykefraværsløp/ -historikk, noe som åpnet for kortere og gjentakende sykefraværsløp samt at de ikke trengte være sykemeldte på veiledningstidspunktet. Vi vil referere til deltakerne som både medarbeidere og sykemeldte medarbeidere i resten av rapporten.

1.4 Måltall

Tidligere forskning har vist at 10 % av de sykemeldte står for 80 % av sykefraværet (Tveito m.fl., 2002). Denne tesen var utgangspunkt for vår prosess med å definere måltall. 10 % av de sykemeldte i Helse Nord RHF med et fravær på omlag 9,8 % utgjorde høsten 2006 100 – 110 ansatte. Forslag med denne størrelsen til måltall ble forelagt direktørmøtet. Det ble gitt tilbakemelding om at måltallet skulle økes til minimum 150 ansatte.

Minimum 150 langtidssykemeldte medarbeidere i Helse Nord skulle delta i prosjektet og motta veiledning. Antallet deltakere ble fordelt på foretakene i Helse Nord ut ifra prosentvis andel av sykefravær > 56 dager for hele foretaksgruppen. Fordelingen ble som følgende:

Tabell1

Måltall	Helse Finnmark HF	UNN HF	Sykehusapotek Nord HF/ Helse Nord RHF/ HN IKT	NLSH HF	Helgelands-sykehuset HF	Sum
Måltall per foretak	13	73	1	42	21	150

1.5 Verktøy og metode

Helse Nord gjennomførte en anbudsprosess på nyåret 2007. NTNU var eneste tilbyder på sertifisering. Sollan var eneste tilbyder på veiledningsmetodikk. Firmaet Sollan og NTNU ble valgt etter anbudsprosess/ pristilbud.

Veiledning av 150 medarbeidere ville vært en betydelig mengde å kjøpe inn fra et eventuelt konsulentfirma. Samtidig ønsket vi å utvikle kompetanse internt i Helse Nord, mens vi testet ut et verktøy og metode, som i fremtiden ville kunne benyttes både til sykefraværsoppfølging og andre langt mer forebyggende og helsefremmende områder. Vi valgte å utdanne 9 egne arbeidslivsguidere som skulle veilede sykemeldte i Helse Nord. Arbeidslivsguidene er til daglig ansatt i Helse Nord-systemet.

1.5.1 Sollan-programmet

Sollans metodikk kan karakteriseres som karriere- og livsveiledning i et helseperspektiv. Målet er å veilede, støtte og motivere den enkelte medarbeider som sliter med helse, motivasjon eller overskudd og høyt sykefravær til å se nye muligheter og komme i gang igjen. Sollan-programmet bygger på prinsippet om at meningsfull bruk av egne ressurser er en viktig friskfaktor og kilde til styrket helse, motivasjon og arbeidsglede hos den enkelte medarbeider.

Helhetlig forståelse av helse

Sollan vektlegger individuelt fokus i sykefraværsarbeidet og jobber ut i fra en helhetlig forståelse av helse. I tillegg til tradisjonelle aspekter ved helse som de fysiske, psykiske og sosiale inkluderes også det eksistensielle – meningen med livet, meningen med å gå på jobb (Nordenfeldt, 1991, se Abrahamsson, 2006). Dette er en side ved helse og sykefraværsarbeid som ofte blir oversett, men som synes stadig mer aktuell med tanke på økt utdanningsnivå og økte forventninger til arbeidslivet.

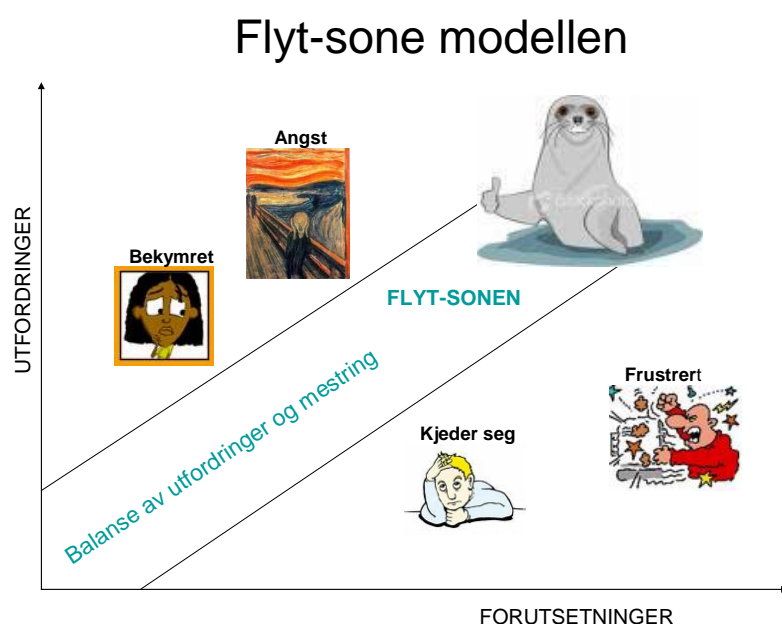
De fleste har et sterkt ønske om å bruke ressursene sine fullt ut, utvikle seg og trives i jobben. Når ikke dette er på plass inntreer spørsmål rundt meningen med å gå på jobb. Meningsløshet kan gå på helsa løs og gjøre det tyngre å reise seg etter lengre tids sykefravær. Områder som ”mening med livet”, personlige livsverdier, riktig bruk av egne ressurser, følelse av mestring og motivasjon er problemstillinger som må tas på alvor. Dette må skje på individnivå.

Særlig viktig i denne prosessen er det å hjelpe den enkelte til å finne sitt talent og bli mer bevisst sin egen ”flytzone” (figur 1), dvs. balansen mellom utfordringer og forutsetninger som gir maksimal motivasjon og resultat (Csikzentmihaly, 1998).

På denne måten styrkes den sykmeldtes forutsetninger for å bli en mer aktiv og tydelig part i sin egen ”vei tilbake”, enten det er mindre justeringer i eksisterende jobb eller større endringer som jobbskifte eller attføring.

Sollans metode og verktøy er godt egnet til å fange opp eksistensielle problemstillinger og bidra til å finne konkrete løsninger på problemet.

Figur 1



Salutogenese

Sollan-programmet har et helsefremmende og løsningsorientert utgangspunkt. Fremfor å fokusere på årsakene til de sykmeldtes helseproblemer (patogonese) flyttes fokus over på forhold som bidrar til god helse (salutogenese).

Aaron Antonovskys mestringssteori (1987) danner et godt rammeverk for å forklare Sollans metode. Antonovsky ønsker å forklare hvorfor noen mennesker forblir friske til tross for store utfordringer og press, mens andre blir syke under samme forhold.

Antonovsky introduserer to kjernebegreper ”GRR – General Resistance Resources” (motstandsressurser) og ”SOC - Sense of Coherence” (opplevelse av sammenheng). GRR kan være biologiske, materielle eller psykososiale faktorer som gjør det lettere for mennesker å oppleve sine liv som konsistent, strukturert og forståelig. Når en person har denne typen ressurser tilgjengelig i umiddelbare omgivelser vil det være lettere å håndtere utfordringer. De hjelper personen til å konstruere helhetlige livserfaringer som fremmer en sterk SOC. SOC kan oppfattes som en måte å oppfatte livet på og en evne til å håndtere stress og utfordringer. SOC sier noe om evnen til å bruke sine GRR.

Antonovsky deler SOC inn i tre delkomponenter:

- ✓ **Mening;** at livets utfordringer er verdt å investere sitt engasjement i. Denne karakteriseres som motivasjonskomponenten.
- ✓ **Begripelighet;** en grunnleggende opplevelse av at stimuli, i og utenfor individet, er forutsigbare, begripelige og strukturerte. Dette er det kognitive elementet i SOC.
- ✓ **Håndterbarhet;** at de ressursene som kreves for at en skal møte alle krav som disse stimuli stiller en ovenfor er tilgjengelige (ressursbalanse). Dette er atferdskomponenten.

Antonovsky karakteriserer helsefremming som å hjelpe mennesker til å øke kontrollen over og å fremme sin helse. Antonovskys tilnærming kan forme rammeverket og definisjonen på individuell empowerment⁸:

Sollan-modellen bygger på Antonovskys (1987) teori om at mennesker takler utfordringer, stress og egen helse bedre når de har forståelse for sin egen situasjon, opplever å ha tilstrekkelig med ytre og indre ressurser som de evner å bruke for å håndtere situasjonen og sist men ikke minst at de opplever det som meningsfullt å ta tak i utfordringene.

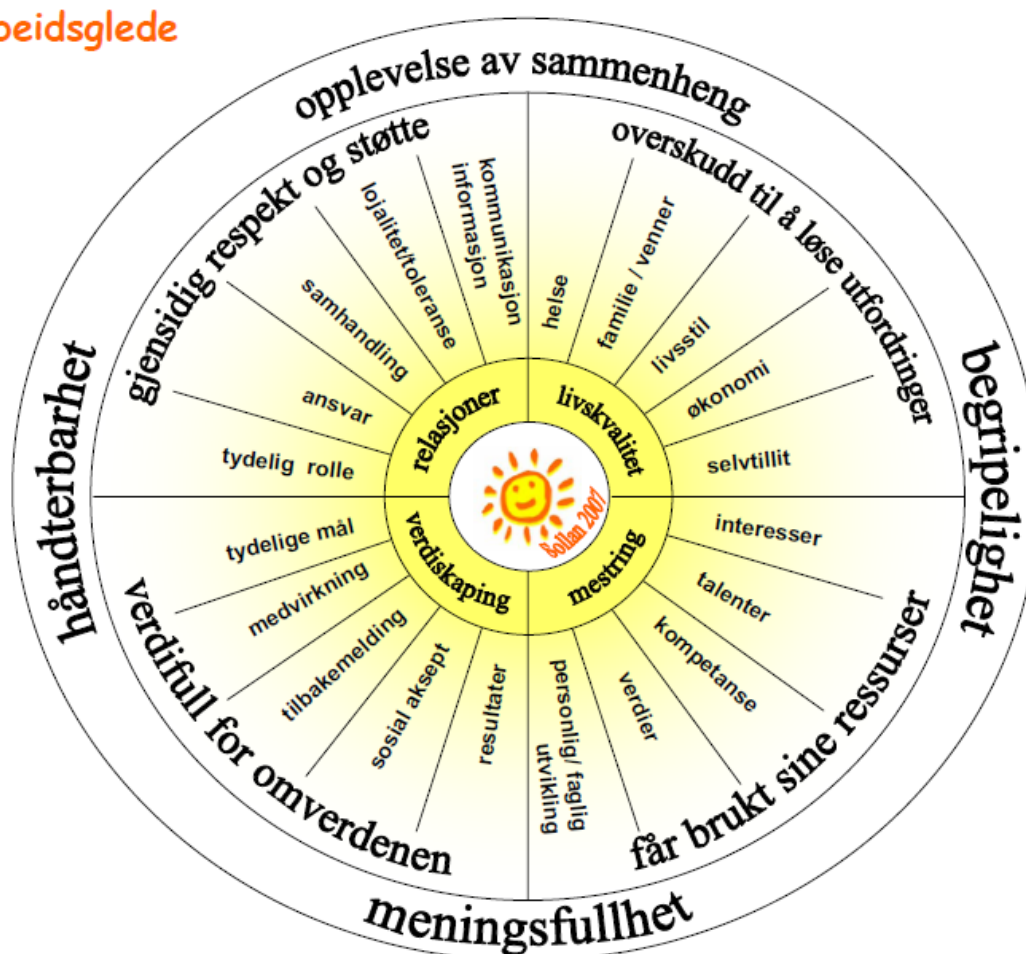
Mange sykmeldte sliter med ”tankekaos” og føler at de står fast og ikke ser ”lys i tunnelen”. De har etter lang tids fravær og helseproblemer ofte mistet selvtilliten og troen på at de kan prestere og mestre jobben sin. Dette samtaler og kartlegging av ressurser og muligheter som gir mening og motivasjon er med å bygge opp den sykmeldtes tro på seg selv og sine muligheter og evnen til å gjøre noe med situasjonen.

⁸ ”Empowerment” handler om å mobilisere og styrke folks egne krefter, samt å nøytralisere krefter som bevirker avmakt (Tidsskrift Norsk Lægeforening 2001; 121)

”Sollanhjulet” (figur 2) er et sentralt verktøy for å kartlegge nåsituasjonen og bevisstgjøre de sykmeldt om deres friskfaktorer og tiltak som kan settes inn for å komme i gang igjen. Friskfaktorene kan sammenlignes med Antonovskys GRR og defineres som forhold i den enkeltes arbeids- og privatliv som gjør det mulig å bruke ressursene sine fullt ut, utvikle seg og trives (www.prevent.se).

Figur 2

Arbeidsglede



”Riktig hylle”

En hypotese i forkant av prosjekt ”Arbeidsglede” var at mange av de sykmeldte har vært på feil hylle og ivarett oppgaver på tvers av deres interesser, evner og verdier. Dette har bidratt

til mangel på mening og mange energilekkasjer og kan gjøre det ekstra tungt å komme i gang etter lengre tids fravær.

John Hollands teori (1959) om yrkesvalg presenterer en direkte sammenheng mellom persontyper og yrkesinteresser. Han argumenterer for at en overensstemmelse (kongruens) mellom type og interesser er avgjørende for å oppnå personlig tilfredshet, suksess og en stabil karriere. I følge hans teori kan mennesker og deres personlighet beskrives i seks forskjellige typer som kan matches til seks forskjellige arbeidsmiljøer kategorisert på samme måte. Et optimalt valg i følge denne teorien er det som passer til personens type og de krav og belønninger som knytter seg til et bestemt yrke. Holland utviklet et kartleggingsverktøy som kategoriserer brukeren i ulike personlighetstyper og interesseområder.

En variant av dette er et sentralt element i karriereveiledningsprogrammet Profråd som arbeidslivsguidene sertifiseres i å bruke. Resultatene fra denne kartleggingen skal gi den sykmeldte innspill til å reflektere over og bli mer bevisste på sine interesser, evner, verdier og friskfaktorer og dermed et bedre grunnlag for å finne meningsfulle arbeidsoppgaver.

Hele mennesket

Det er viktig å se hele mennesket – balansen mellom arbeid, familie og fritid. Det er en kjensgjerning at mange sykmeldes for private forhold. Derfor er det nødvendig å interessere seg for medarbeidernes totale livssituasjon hvis en virkelig ønsker å få til en varig endring. Ofte kan det være vanskelig for arbeidsgiver og arbeidstaker å snakke åpent om private forhold.

Ved hjelp av Sollanhjulet kan den sykmeldte få hjelp til å rydde i tankene sine, sette ord på og danne seg et bilde av hvordan de ønsker å ha det når de har det som best i en jobb og hverdag preget av balanse, god helse, overskudd og arbeidsglede.

Individuell veiledning

Målet for arbeidslivsguidene er å tilby veiledning til arbeidstakere som ønsker bevisstgjøring og refleksjon rundt egen helse og friskfaktorer samt støtte til å gjenvinne helsen og mestre arbeidslivet. Arbeidslivsguidens rolle blir å frigjøre det beste i den enkelte og gjøre dem bevisst på sine iboende ressurser og talenter, sine verdier, motivasjon og mål og knytte dette opp mot handling. Arbeidslivsguiden skal hjelpe den enkelte å se muligheter og til å føle at de har de ressursene (indre og ytre) som skal til for å mestre arbeidslivet igjen. For at den

sykemeldte skal tro på og ønske å endre sin egen situasjon er det viktig at prosessen og målet oppleves som meningsfylt.

Refleksjon og bevisstgjøring rundt hva som gir mening står sentralt i denne prosessen. Arbeidslivsguidene skal gjennom dialog, kartleggingsresultater og Sollandhjulet finne den grunnleggende årsaken til tap av arbeidsglede og helse hos den enkelte. Deretter skal de bistå i å bygge et bilde av den optimale arbeids- og livssituasjonen for den enkelte, muligheter og begrensninger tatt i betraktning, og hvordan en kommer seg dit. Dette skal være en konkret, realistisk og målrettet prosess som skal bidra til økt bevissthet om optimal og meningsfull ressursutnyttelse og derigjennom til økt motivasjon, engasjement og arbeidsglede hos den enkelte medarbeider.

Sollan-programmet har sterke røtter i karriereveiledning, og i jakten på den enkeltes friskfaktorer benyttes en narrativ veiledningsmetode (Cochran, 1997) hvor fokus rettes mot å utvikle en meningsfull, framtidsrettet, realistisk og optimistisk historie om egen yrkesframtid. Det er viktig for den sykemeldte å få hjelp til å omskrive sin historie som ofte er dominert av sykdom, motgang og svekket selvtillit.

Kunsten er å plukke fram de positive erfaringene og ta disse med som en ”rød tråd” inn i framtiden. Å ta seg tid til å lytte til den sykmeldtes historie både i forhold til jobb, familie og fritid er en viktig del av denne prosessen. Arbeidslivsguiden hjelper den sykemeldte til å ”plotte inn” sin historie i Sollandhjulet og bli bevisst på hvilke tiltak som må på plass for å få tilbake overskuddet og arbeidsgleden. For noen er dette å ”rydde” på eksisterende arbeidsplass for andre er svaret å tenke helt nytt.

Verktøy - Sollandhjulet

Sollandhjulet er et refleksjonsverktøy utviklet av Sollan for å hjelpe mennesker til å sette ord på hvordan de ønsker å ha det når de har det som best. Antonovskys teori (1987/2005) om mestring danner et rammeverk. Faktorene i hjulet er satt sammen av Søren Vendtegodts (1996) begrep arbeidslivskvalitet bestående av faktorene mestring, mening, støtte og samhold og livskvalitet. Videre er friskfaktorene inspirert av arbeidene og forskningen til ulike forfattere som bokforlaget Prevent har samlet i en bokutgivelse (Abrahamsson, 2006).

En personlighetsprofil Jung8 benyttes i tillegg til interesseprofilen for å kontrollere og nyansere bildet og sier noe om den enkeltes preferanser i ulike situasjoner. Denne er utviklet

ved NTNU og baseres på Jungs typeteori og Myers & Briggs videreutvikling av denne (Briggs Myers, 1998) (Baynen, 1995).

1.5.2. Profråd-programmet

Profråd-programmet er et nettbasert kartleggingsprogram som eies av Discover Test Service AS og består av et psykometrisk verktøy, en didaktisk del og veiledningssamtale (Solberg, 2007).

Programmet besvares hjemme før første veiledningssamtale. Solbergs typelære er basert på Hollands ”matchteori” (1985) som sier at en person har størst sannsynlighet for å prestere optimalt, utvikle seg og trives i et arbeidsmiljø eller med arbeidsoppgaver hvor det er rom for å utnytte sine interesser, evner, anlegg og verdier optimalt. Interesseprofilen er til stor hjelp for å diskutere og identifisere arbeidsoppgaver som den sykmeldte kan mestre og oppleve som meningsfylt.

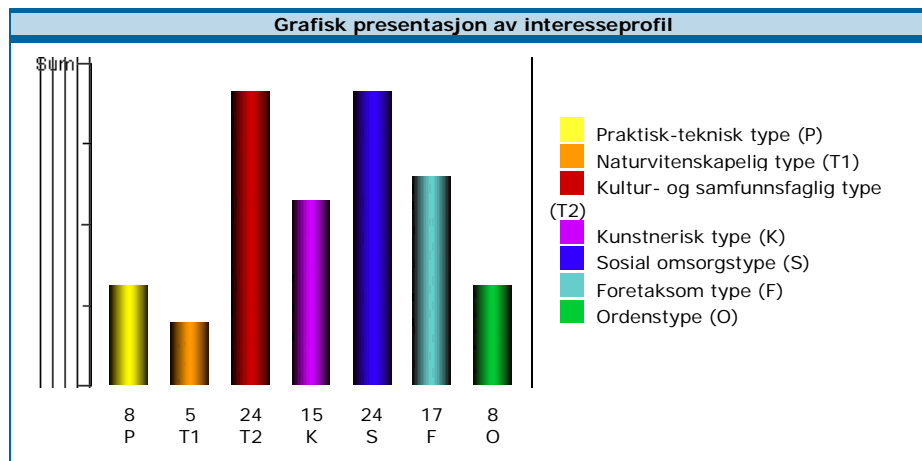
Psykometrisk verktøy

Hovedinstrumentet Solbergs interestetest (SIT) måler interesse mønster/ yrkespersonlighet basert på Solbergs lære om syv grunnleggende typer mennesker og yrker:

- ✓ praktisk-teknisk type (P)
- ✓ naturvitenskapelig type (T1)
- ✓ kultur- og samfunnsfaglig type (T2)
- ✓ kunstnerisk type (K)
- ✓ sosial omsorgstype (S)
- ✓ foretaksom type (F)
- ✓ ordenstype (O)

Brukerens interesseprofil (søylediagram) (figur 3) baseres på summerte, positive responser på hver av de syv typenes lister av yrkestitler, aktiviteter og kompetanser. SIT er standardisert og basert på riksrepresentative undersøkelser, og har god validitet og reliabilitet (Solberg, 2007).

Figur 3 Interesseprofil presentert i søylediagram



Et sett minitester fokuserer på valgusikkerhet/ avklart karrierevalg, avhengig, intuitiv og rasjonal beslutningsstil, selvkontrollerende holdning og samtaleutnytting. Minitestene bidrar til perspektivrikdom og hint om hvilke klienter som kan ha samtalebehov med hensyn til visse tema. Spørreskjema med fokus på verdier og evnepreferanser bidrar til meningsfull refleksjon.

Didaktisk del

Didaktisk del omfatter Solbergs typelære, Norsk yrkesfinner (7. utgave) og et tilbakemeldingsskriv.

Veiledningssamtale

Veiledningssamtale er obligatorisk i Profråd. Ut fra en narrativ praksisteori møter veilederen veisøker med passende støtte og oppgaver. Det kan være aktuelt å hjelpe veisøker til å bruke karrierepsykologisk kunnskap og tenkemåte, til å lete etter valgalternativer, ta prøvevalg og vurdere deres positive og negative sider.

Profråd er et veiledningsprogram som er kvalitetssikret ved følgende særtrekk:

- ✓ En 15-årig, norsk utviklingsprosess der internasjonalt ledende teori utnyttes, jfr John Hollands ”matchteori” (Holland, 1985)
- ✓ Med fokus på planleggingens kompleksitet utfordrer Profråd til realistisk eksplorering, refleksjon og systematisk evaluering av valgmuligheter.

- ✓ Solbergs typelære (og kodesystem), dokumentert gyldig for Norge, trekker opp de store linjer i menneskets personlighet og i yrkeslivet. Den gir grunnlag for å anslå sjansen for god match (person – yrkesfelt), ut fra testdata og yrkesfakta.
- ✓ Omfattende arbeid med utvikling av testspørsmål ved hjelp av eksplorerende fantasi i starten og streng utrensning av halvgode spørsmål i sen fase, ved bruk av diskrimineringsindekser og faktoranalyser.
- ✓ Allsidig, dyptgående og perspektivrik ressurskartlegging. *Solbergs interessedetest* måler yrkespersonlighet, er standardisert og riksnormert.
- ✓ Følgende minitester gir hint om hvem som kan ha samtalebehov mht. visse tema: *Avklart beslutning, Valgusikkerhet, Beslutningsstil* (avhengig, intuitiv, rasjonal), *Selvkontrollerende holdning, Yrkeserfaring* og *Diskusjon*.
- ✓ Tilbakemelding etter testing byr på skårer som gir hver veisøker et mangfoldig ressursbilde, egnet til å oppdage harmoni/ disharmoni og tegn på modenhet.
- ✓ Dokumentert høy validitet (Solberg, 2007).
- ✓ Dokumentert høy reliabilitet (Solberg, 2007).
- ✓ Regler er utformet og tatt i bruk for å hindre kjønnsdiskriminerende effekt ved bruken av SIT.
- ✓ Spørreskjemaer: *Valg av verdier* registrerer verdipreferanser. *Evner og anlegg* registrerer brukspreferanse for yrkesrelevante evner.

2 Prosjektstart

Oppstartsfasen i prosjektet var en krevende og spennende tid, både for arbeidslivsguider og prosjektleder. Helse Nord skulle benytte en metode firmaet Sollan hadde utviklet og benyttet i egen virksomhet i Asker. Metoden skulle settes i system i hele foretaksgruppen.

Helse Nord kunne adoptere metoden som Sollan hadde benyttet i egen virksomhet i Asker, men måtte utvikle en helt ny arbeidsprosess for å institusjonalisere metoden i Helse Nord. Aller først måtte vi rekruttere arbeidslivsguider internt i foretaksgruppen og gjøre ferdig projektskisseutkastet til en endelig projektskisse (vedlegg 1). Dernest og parallelt måtte vi planlegge utdanning av arbeidslivsguidene. NTNU stod for innhold og sertifisering i Profråd-programmet og Sollan for innhold og utdanning i Sollan-programmet, og Helse Nord det praktiske til begge utdanningsforløpene. Videre måtte vi utarbeide informasjonsmateriale og

rutiner for veiledningen, etablere prosjektorganisasjonen og rekruttere personer inn i de forskjellige gruppene.

Kvalitetssikring var mye diskutert. Det var særs viktig at de sykemeldte vi skulle veilede ble møtt på en kvalitativt god måte. Vi ønsket ikke at arbeidslivsguidene skulle veilede sykemeldte før de var trygge og dyktige på veiledningsmetodikken. Et sentralt element i kvalitetssikringen ble at arbeidslivsguidene fikk veiledning fra Sollan, på veiledningene av hver av de sykemeldte. Like viktig var det å undervise lederne til de sykemeldte. Mye tid gikk til å rekruttere ledere til å delta på lederopplæring og sykemeldte til deltakelse i prosjektet. Vi kjente ofte på at det var viktig å trygge den enkelte på at vi ville våre medarbeidere vel og at dette var et prosjekt med ærlige og hederlige intensjoner – og ingen skjult agenda.

Det har vært mye arbeid og det har vært spennende arbeid. I dette kapitlet vil vi forsøke å gi en oversikt over det vi etablerte og erfarte i oppstartfasen.

2.1 Organisering av prosjektet

Organisasjonsdirektør i Helse Nord RHF er eier av prosjektet.

2.1.1 Prosjektets organisering - roller og grupper

- ✓ **Prosjektleder** i 50 % stilling i hele prosjektperioden
- ✓ **Styringsgruppe** til å følge opp avtalte rammer, milepæler og målsetninger
- ✓ **Referansegruppe** til å komme med innspill på utfordringer og oppdagelser underveis
- ✓ **Dokumentasjonsverktøygruppe** til å utarbeide innhold i den kvantitative dokumentasjonen
- ✓ **Arbeidsgruppe** bestående av alle arbeidslivsguidene til utveksling av erfaringer, utfordringer, faglige og praktiske løsninger samt gjennomføre prosjektet og avrapportere i henhold til avtalte milepæler og målsetninger
- ✓ **Sollan** – utvikler av Sollanhjulet og veiledningsmetode benyttet med Profråd/ DTS i bunnen, opplæring og kvalitetssikringsansvarlig i prosjektet
- ✓ **NTNU** – sertifiserer i Profrådprogrammet/ DTS

2.1.2 Styringsgruppen

Vi valgte en styringsgruppe bestående av personalsjefene i hvert av helseforetakene sammen med konserntillitsvalgt, konsernverneombud og en av foretaksdirektørene som leder. Prosjektleder var sekretær for styringsgruppen. Valg av personalsjefene i styringsgruppen var helt bevisst. Hensikten var at de som hadde myndighet over prosjektets praktiske utøvelse også var med på de beslutninger som ble tatt i styringsgruppen, noe som fungerte etter intensjonen. I de tilfeller der det var utfordringer internt i foretakene på den praktiske gjennomførelsen, var det en klar fordel at det kunne diskuteres og behandles i styringsgruppen og som regel kunne de implementeres umiddelbart etter styringsgruppens møter. En annen fordel var at styringsgruppens medlemmer var sammensatt på tvers av foretakene, noe som bidro positivt til kreativitet i løsningsalternativer samt erfaringsoverføring.

Styringsgruppen gjennomførte 7 møter i 2007 og 4 møter i 2008. Underveis har styringsgruppen blant annet behandlet endring av kriterier for målgruppen, søknad om forlengelse av prosjektperioden, beregning av den tid hver av arbeidslivsguidene skulle få tilgjengelig til prosjektarbeidet, innhold i kvantitativ dokumentasjon, forankring av prosjektet i foretakene, følgeforskningen og fremdriftsplanen. Det var Styringsgruppen som foreslo å arrangere en erfaringskonferanse høsten 2008 der resultater og erfaringer fra prosjektet ble presentert, slik at flere i helseforetakene og andre utenfor Helse Nord kunne ta del i våre erfaringer.

2.1.3 Arbeidsgruppen/ arbeidslivsguidene

Ettersom arbeidslivsguidene var lokalisert i forskjellige foretak og geografiske steder i Helse Nord var det viktig å få til en arena der de kunne utveksle erfaringer, diskutere utfordringer, bidra i planlegging og gjennomføring samt dele opplevelser underveis i prosjektet. Arbeidslivsguidene ble delt i to arbeidsgrupper som skulle ha jevnlig møter.

En valgte to arbeidsgrupper da en tenkte at 10 arbeidslivsguidere ville bli en for stor gruppe til å ha diskusjoner, noe en erfarte på de tre første møtene. Etter ønske fra arbeidslivsguidene i UNN HF (som var fem stykker) ble gruppene delt inn i en "UNN-gruppe" og en gruppe for

de øvrige helseforetak/ Helse Nord RHF, da arbeidslivsguidene på UNN HF opplevde det mest praktisk for sitt samarbeid internt i foretaket.

De tre første møtene ble avholdt i forbindelse med opplæringen med NTNU i april 2007 og opplæringen i Sollan-programmet i mai og juni 2007. Etter sommerferien startet arbeidsgruppen med å ha ukentlige videokonferanse- og telefonmøter de fem første ukene og deretter hver andre uke frem til medio november og hver tredje-fjerde uke i perioden januar til mai 2008. Arbeidsgruppen avholdt til sammen 13 møter i 2007 og 7 møter i 2008.

Selv om det tok en del tid å avholde møtene viste det seg nyttig å ha denne arena for både faglige og praktiske diskusjoner. Etter nyttår ble de to arbeidsgruppene slått sammen til en gruppe, da det viste seg at det som regel var en eller to som ikke kunne møte. Med en litt større gruppe ble en ikke like sårbare for forfall.

2.1.4 Referansegruppen

Referansegruppen bestod av to hovedtillitsvalgte i helseforetakene, representanter fra NAV Nordland, NAV Troms og NAV Finnmark, representant for prosjekt "Raskere tilbake" i Fagseksjonen på Helse Nord RHF og representant fra Bedriftshelsetjenesten i Bodø kommune.

Referansegruppen ble orientert om prosjektets bakgrunn og mandat samt status, erfaringer og utfordringer. Fokus i gruppens to møter, i tillegg til informasjon fra prosjektleder, var å få innspill fra flere ståsteder på våre erfaringer underveis i prosjektet – både i forhold til muligheter og utfordringer.

2.1.5 Dokumentasjonsverktøygruppen

Dokumentasjonsverktøygruppen bestod av representanter fra Helse Nords regionale coachingnettverk, fra henholdsvis Nordlandssykehuset HF og Universitetssykehuset Nord Norge HF, følgeforsker, referansegruppens medlem fra NAV Arbeidslivssenter Nordland samt prosjektleder. Dokumentasjonsverktøygruppen gjennomførte to møter på våren 2007 der de utarbeidet innholdet i den kvantitative dokumentasjonen, som i hovedsak består av den

tidsbruk hver av arbeidslivsguidene har lagt ned i prosjektet samt de endringer og eventuelle tiltak som ble gjort i forhold til hver av de sykemeldte.

2.1.6 Eksterne aktørers roller i prosjektet

Sollan

Sollan har utviklet Sollanhjulet samt en veiledningsmetodikk med Profråd verktøysett i bunnen.

Sollan var også kvalitetssikringsansvarlig i prosjektet. De gjennomførte oppfølgingssamtaler 3-2-1 timer for hver av veiledningene, veiledning på arbeidslivsguiderollen, veiledning av arbeidslivsguidene på testkandidater i opplæringsfasen, opplæring av arbeidslivsguidene i Sollan-programmet og introduksjon av veiledningsmetoden for ledere (lederopplæringen).

NTNU

NTNU hadde ansvaret for sertifisering av Profråd karriereveiledningsverktøy gjennom kurset PED6030.

Handelshøgskolen i Bodø

Samarbeid i form av følgeforskning, fortrinnsvis ved Eide, samt bachelor-oppgave ved studentene Elisabeth Anfinnes og Line Stemland (2008).

Oskar Solberg – Discover Test Service (DTS)

Oskar Solberg er eier og daglig leder av Discover Test Service, som gir det elektroniske spørreskjemaet til Profrådbasert karriereservice. Solberg har utviklet Profrådbasert karriereservice og bidro også i undervisning av arbeidslivsguidene i PED6030.

2.2 Prosjektperiode med fremdriftsplan

Prosjektperioden startet 1. mars 2007 samtidig som prosjektleder tiltrådte stillingen og skulle gjennomføres på ett år. Se vedlagte fremdriftsplan (vedlegg 2).

Allerede før sommerferien i 2007 så en at det neppe ville la seg gjøre å gjennomføre prosjektet på ett år, og det ble bestemt å følge utviklingen og evaluere det i slutten av august.

Årsaken var at det tok mye lenger tid å få meldt inn sykemeldte til prosjektet enn først antatt, vi brukte mye tid til øvelse på veiledning av treningskandidater for å sikre god kvalitet, samt at det også tok lengre tid å få med ledere på lederopplæringen. Ved flere anledninger måtte en utsette eller avlyse lederopplæring grunnet manglende påmelding.

7. september 2007 besluttet styringsgruppen å søke prosjekteier om å utvide prosjektperioden til ett og et halvt år (styringsgruppen sak 24/07). Dette ble behandlet i direktørmøtet som sluttet seg til forslaget. Videre ble det gjennom budsjettprosessen høsten 2007 vedtatt at prosjektperioden skulle utvides frem til 1. juli 2008, fortsatt innenfor avtalt budsjettamme. Se vedlagt revidert fremdriftsplan (vedlegg 3).

2.3 Arbeidslivsguider

2.3.1 Utvelging av arbeidslivsguider

I mars 2007 ble det sendt ut forespørsel til foretaksdirektører om medarbeidere som kunne være aktuelle som arbeidslivsguider i prosjektet. Samtidig ble det kommunisert muntlig i HR-nettverksmøte med personalsjefer, Coachinggruppen og Lederutviklingsgruppen i Helse Nord.

For å sikre at arbeidslivsguidene ville motiveres og trives med arbeidslivsguiderollen ble det besluttet at en skulle la alle arbeidslivsguidene gjennomføre samme kartlegging som de sykemeldte. Sollan stod for gjennomgangen av interesseprofilene til arbeidslivsguidene. De hadde i forkant definert hvilken profil som passer godt til arbeidslivsguiderollen. Det ble ikke gjennomført noen samtale med arbeidslivsguidene i forkant av utvelgelsen, men hver av arbeidslivsguidene fikk veiledning på sine styrker og utfordringer i arbeidslivsguiderollen da vi møttes til opplæringen med NTNU og Sollan i henholdsvis april og mai 2007.

2.3.2 Utdanning av arbeidslivsguider

Utdanningsprogrammet fikk en todeling;

- ✓ Sertifisering i Profrådbasert karriereveiledning (Profråd-programmet) ble levert med undervisning og standard eksamen (7,5 studiepoeng) fra NTNU (PED6030)

- ✓ Opplæring i Sollan-programmet ble levert med undervisning og innlevering av veiledningsoppgave på treningskandidater.

I tillegg ble det gjennomført treningsveiledninger til begge opplæringsprogrammene.

Sertifisering i Profrådbasert karriereveiledning PED6030

Undervisningen bestod i sertifisering i bruk av Profråd karriereveiledningsverktøy (DTS) med fokus på teoretisk bakgrunn og praktisk bruk av verktøyet. Sollan hadde en kort introduksjon til arbeidslivsguidene i forkant for å plassere Profråd i sammenheng med prosjekt Arbeidsglede.

Undervisningen ble organisert som et tredagers intensiv kurs i Helse Nord RHF sine lokaler i Bodø. Kurset avholdes ordinært over fire dager og Helse Nord valgte selv å komprimere til 3 dager, ettersom vi skulle ha videre opplæring i veiledningsmetodikken fra Sollan.

Foruten Oskar Solberg stilte NTNU med Ragnvald Kvalsund, Eleanor Algood og Lill-Ann Sætnan. Undervisningen ble gjennomført med vekselvis teoretisk tilnærming/ forelesning og trening ved hjelp av frivillige testkandidater rekruttert blant studenter fra Handelshøgskolen i Bodø. Videodokumentasjon ble brukt som verktøy for gjennomgang av case.

9 arbeidslivsguidene gjennomførte 7,5 studiepoengs hjemmeeksamen i bruk av Profrådbasert karriereveiledningsverktøy (DTS) hos NTNU.

Sollan-programmet

Etter at studentene hadde vært igjennom undervisning i Profråd-programmet hadde Sollan et 3 dagers introduksjonskurs. Målet var at arbeidslivsguidene skulle bli kjent med det salutogene perspektivet hvor friskfaktorer, fokus på muligheter og løsninger står sentralt samt veiledningsmetodikken Sollan har utviklet og benyttet i egen praksis, bestående av blant annet Sollanhjulet og kjennskap til begrepene friskfaktorer, energilekkasjer⁹ og arbeidsglede. Videre var tolkning av Profråd-resultatene sett i forhold til denne tenkningen en viktig del av kurset.

⁹ Energilekkasje er det motsatte av en friskfaktor. Mao mangel på forhold i den enkeltes arbeids- og privatliv som gir denne forutsetninger for å fungere optimalt, utvikle seg, trives og føle arbeidsglede (Sollan)

Undervisningen ble organisert som et tredagers kurs i Helse Nord RHF sine lokaler i Bodø med en oppfølgingsdag en måned senere.

Forelesere var Karen Lisbeth Baldishol Brevig og Grethe Lande Nyborg fra Sollan. Undervisningen ble gjennomført som forelesning med utstrakt bruk av case-oppgaver i grupper. En del av kurset ble viet til bruk av Jung8 – personlighetstest, samt trening på samme praksiskandidater som ovenfor nevnt.

Treningsveiledninger

Etter teoretisk tilnærming og øving på treningskandidater i undervisningen gjennomførte arbeidslivsguidene veiledning på selvvalgte testkandidater. Testkandidatene var tilfeldig utvalgte personer som ikke var i et sykefraværsforløp.

Dernest måtte arbeidslivsguidene skrive rapport på tre av testkandidatene, som ledd i sertifiseringen og forberedelse til eksamen hos NTNU. Det inngikk imidlertid ikke veiledning fra NTNU på veiledningene arbeidslivsguidene gjorde på sine testkandidater.

Opplæring i Sollan-programmet bestod i innlevering og godkjenning av rapport på veiledning av de samme selvvalgte testkandidater med egenvurdering på egen veilederrolle. Sollan bidro med veiledning på veiledningen av testkandidatene.

2.4 Elektroniske verktøy

2.4.1 Verktøyet Discover

Kartleggingen gjennomføres på en elektronisk nettløsning på www.discover.no. Tidlig i prosjektet, allerede i juli 2007 mens arbeidslivsguidene var i ferd med å veilede sine treningskandidater, viste det seg å bli problemer med nettløsningen.

Problemene var store for noen av arbeidslivsguidene, mens andre nesten ikke merket noe til det. Prosjektleder og arbeidslivsguider var i tett dialog med data-ansvarlig i Discover. Problemet bidro til tidsbruk og hindringer som ga mange frustrasjoner både for arbeidslivsguider og noen av de sykemeldte da de skulle svare på spørsmål. Enkelte

sykemeldte måtte få tildelt nye tilganger, da den første ”låste seg”, andre slet med å komme seg inn på siden. Noen av arbeidslivsguidene kom ikke inn på alle relevante sider på Discover for å hente ut informasjon til veiledningen. Discover jobbet med å utbedre problemet. Utover høsten ble det langt bedre og etter nyttår har problemet vi opplevde i den tidlige fasen vært av mindre grad.

Denne fasen lærte oss at det er avgjørende at en har et verktøy som er stabilt og fungerer slik det skal, samt at der er et apparat til å håndtere problemer hurtig om de oppstår. I dette tilfellet tok det for lang tid før problemet var løst. Flere av de sykemeldte som opplevde problemer var ”på nippet til å gi opp”. De var slitne i utgangspunktet og syntes det ble svært problematisk når kartleggingsverktøyet ikke fungerte. Arbeidslivsguidene måtte bruke mye tid til ”data-veiledning” både på telefon og i fysiske møter for å støtte sykemeldte i bruk av kartleggingsverktøyet på www.discover.no. En del av de som ble veiledet var ikke alltid datakyndige i utgangspunktet og da kan slike problemer oppleves som uoverkommelige. For flere ble det en stor utfordring å fullføre kartleggingen når verktøyet ikke fungerte som det skulle.

Risikofaktor for fremtidig bruk?

Når det gjelder service og datateknisk support er vi foreløpig usikre på hvordan den vil være i fremtiden. Det vil være avgjørende for Helse Nord at verktøyet er langt mer stabilt og tilgjengeligheten til it-support langt bedre for å kunne benytte Discover i fremtiden.

2.4.2 Elektronisk verktøy for dokumentasjon

For å sikre muligheten til å ta ut rapporter på de data som ble dokumentert både kvantitativt og kvalitativt startet vi arbeidet med å utvikle et elektronisk dokumentasjonsverktøy. Dette viste seg å bli en lang og vanskelig prosess.

Allerede tidlig sommeren 2007 startet arbeidet med å undersøke om der forelå aktuelle verktøy vi kunne benytte. Det gjorde det ikke. På dette tidspunktet var arbeidet med å innføre et nytt ledelsesinformasjonsverktøy i Helse Nord (LIS/SAS) i gang, men det ville ikke foreligge før tidligst på nyåret 2008, og da i en testversjon. Det ble sagt at dette verktøyet

ville kunne være aktuelt til slik dokumentasjon i fremtiden. Det var derfor ikke aktuelt å investere penger til å utvikle et verktøy som skulle brukes i en avgrenset prosjektperiode.

Helse Nord IKT kunne bistå med å utvikle et verktøy som ville koste en del, noe som derfor ikke var aktuelt. Vi sjekket deretter med SKDE (Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering), som henviste oss til Klinisk forskningssenter på UNN HF. De kunne bistå.

Arbeidet med å utarbeide innholdet ble gjort av en dokumentasjonsverktøygruppe og prosjektleder var i 3 fysiske møter med medarbeider på Klinisk forskningssenter for å utvikle verktøyet i tråd med de behov og ønsker som var fremmet av dokumentasjonsverktøygruppen. På to av disse møtene var også personvernombud på UNN HF tilstede for å sikre personvernet i bruk av slikt verktøy.

Da verktøyet var klart til å tas i bruk viste det seg å være et problem hvor databasen skulle legges. Dersom det skulle deles i flere databaser ville det gjøre arbeidet i etterkant med å ta ut rapporter mer arbeidskrevende. Det ble foreslått å ha en database hos Helse Nord RHF og at hver av arbeidslivsguidene logget seg på Helse Nord RHF's intranett via VPN-port. Da flesteparten av arbeidslivsguidene ikke er ansatt i Helse Nord RHF kunne de ikke få slik tilgang grunnet sikkerhetshensyn.

Det endte med at vi på nyåret 2008 måtte konstatere at dette verktøyet ikke ville la seg realisere. Resultatet ble at hver av arbeidslivsguidene har skrevet inn sine minidagbøker (kvalitativ dokumentasjon) og sendt til forsker Dorthe Eide i word-fil, som hun må få samlet og bearbeide videre i etterkant. Den kvantitative dokumentasjonen har hver av arbeidslivsguidene lagt inn i ei word-fil, som i ettertid er samlet i et excel-ark, der en har lagt inn formler for å hente ut den mest vesentlige informasjonen. Dette har medført at vi ikke får ut all den informasjonen på kvantitativ dokumentasjon som vi opprinnelig ønsket, men vi har funnet en middelvei der vi får med det viktigste uten å bruke altfor mye tid.

3 Gjennomføring

I dette kapitlet vil vi forsøke å gi en oversikt over det vi gjorde og erfarte i gjennomføringsfasen.

3.1 Informasjon- og mediestrategi

Tidligere erfaringer har vist at det er viktig med riktig og jevnlig informasjon når en jobber i en stor organisasjon med et prosjekt med relativt ambisiøse mål. Allerede i startfasen av prosjektet var det derfor diskusjoner på hvordan vi, i en stor organisasjon med rundt 11 500 medarbeidere som fordeler seg fra Svalbard i nord til Mosjøen i sør, skulle nå ut til alle med informasjon om prosjektet. Det ble tidlig klart at det var viktig å utarbeide en informasjon- og mediestrategi, som skulle følges og evalueres jevnlig underveis.

Prosjektet utarbeidet en strategi for informasjon- og mediekontakt, i samarbeid med informasjonsmedarbeider i Helse Nord RHF.

Manglende informasjon kan bidra til antakelser som igjen kan bli til rykter. Rykter og antakelser skaper lett frykt og bygger dårlig omdømme. Handlingspunktene i strategien skulle medvirke til at prosjektet kunne være i forkant av rykter og antakelser og på den måten sikre at den rette informasjonen nådde medarbeidere, ledere, tillitsvalgte og verneombud.

Et viktig mål med informasjonen var å bidra til rekruttering av sykemeldte til prosjektet og ledere til lederopplæringen. En bevisst strategi på dette området var også et ledd i omdømmebygging for Helse Nord som arbeidsgiver, der den ansatte opplever seg ivaretatt også når de sliter med arbeidshelsen.

Informasjon- og mediestrategien hadde følgende hovedpunkter:

✓ ***1 dags seminar for ledere***

De ledere som hadde medarbeidere som inngikk i prosjektet måtte delta på et 1 dags seminar med Sollan og prosjektleder. På seminaret fikk de utfyllende informasjon og kunnskap om prosjektet.

✓ ***Tillitsvalgte og verneombud***

Hvert foretak skulle informere sine verneombud og tillitsvalgte gjennom etablerte informasjonsfora.

✓ ***Helse Nord Nytt***

Vi publiserte informasjon om prosjektet i 10 artikler i Helse Nord Nytt. Den første artikkelen var presentert i Helse Nord Nytt nr 4 2007. Artikkelen ble også krysspublisert på foretakenes nyhetssider på intranettet.

✓ **Informasjonsbrosjyre**

Vi lagde en informasjonsbrosjyre om prosjektet i samarbeid med firmaet Sollan som ble delt ut til foretakene, sykemeldte, ledere og andre interesserte.

✓ **Media**

Vi kontaktet media da en sykemeldt var ferdig med veiledning og kunne tenke seg å bli intervjuet om sin veiledning. Den lokale avisen var imidlertid, på det tidspunkt, ikke interessert i å skrive artikkel om erfaringen til en av våre sykemeldte.

Hvordan fungerte strategien?

Hvert av helseforetakene skulle informere sine tillitsvalgte, verneombud og ledere i egne foretak, samt at konserntillitsvalgte og konsernverneombudet bidro i stor grad til å spre informasjon i egne informasjonskanaler.

Noen steder fungerte det veldig bra og andre steder ikke fullt så godt. Selv på slutten av prosjektet fikk vi vite om ledere som ikke hadde hørt om prosjektet. Det var også tillitsvalgte som ikke hadde hørt om prosjektet fra ledelsen i foretaket, men de kunne ha hørt det via egne kanaler i organisasjonen.

På de stedene der en har fått tilbakemelding om at det har vært lite informasjon har det gjerne også vært få deltakere i prosjektet.

Vi hadde en del problemer med å rekruttere ledere til lederopplæringen. I en mellomleders travle hverdag syntes prosjektet å komme langt ned på prioriteringslisten. Etter hvert som klinikk- og foretaksledelse tok tak i utfordringen og oppfordret sine ledere til deltakelse merket vi straks bedring – både i forhold til antall ledere på lederopplæring og antall sykemeldte til prosjektet. Her øynet vi store forskjeller både mellom avdelinger, klinikker og foretak på hvordan en valgte å løse utfordringene og i hvor stor grad en lyktes. Utfordringene ble diskutert jevnlig i styringsgruppens møter og fulgt opp med ulike tiltak.

De tre-fire første månedene av prosjektet ble det utarbeidet en stor mengde materiale som rutiner, informasjonsbrev, lister, kodesystem for sykemeldte¹⁰, maler og så videre i prosjektet. En god del av dette skulle diskuteres med arbeidslivsguidene før en endelig versjon skulle sendes ut som gjeldende rutine/ brev/ dokument/ mal. Samtidig var

¹⁰ All registrering av dokumentasjon ble gjort i anonymisert form ved bruk av et kodesystem

arbeidslivsguidene lokalisert forskjellige geografiske steder i Helse Nord, noe som nok gjorde til at en brukte mer e-post enn om en oftere hadde vært fysisk samlet. I juni 2007 ble det opprettet en intranettside for prosjektet som skulle gjøre det lettere å finne gjeldende informasjon. Denne omtales under kapittel 3.5.2.

3.2 Utvalg av målgruppen – prosess – tilpasning

3.2.1 Måltall – oppnåelse og avvik

Vi har registrert at der foretaks- og/ eller klinikkledelsen signaliserte at prosjektet var viktig og skulle prioriteres, ble deltakelse prioritert i større grad enn der det ikke var tilstrekkelig synlig ute i foretaket at foretaks- og/ eller klinikkledelsen var opptatt av at prosjektet skulle ha prioritet.

Tabell 2 Oversikt over antall deltakere per foretak

Måltall	Helse Finnmark	UNN	Sykehusapotek Nord/ Helse Nord RHF/IKT	NLSH	Helgelands-sykehuset	SUM
Måltall pr foretak	13	73	1	42	21	150
Antall deltakere	26	77	3	23	13	142
Avvik	13	4	2	-19	-8	-8

3.2.2 Kriterier for utvelgelse av målgruppe

Prosjektet hadde i utgangspunktet et strengt sett av kriterier for utvelgelse av sykemeldte. Tesen var at vi hadde et ”hav å ta av” og en mente at klare kriterier ville være en fordel for senere evaluering og eventuell forskning. Uttaket skulle i utgangspunktet gjennomføres ved gjennomgang av sykefraværslister i det enkelte foretak. Oversikten skulle forelegges linjelederne for utvelgelse.

Rent praktisk skulle målgruppen velges ut gjennom at hvert foretak hadde fått tilsendt en oversikt over de av deres ansatte som var sykemeldt > 56 dager. Lister ble tatt ut i desember 2006 og januar 2007. Foretakene skulle skaffe seg oversikt over aktuelle medarbeidere som kom i gjentatte sykefraværperioder.

Grunnlag for utvelgelse av langtidssykemeldte til prosjektet

- ✓ Medarbeideren har passert 56 dager sykefravær i nåværende sykefraværsperiode
- ✓ Medarbeideren har tidligere langtidssykefraværsperioder
- ✓ Lederen har fulgt opp medarbeideren i henhold til den ordinære sykefraværsrutinen

Kriterier som kunne medføre unntak fra deltakelse

- ✓ Gravide medarbeidere
- ✓ Medarbeidere med alvorlige diagnoser
- ✓ Medarbeidere som har gått over på rehabiliteringspenger

3.2.3 Evaluering av kriterier for utvelgelse av målgruppe

Tidlig i prosjektet ble det klart at rigide kriterier kunne ekskludere aktuelle deltakere, eksempelvis gjennom at noen av de som skulle vært med i prosjektet ikke var i en sykefraværsperiode på det tidspunktet utvelgelsen ble foretatt.

For det første viste det seg vanskelig å til enhver tid ha oppdaterte oversikter over langtidssykemeldte på foretaksnivå. Tilgangen og avgangen på listene ble ikke oppfanget i nåtid slik at det ble mange bomskudd med metoden¹¹. Det gikk blant annet unødvendig tid til å sjekke ut personer som var kommet tilbake i jobb, samt at flere som skulle vært med på listen av forskjellige årsaker ikke var kommet med på den.

Et annet moment var at listene ga for lite opplysninger i forhold til definerte kriterier for unntakelse, slik at det ble avgjørende å snakke med nærmeste leder for å få relevante opplysninger.

Et tredje moment var at linjelederne ikke alltid så seg i stand til – eller vegret seg – for utvelgelse av kandidater fordi de hadde for lite opplysninger om prosjektets metode og dets formål. Prosjektgruppa kom derfor til at det ville være hensiktsmessig å gjennomføre lederopplæring for linjelederne *i forkant* av utvelgelse. Dette ga selvsagt utfordringer til rekruttering av ledere for opplæring – se for øvrig kommentarer under kapittel 3.5.5 og 5.2.6 om lederopplæringen.

¹¹ Sykefraværstatistikk tas ut den 15. hver måned i tråd med nasjonal standard og viser et bilde av sykefraværet halvannen måned tidligere.

I løpet av sommeren 2007 ble det besluttet at dersom det viste seg at vi ikke nådde måltallet på 150 langtidssykemeldte gjennom de opprinnelige kriterier, ville vi vurdere å endre kriteriene. Evaluering ville bli gjennomført ved utgangen av august 2007.

I løpet av august ble det klart at utvelgelseskriteriene måtte endres, slik at styringsgruppen åpnet for at eventuelle kandidater som kom i ny sykefraværsperiode underveis i prosjektet kunne meldes inn fortløpende.

3.2.4 Endring av kriterier for utvelgelse av målgruppe

Kriteriet > 56 dager i fravær, samt etter utløpt sykepengeperiode ble fraveket i slutten av august 2007. Viktigste kriteriet for utvelgelse ble *sykefraværsforløp/ - historikk*.

Ved oppfølging på individnivå så vi to forhold som her kommenteres. Stadig gjentakende korttids- og mellomlangt fravær (ut fra statistikk) sett mot lederens vurderinger og tidligere oppfølging ga gode indikasjoner på riktig utvelgelse. Medarbeideren kunne være friskmeldt og i ordinært arbeid men likevel være en aktuell kandidat for prosjektet.

Det andre forholdet er at sykefraværsoppfølgingen, samarbeidet med NAV og de individuelle prosessene i et sykefraværsforløp er prosesser som går over tid. Ansatte som hadde vært sykemeldt over et år og var over på rehabiliteringspenger (med permisjon fra stillingen i helseforetaket, i opptil 50 % av stillingen) kunne ha godt utbytte av å delta i prosjektet med mål om å få avklart sin situasjon.

Da prosjektet opplevde en viss treghet i å få tilmeldt kandidater ble det i tillegg til kriterieendringer valgt ulike veier for rekruttering av ledere og sykemeldte i det enkelte foretak. Vi registrerte at det gjerne ble påmeldt nye sykemeldte i eller etter følgende faser:

- ✓ I etterkant av lederopplæring der lederne, når de ble bedre kjent med metoden i prosjektet, så at de kunne ha aktuelle kandidater likevel.
- ✓ Når arbeidslivsguider hadde gjort nye fremstøt til ledere og fått mulighet til å snakke nærmere om hvem av deres sykemeldte som kunne være aktuelle kandidater.

- ✓ Gjennom annen lederopplæring i den ordinære sykefraværsoppfølging, der fokus var å diskutere hvordan en som leder finner løsninger i IA-arbeidet. Her var også arbeidslivsguider fra prosjektet tilstede og kunne gi råd om aktuelle kandidater.
- ✓ Når NAV hadde stilt spørsmål til den sykemeldte eller leder om deltakelse i prosjektet på dialogmøter eller andre møter/ henvendelser.
- ✓ Når den interne IA-konsulenten i møte med sykemeldte, som ikke allerede var meldt inn i prosjektet, stilte spørsmål ved eller anbefalte deltakelse i prosjektet og forklarte nærmere hva prosjektet og metoden gikk ut på.
- ✓ Ledere som hadde møtt på opplæring fikk konkret og direkte oppfordring til å bruke kursdagen til å vurdere mulige kandidater for prosjektet. Dette viste seg å ha god effekt. Etter gjennomført opplæring fikk prosjektet alltid nye kandidater tilmeldt.

Det syntes å bety mye hvorvidt arbeidslivsguiden eller lederen klarte å trygge den enkelte potensielle deltaker om at vi ønsket dem vel og at de ikke ville bli tvunget til å gjøre valg som de ikke ønsket selv eller var klare for. Mange av deltakerne var skeptiske innledningsvis, men valgte å bli med da de fikk nærmere forklaring på hva som skulle skje og hvorfor vi tenkte deltakelse kunne være til hjelp. Flere var fortsatt skeptisk i første veiledning, men som regel snudde det i løpet av første veiledning. Et fåtall valgte, av ulike årsaker, å ikke fullføre veiledningen. Andre deltakere var positive fra dag en og ga uttrykk for at de var glade får å få mulighet til deltakelse allerede før første veiledning.

UNN forsterket oppfølgingen av ledere med direkte kontakt etter forhåndsutsendt informasjon. I tillegg ble tilbudet i prosjektet tatt inn som en del av den pågående generelle linjelederopplæringen i foretaket.

Vi forespurte også NAV Arbeid om de kunne bidra med lister over medarbeidere som allerede er kommet i et attføringsforløp eller på rehabiliteringspenger, som ikke lenger står på foretakenes lønnings- eller sykefraværslister. Deres systemer ga ikke slike oversikter. Vi oppfordret hvert enkelt foretak til å samarbeide med sine respektive kontakter hos NAV i utvelgelsen av kandidater til prosjektet, dersom det var noe(n) de syntes var vanskelig å vurdere.

3.3 Tidsbruk til veiledning, følgeforskning og kvalitetssikring

Samlet har alle arbeidslivsguidene brukt i størrelsesorden 1300-1500 timer til veiledninger i prosjektet (figur 4). Da er ikke all tid til opplæring/ informasjonsmøter/ samtaler/ møter/ telefonsamtaler med ledere/ informasjon til sykemeldte/ NAV/ IA-rådgivere og lignende tatt med, da det ble svært ressurskrevende å dokumentere så detaljert.

Figur 4 Tidsbruk til veiledning, følgeforskning og kvalitetssikring i prosjektet

Aktivitet	Tid i timer	Kommentar
Total tid til veiledning (inkludert følgeforskningen)	Ca 1300-1500 timer	Samlet for alle guidene på 142 sykemeldte
Tid til følgeforskning	Ca 17 timer i snitt	per guide på alle de har veiledet
Total tid til veiledning (uten følgeforskning)	Ca 1250 timer	Samlet for alle guidene på 142 sykemeldte
	Ca 9 timer i snitt	per guide (på hver av de sykemeldte de har veiledet)
Kvalitetssikring; veiledning med Sollan 3-2-1 timer	Ca 2 timer i snitt	per guide (på hver av de sykemeldte de har veiledet)

Den tiden arbeidslivsguidene har brukt til prosjektet er ikke sammenlignbart med en eventuell driftsfase. I hovedsak dreier det seg om at vi i pilotprosjektet valgte å bli følgeforsket, og dermed måtte hver av arbeidslivsguidene bruke en del tid på kvalitativ og kvantitativ dokumentasjon. I forbindelse med følgeforskningen har hver av arbeidslivsguidene skrevet refleksjonsnotat¹² til veiledningene med hver av de 142 medarbeiderne.

Dersom vi tar bort den tid som ble brukt til å dokumentere både kvantitative og kvalitative data har alle arbeidslivsguidene brukt ca 1250 timer samlet på veiledninger og kvalitetssikring i prosjektet, fortsatt med unntak av tid til opplæring/ informasjonsmøter/ samtaler/ møter/ telefonsamtaler med ledere/ sykemeldte/ NAV/ IA-rådgivere og lignende.

Arbeidslivsguidene har brukt 9 timer i snitt på veiledning med hver av de 142 sykemeldte. Av de 9 timene var ca 2 timer veiledning med Sollan i forbindelse med kvalitetssikringen i prosjektet. Ved en eventuell driftsfase vil den enkelte guide bruke noe av denne tiden til egen

¹² Refleksjonsnotatene er anonymisert ved at det er brukt koder i stedet for navn, samt at det ikke er oppgitt arbeidssted, bosted eller navn på andre personer på arbeidsstedet.

forberedelse. Vårt estimat for en rutinert guide vil derfor være at en vil bruke i snitt 1 ½ dagsverk på veiledning av en person. Vårt estimat støttes også av de erfaringer Sollan har gjort i sitt virke i Asker.

I tillegg til følgeforskningen gikk det mye tid til å lære og å bli trygge på verktøyet og metoden. Den tid vi brukte til opplæring og kvalitetssikring vil en måtte regne med å bruke også ved eventuell opplæring av nye arbeidslivsguidene i en driftsfase. I forbindelse med sertifisering i Profråd-programmet og utdanning i Sollan-programmet har arbeidslivsguidene mottatt undervisning og tatt eksamen samt veiledet mange treningskandidater før oppstart av veiledning med sykemeldte.

Et annet aspekt som heller ikke skal undervurderes er all den tid som gikk til å motivere og rekruttere ledere og sykemeldte til deltakelse i prosjektet. I tillegg kommer at metoden var ukjent for både ledere og sykemeldte, som medvirket til en uvisshet på hva dette handlet om. Vi også måtte bruke en del tid på å trygge den enkelte sykemeldte som vurderte å bli med i prosjektet på at vi ikke hadde noen skjult agenda med prosjektet.

3.4 Dokumentasjon

Hvorfor var det viktig for oss å dokumentere så mye? Vi ønsket at vi i ettertid kunne si noe både om hvordan metoden virket for arbeidslivsguidene, sykemeldte og deres ledere samt ressursbruk og læring for senere bruk.

Underveis påpekte arbeidslivsguidene gjentatte ganger at det tok svært mye tid å dokumentere. Til tross for det var de ikke i tvil om at de ønsket å bidra til at prosjektet ble godt dokumentert.

3.4.1 Kvantitativ dokumentasjon

Hver av arbeidslivsguidene har dokumentert den tid de har brukt til:

- ✓ følgeforskning/kvalitativ dokumentasjon
- ✓ veiledning med Sollan
- ✓ veiledning med sykemeldte
- ✓ forberedelse til veiledninger

- ✓ rapportskriving til deltakere¹³
- ✓ og annet, som telefoner og samtaler med ledere og sykemeldte i forkant, underveis og etterkant av veiledning, koordinering av veiledningene, møter med NAV og lignende.
- ✓ I etterkant av prosjektet har vi utvidet den kvantitative dokumentasjonen til å omfatte et ”øyeblikksbilde” fra september 2008 av den enkelte medarbeiders situasjon. Se kapittel 4.6.

3.4.2 Kvalitativ dokumentasjon

Forsker og førsteamanuensis i organisasjon og ledelse ved Handelshøgskolen i Bodø, Dorthe Eide, har ansvaret for den kvalitative dokumentasjonen. Nærmere informasjon om kvalitativ dokumentasjon står under avsnittet om følgeforskning i kapittel 4.5.

3.5 Kvalitetssikring

For å sikre kvaliteten i prosjektet så vi på hele arbeidsprosessen for å identifisere mulige svakheter. Flere av elementene vi beskriver under dette avsnittet er også omtalt i vedlegg 3 *risiko-/ konsekvensanalyse* til prosjektets projektskisse (vedlegg 1).

3.5.1 Arbeidslivsguidene

Aller først var det avgjørende at arbeidslivsguidene skulle få god opplæring og dermed at veiledningen av sykemeldte medarbeidere skulle være kvalitetssikret på en god måte. For å bruke kartleggingsverktøyet måtte arbeidslivsguidene være sertifisert i PED6030. I tillegg gjennomførte Sollan opplæring i sin veiledningsmetodikk med Profråd-verktøyet i bunnen.

Som ledd i NTNU-opplæringen må en ha trent seg på veiledning av tre kandidater før en får ta eksamen. Vi satte som et minimumskrav at våre arbeidslivsguidere skulle trene på minimum 5 kandidater. Våre arbeidslivsguidere valgte å trene på 5-20 kandidater hver. Det var avgjørende at arbeidslivsguidene følte seg trygg og ”fri” i bruk av verktøyet/ metoden. Alle arbeidslivsguidene hadde erfaring fra tidligere, enten som veileder, rådgiver, coach eller leder, og hadde derfor en solid plattform å starte på.

¹³ Rapporten var en oppsummering av veiledningen som den sykemeldte fikk i etterkant. Denne ble kun gitt til den som ble veiledet.

I tillegg måtte arbeidslivsguidene ha ca tre oppfølgingssamtaler med Sollan for hver sykemeldte de veiledet – før, underveis og etter veiledning. På de fem første veiledningene hadde hver guide totalt tre timer veiledning med Sollan, på de neste fem hadde de to timer og på de siste fem en time (kvalitetssikring 3-2-1). Dersom noen hadde behov for ekstra veiledning med Sollan var det også åpning for det. Det skulle ikke stå på kvaliteten.

Sollan ga også veiledning på rapportskrivning av oppsummering fra veiledningene, som noen av de sykemeldte fikk i etterkant av veiledningen, til sin vei og prosess videre.

3.5.2 Intranettside

Ettersom vi skulle etablere en helt ny arbeidsprosess med arbeidslivsguider spredt i hele Helse Nord var det avgjørende å finne en måte å formidle vedtatte rutiner, prosedyrer, status og informasjon som var lett tilgjengelig. I starten sendte prosjektleder det meste i form av brev og e-poster til foretakene og arbeidslivsguider. Dette medførte en rekke hjertesukk, særlig fra arbeidslivsguidene som opplevde å bli ”bombardert” av e-poster. Samtidig var det en utfordring for prosjektleder å få ut alt av relevans, slik at en sikret god kvalitetssikring og fremdrift i prosjektet.

Løsningen ble en intranettside på Helse Nord's intranett med link sentralt på forsiden. Helseforetakene la inn samme link på hovedsiden til sine intranett. Dette bidro til en betydelig bedring i informasjonsflyten. Det skal dog sies at mye informasjon/ materiale ble utarbeidet og delt på kort tid.

I tillegg kunne en intranettside være et greit sted for andre medarbeidere å finne informasjon om prosjektet, og da tenkte vi spesielt på ledere, sykemeldte som var aktuelle i prosjektet samt tillitsvalgte, verneombud og andre interesserte.

Vi har fått mange gode tilbakemeldinger på at en fant mye informasjon om prosjektet samlet på ett sted og at siden var lett å finne frem til. Noen ga imidlertid tilbakemelding om at det var vanskelig å lese seg til metodikken og hvem som ville være aktuelle deltakere i prosjektet. Det kan nok stemme, da det fordret at leder hadde deltatt på lederopplæring for å få tilstrekkelig kunnskap om prosjektet.

3.5.3 Sjekkliste for arbeidslivsguider

Det ble også utarbeidet en sjekkliste (vedlegg 4) der blant annet prosess rundt veiledningen med maler for informasjonsbrev til ledere og sykemeldte, minidagbøker for arbeidslivsguider og sykemeldte, kvantitativ dokumentasjon, mal for endelig rapport til sykemeldte, anonymisert koding av sykemeldte, avtalebok for veiledning med Sollan, forberedelse før veiledning med Sollan, informasjon til ledere etter veiledning og samtykke til følgeforskning var beskrevet.

3.5.4 Arbeidsgruppemøter

På mange måter fungerte arbeidsgruppemøtene som ”limet” i prosjektet, og bidro til at arbeidslivsguidene følte seg som en gruppe til tross for geografisk avstand. Mange gode ideer til praktisk gjennomføring og faglige refleksjoner ble delt på tvers av foretak. For prosjektleder, som var lokalisert i Bodø, ble arbeidsgruppemøtene også den arena der en kunne få oversikt over status, utfordringer, nye løsninger og annet av relevans i prosjektet. Arbeidsgruppemøtene ble nok en viktigere arena for de som var guide alene i eget foretak enn for arbeidslivsguidene i ”UNN-gruppen”, men alle har gitt tilbakemelding om at møtene var nyttige.

Arbeidsgruppen avsluttet med å ha et fysisk evalueringsmøte i juni 2008. På dette møtet var fokus på hva vi hadde erfart og lært, hva som var sentralt å ha med i rapporten og hva som kunne gjøres annerledes og bedre i eventuell fremtidig drift med verktøyet/ metoden. På dette møtet fremkom lite negativitet og frustrasjoner. Det var enighet om at arbeidsgruppemøtene hadde vært den arena der slike ting kunne tas opp underveis og at en dermed hadde ”gjort seg ferdig med det”.

3.5.5 Lederopplæring

For å sikre at den sykemeldte sammen med sin leder kunne nyttiggjøre seg best mulig resultatet fra kartlegging med veiledning, måtte lederne delta på innføring i metoden som brukes i prosjektet. Lederopplæringen var obligatorisk for ledere til medarbeidere som deltok i prosjektet.

Det var også åpnet for at ledere som ikke hadde aktuelle kandidater til prosjektet kunne delta, dog ikke obligatorisk.

3.6 Arbeidsform/ betraktninger

3.6.1 Veiledningene

Utgangspunktet var slik Sollan hadde praktisert veiledninger i egen praksis i Asker. Det ble i hovedsak gjennomført 2-3 veiledninger som hver varte 2-3,5 timer for hver medarbeider. Ettersom dette var en pilot og vi ikke visste i forkant om vi ville oppnå det samme som Sollan, åpnet vi for å kunne ha flere veiledninger – alt etter behov. Arbeidslivsguide og medarbeider avgjorde om det eventuelt var behov for ytterligere veiledninger utover ”normalen”.

Veiledningene ble i hovedsak gjennomført på medarbeiders arbeidssted. Arbeidsgruppen hadde i forkant diskutert muligheten for at noen medarbeidere kunne ha behov for at veiledningen skjedde annet sted. Dette ble imidlertid ikke noen problemstilling underveis.

3.6.2 Intern organisering i foretakene

Individuell veiledning av 142 ansatte og kommunikasjon med deres ledere innenfor rammen av prosjektet krav til dokumentasjon og kvalitetssikring, forsterket med følgeforskningen har stilt arbeidslivsguidene foran store utfordringer. Kun to av arbeidslivsguidene har hatt dedikert tid til dette arbeidet i prosjektperioden. De fleste har hatt andre oppgaver i tillegg. Arbeidsbelastningen i seg selv har derfor til tider vært ekstremt stor – ikke minst på grunn av all den ekstra tid som ble brukt til dokumentasjon og følgeforskning. Arenaer for erfaringsutveksling og prosjektadministrative rasjonaliseringsmuligheter vurderes derfor som viktig.

En annen side er belastningen arbeidslivsguidene har hatt i forhold til den kjennskap til relativt sterke historier og behov for forståelse, hjelp og støtte. Arenaer for egen debriefing og støtte vurderes derfor som viktig.

De fleste arbeidsgruppemøtene har vært gjennomført som videokonferanse- og telefonmøter med den begrensningen dette gir i forhold til å dekke behovet som beskrevet ovenfor.

Arbeidslivsguidene møtte hverandre som gruppe 5 ganger i prosjektperioden. Behovet for fysiske fellesarenaer for arbeidslivsguidene synes å ha hatt en viss underdekning i prosjektperioden.

Noe som til en viss grad har avhjulpet dette er hvordan det enkelte foretak har organisert prosjektarbeidet:

UNN HF har knyttet prosjektet til Seksjon for arbeidsmiljø¹⁴ og kunne organiseres i et eget nettverk med fem arbeidslivsguides inkludert guiden fra Sykehusapotek Nord. Denne organiseringen i seg selv har i stor grad bidratt til at den enkelte guide har funnet et godt arbeidsfellesskap i prosjektet.

Helse Finnmark hadde ikke egen sertifisert guide i prosjektperioden slik at veiledningen i foretaket ble gjennomført av prosjektleder og guide fra Helse Nord RHF med administrativ støtte fra representanter fra foretaket.

Nordlandssykehuset HF hadde en sertifisert guide i prosjektperioden. Prosjektleder og guide fra Helse Nord RHF har avlastet noe med selve veiledningen. Arbeidslivsguidene hadde til en viss grad et arbeidsfellesskap i prosjektet med foretakets IA-konsulent.

Helgelandssykehuset HF hadde en sertifisert guide i prosjektperioden.

Både guiden på Helgelandssykehuset og Nordlandssykehuset opplevde det tungt å være ”alene” om prosjektet i eget foretak. Faglige spørsmål ble godt ivaretatt gjennom veiledning med Sollan og møtene i arbeidsgruppen. Utfordringen ble på prosess og fremgang internt i eget foretak, både i forhold til å nå frem til ledere samt å rekruttere og trygge medarbeidere til deltakelse.

Arbeidslivsguidene diskuterte de ulike organisasjonsformene i arbeidsgruppemøtene og var enige i at det er en fordel med et arbeidsfellesskap internt i foretaket.

¹⁴ HR utvikling etter omorganisering i 2008.

3.6.3 Ekstern versus intern veileder

Som det framgår av ovenstående ble noen ansatte veiledet av arbeidslivsguiden utenfor foretaket. De ”eksterne” arbeidslivsguidenes¹⁵ egen erfaring var at mulighetene til å stille med ”åpent sinn” og ”blanke ark” i forhold til den sykemeldte var en fordel. Den sykemeldtes perspektiv på historien, hva som hadde skjedd og hvordan det ble opplevd kunne komme fram i en ”renere” og lettere mindre forutinntatt form for arbeidslivsguiden.

Samtidig ga også de interne arbeidslivsguidene tilbakemelding om at de opplevde det greit å ”nullstille” seg til den enkeltes veiledning, da verktøyet bidro til et objektivt utgangspunkt – gjennom at den sykemeldte selv hadde svart på spørsmålene i kartleggingen og at opplysningene ikke kom fra ”den ene eller andre kanten”.

Flere av de eksterne arbeidslivsguidene opplevde situasjoner der den sykemeldte syntes det var greit at arbeidslivsguiden ikke kjente til den sykemeldte, forholdene eller eventuelle situasjoner på arbeidsteden. De eksterne arbeidslivsguidene kunne for enkelte lettere oppleves som en ”objektiv” part, på en positiv måte.

De interne arbeidslivsguidene opplevde også situasjoner der det bidro til trygghet for den sykemeldte at de hadde en relasjon fra tidligere. Videre var de interne arbeidslivsguidene kjent med sykefravær rutiner internt i foretaket og samhandlingsrutiner med NAV-kontaktene, samt muligheter for andre jobber internt, noe de syntes gjorde arbeidslivsguiderollen enklere.

UNN hadde flere arbeidslivsguiden fordelt på tre geografiske steder. De hadde anledning til å velge en annen arbeidslivsguid dersom den sykemeldte eller arbeidslivsguiden fant det riktig.

Ulempen kan selvsagt være at den eksterne guiden kan gå inn i ”blindspor” i forhold til relevant informasjon, som kan være viktig for realitetsorienteringen i veiledningen – og i ytterste konsekvens kunne bli forledet da bakgrunn og historie bare kom fra en kilde.

¹⁵ Ekstern er i prosjektet definert ut ifra eget foretak eller klinikk.

3.6.4 Kontakt med ledere i forkant av veiledning

En av flaskehalsene for arbeidslivsguidene i prosjektet var å oppnå kontakt med linjelederne i forbindelse med veiledning av deres ansatte. Tidlig i prosjektfasen ble det derfor – av denne årsaken – gjennomført veiledning uten at arbeidslivsguide hadde fått utfyllende opplysninger og leders perspektiv på forløp av sykefraværshistorien.

I flere av disse tilfellene oppnådde arbeidslivsguiden en fordel i forhold til å nå fram og bygge tillit hos den sykemelde. Viktige momenter i forhold til den sykemeldtes situasjon som ikke tidligere hadde vært tatt opp med leder/ kollegaer opplevdes som lettere å få fram sammenlignet med de tilfeller der arbeidslivsguiden hadde leders perspektiv med seg i forkant av veiledningen.

Ulempen for arbeidslivsguiden uten leders perspektiv er at muligheten for ensidig framstilling samt at den sykemeldte kunne få færre innspill i forhold til egen realitetsorientering i forhold til arbeidsmiljø/ omverden.

Testverktøyets soliditet syntes mye godt å bøte på begge problemstillinger.

3.7 Rutine/ arbeidsprosess

Ansvar

- ✓ Arbeidslivsguidene hadde ansvaret for veiledningen og kunne bistå med eventuelle spørsmål om metode og vurdering om aktuelle kandidater/ medarbeidere.
- ✓ Nærmeste leder hadde ansvar for å informere og melde inn medarbeider og følge opp i etterkant i tråd med ordinær sykefraværsrutine.
- ✓ Medarbeider hadde ansvar for egen prosess.

Rutine/ arbeidsprosess

- ✓ Det ble gitt informasjon om prosjektet til ledere, tillitsvalgte og verneombud. Informasjon ble gitt både skriftlig og muntlig. Hvert helseforetak hadde ansvar for å få ut informasjonen i eget foretak. Arbeidslivsguidene hadde en viktig rolle i denne fasen.

- ✓ Det ble avholdt lederopplæring slik at ledere tidlig skulle ha grundig informasjon om metoden og prosjektet¹⁶.
- ✓ Medarbeider ble invitert av sin leder, arbeidslivsguide eller IA-rådgiver til å delta i prosjektet.
- ✓ Det ble sendt ut et brev med informasjon til både medarbeider og leder etter at medarbeider hadde takket ja til deltakelse.
- ✓ Dersom ønskelig kunne medarbeider eller leder kontakte en av arbeidslivsguidene eller Sollan for ytterligere informasjon.
- ✓ Medarbeider fikk tilsendt e-post med informasjon om hvor og hvordan de gikk inn på www.discover.no for å svare på spørsmålene som dannet grunnlaget for veiledningen. Spørsmålene måtte være ferdig besvart ca en uke før veiledning nr 1, slik at arbeidslivsguide hadde tid til forberedelse og veiledning med Sollan.
- ✓ Arbeidslivsguide bisto dersom medarbeider fikk problemer når de skulle svare på spørsmålene.
- ✓ Arbeidslivsguide gjennomførte veiledning med Sollan i forkant av første veiledning med medarbeider og videre mellom veiledningene.
- ✓ Arbeidslivsguide og medarbeider gjennomførte 2-3 veiledninger i gjennomsnitt. Hver veiledning varte 2-3,5 timer i gjennomsnitt.
- ✓ I siste veiledning avklarte arbeidslivsguide med medarbeider på hvilken måte leder skulle få informasjon fra veiledningen og hvilken informasjon som skulle gis, jfr prosjektskissens vedlegg 8 (vedlegg 1).
- ✓ Leder fikk informasjon fra medarbeider, arbeidslivsguide eller begge. Informasjonen kunne gis muntlig, skriftlig eller begge på måter - noen ganger på telefon grunnet geografisk avstand og andre ganger i fysisk møte.
- ✓ Det ble utarbeidet en rapport med handlingsplan som medarbeider fikk til sin vei videre.
- ✓ Leder og medarbeider benyttet eventuell ny innsikt/ informasjon fra veiledningen til den videre sykefraværsoppfølgingen.

Når Dorthe Eides rapport på følgeforskningen foreligger i 2010 vil det kunne være mulig å videreutvikle en rutine for fremtidig bruk.

¹⁶ Opplæring av ledere foregikk parallelt med invitasjon av medarbeidere. Noen ledere gjennomførte lederopplæringen før de inviterte sin(e) medarbeider(e) til deltakelse, mens andre ledere inviterte sin(e) medarbeider(e) før de selv deltok på lederopplæringen.

4 Resultater/ funn

4.1 Fra andre prosjekter

”Rundt halvparten av langtidssykefraværet i Norge er forårsaket av langvarige smerter i muskel- og skjelettsystemet” står det i Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) - *”Resept for et sunnere Norge”*.

I 1998 oppga en av fire voksne at de hadde lidelser i muskler eller skjelett. Det har vært en kraftig økning siden midten av 1980-tallet. Muskel- og skjelettplager og psykiske lidelser er de vanligste årsakene til lengre sykefravær og uførepensjonering (HOD, 2008).

Ifølge professor i allmennmedisin Even Lærum ved Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelser (Formi) er det fremdeles lite forskning på hvordan muskel- og skjelettplager oppstår, og har ofte sammensatte og diffuse årsaker. Muskel- og skjelettlidelser rammer flest med lavere utdanning, kvinner og eldre, og har derfor ikke noe høy status (Arbeidervern, 2008).

I en artikkel i Arbeidervern (Arbeidervern, 3/2008) påpeker sosiolog og seniorinspektør Ole Jacob Thomassen i Arbeidstilsynet at det er en utbredt oppfatning at de vanligste årsakene til muskel- og skjelettplager er uheldige ergonomiske forhold på arbeidsplassen. Han er ikke enig at dette bør være et fokus alene. I artikkelen poengterer han at forebygging er mye mer enn fysisk tilrettelegging, og at det kan bli floskelaktig for arbeidsgiver å se på ergonomi og fysisk aktivitet uten å se på dypereliggende årsaker til muskel- og skjelettplager.

Thomassen tror at større oppmerksomhet på hva et grenseløst arbeid medfører kan være vel så viktig. Man må se på selve organiseringen av arbeidet og helheten av:

- ✓ arbeidsmengde
- ✓ arbeidspress
- ✓ arbeidsintensitet

Thomassen mener at årsaken til muskel- og skjelettplager handler like mye om psykiske som fysiske årsaker, og at årsaken kan like mye være utbrenthet og konflikter på jobben.

Forskningsrådet opprettet i 2007 et 10-årig forskningsprogram for å lære mer om årsaker til sykefravær (Forskningsrådet, 2004).

Stipendiat Ellen Melbye Langballe avla våren 2008 en doktorgradsavhandling der hun antyder at utbrenthet kan gi kroppslig smerte (Langballe, 2008). Doktorgradsavhandlingen bygger på en stor spørreskjemaundersøkelse om utbrenthet gjennomført i 2003 og 2005. Målet for doktorgradsavhandlingen var å øke kunnskapen om begrepet utbrenthet og syndromets sammenheng med muskel- og skjelettsmerter og jobbrelatert sykefravær. Resultatene ga støtte for at utbrenthet består av tre dimensjoner eller faser:

1. utmattelse
2. kynisme/ distansering
3. redusert yteevne på jobben

Både for menn og kvinner i alle yrkesgruppene hadde utmattelse moderat til sterk sammenheng med muskel- og skjelettsmerter i hode, nakke, skuldre og rygg. I kontrast til dette var det en middels, men negativ sammenheng mellom kynisme/ distansering og muskel- og skjelettsmerter i noen av gruppene. Dette åpner for en diskusjon om kynisme/ distansering bør anses som en integrert del av utbrenthetssyndromet eller heller som en form for mestringsstrategi. I de fleste yrkene forklarte endringer i utbrenthetsskårer en relativt stor andel av endring i jobbrelatert sykefravær. Utbrenthet har tidligere vært betraktet som et psykologisk syndrom. Resultatene fra denne avhandlingen indikerer at utbrenthet også ofte involverer somatiske aspekter og kan ha viktige sosiale konsekvenser.

Flere av deltakerne i prosjekt Arbeidsglede oppga at de hadde muskel- og skjelettplager. For noen har plagene utviklet seg over flere år mens de for andre kunne være av nyere dato. En del av de sykemeldte oppga også å ha opplevd depresjoner. For mange oppstod depresjonen underveis i sykefraværsforløpet.

Når en blir syk, uavhengig av årsak, er det trolig at en ikke mestrer like godt som en gjorde før sykefraværsforløpet startet. Dette blir lett til en negativ spiral, der en ikke får de positive tilbakemeldinger en er vant med og videre presterer dårligere igjen. Gradvis tappes en for energi og en eventuell depresjon kan tilta eller videreutvikles.

Fokus i veiledningene ble ikke bare rettet mot hva den sykemeldte kunne arbeide med – med sin muskel- og skjelettlidelse – men også å undersøke balansen mellom friskfaktorer og energilekkasjer.

4.2 Våre funn på interesseltyper med generelle karakteristika

4.2.1 Statistisk materiale

I dette avsnittet vil vi presentere noen omtrentlige tall på hvilke interesseltyper og personlighetstyper som var mest vanlige hos våre sykemeldte.

Interesseprofil

I følge Hollands matchteori (Holland, 1959) er de to-tre høyeste søylene i interesseprofilen sentrale når en skal vurdere den enkeltes motivasjonsfaktorer, evner og egenskaper.

Enhver har sin helt unike interesseprofil, som kan variere fra at det er to eller tre søyler som peker seg ut som markant høyere enn de andre til at det kan være en noe jevn høyde på alle søylene. Dette gjør at det er noe vanskelig å velge ut en tobokstavskode eller trebokstavskode på de der de høyeste 5 søylene eksempelvis er like store. Veiledningen vil ha vist hvem av disse som er mest sentrale, men vi har ikke gått så langt at vi har tatt med slike vurderinger i oppsummeringen av datamaterialet.

Datamaterialet er hentet fra www.Discover.no, slik at eventuelle justeringer av interesseprofil som ble gjort i veiledningen ikke er kommet med her, da det ville innebære et manuelt arbeid og ta langt mer tid å samle inn.

Vi er imidlertid kjent med, fra arbeidslivsguidene, at eventuelle justeringer av interesseprofiler er gjort i mindre grad, slik at det vi presenterer her skulle være representativt. Tallene må likevel anses som omtrentlige.

Dersom vi tar utgangspunkt i en trebokstavskode¹⁷ er fordelingen av interesseområdene som følgende:

¹⁷ De tre høyeste søylene i en persons interesseprofil

Tabell 3

Trebokstavskode	P	T1	T2	K	S	F	O
Prosentandel interesstyper	32	23	41	27	80	22	41

Hos våre deltakere er sosial omsorgstypen den interessedøylene som er hyppigst tilstede i interesseprofilene, når en ser på de tre høyeste søylene/ interesseområdene.

Hos omtrent 80 % av våre deltakere er S-typen en av de tre høyeste interessedøylene. Derneft kommer de teoretiske typene (T1 og T2) med omtrent 64 % og ordenstypen med 41 %.

Personlighetstyper

Vi benyttet en Jung8 personlighetstest. Datamaterialet er hentet fra www.Discover.no, slik at eventuell justering av personlighetstype ikke er kommet med her, da det ville innebære et manuelt arbeid og ta langt mer tid å samle inn.

Vi er imidlertid kjent med, fra arbeidslivsguidene, at eventuelle endringer av interesseprofil er gjort i mindre grad, slik at det vi presenterer her skulle være representativt. Tallene må likevel anses som omtrentlige.

De dimensjonene i personlighetsprofilen som gikk mest igjen er Følelsesorientert type (F), Jobbmotivert type (J), Ekstrovert type (E) og Sansende type (S).

Tabell 4

ESFJ er klar vinner	I	E	N	S	T	F	P	J
Prosentandel Jung-typer	40	70	35	67	18	88	26	80

I det neste har vi tatt med eksempler på noen av de styrker og utfordringer – knyttet til interesse- og personlighetstyper - som var fokusert på i flere av veiledningene.

4.2.2 Sosial- og omsorgstype og ESFJ/ ISFJ

Flertallet av de sykmeldte skårer høyt på sosial omsorgstypen (S) i Profråd/ SIT. På Jung8 skårer et stort flertall på ESFJ – ”omsorg og omtanke i praksis” eller på ISFJ – ”plikten kaller”. Dette er i tråd med den ”typiske” pleie og omsorgsarbeiderprofilen. I flere tilfeller har vi sett et mønster hvor den sykmeldte selv mener de har utviklet seg fra en ESFJ til en ISFJ-type (mer introvert) etter som energien og overskuddet til å møte mennesker og takle utfordringer har gått nedover.

En del av de sykmeldte har en ekstremt høy S-profil kombinert med veldig tydelig skår på ”verdier og følelser” på personlighetstesten Jung8. En del av disse skåret også høyt på minitesten selvkontroll noe som indikerer at de har et stort behov for å bli godt likt og tilfredsstillte andres forventninger. Viktige friskfaktorer for S-typen er opplevelsen av harmoni – å være i et godt og trygt arbeidsmiljø med positive tilbakemeldinger og vite at den nærmeste familie har det bra. I kombinasjon med Jung-typene nevnt ovenfor og høy selvkontroll forsterkes behovet for disse friskfaktorene.

Konsekvensene er medarbeidere som har andres ”ve og vel” i fokus og som forsaker egne behov. De risikerer å tappes gradvis for energi, noe som kan bidra til å forsterke den følsomme typens ”sosiale antenner” og de tar inn alt i omgivelsene som kan oppfattes som kritikk og konflikter. Dette bidrar til en negativ spiral.

Den negative spiralen forsterkes muligens av at helseforetakene ofte minner sine medarbeidere om at pasienten kommer først. Som vi har sett på interesseprofilene til våre deltakere i prosjektet er en stor andel høy på sosial omsorgstypen, som motiveres av å legge til rette for, vise omsorg og ta vare på andre mennesker – de passer med andre ord godt til pleierollen. For det store flertallet av medarbeiderne er det derfor antakeligvis en helt unødvendig påminning som kan gjøre vondt verre. Særlig gjelder dette for de som er kommet dit at de har gitt mye av seg selv – og til slutt på bekostning av seg selv og egen helse. Her er det viktig å bevisstgjøre den enkelte på sine friskfaktorer og hva de skal gjøre for å snu energilekkasjene, som for mange av S-typene kan være å erkjenne at det er aksept for å ta større hensyn til seg selv og egne behov. Eksempelvis at de som er høy på sosial omsorgstype ikke slutter å tenke på de rundt seg når de er slitne, men at de lærer å prioritere hvem de skal

hjelpe og hvor mye, da de bare vil bekymre seg mer om de kutter ut tanken på alle andre helt og fullt.

Det er sjelden en friskfaktor for sosial omsorgstypen og den ekstroverte typen å være sykmeldt, noe de innser selv i løpet av veiledningsprosessen. Hvis en utløsende faktor har vært ”konflikter” på arbeidsplassen vil dette kunne forsterkes i sykemeldingsperioden. På samme måte kan aktiv sykmelding eller forventninger om at vedkommende skal møte jevnlig til lunsj være en energilekkasje. For den ”klassiske” sosial omsorgstypen/ ESFJ-typen har tiltakene fra prosjekt arbeidsglede i mange tilfeller gått ut på å rydde i konflikter og såre relasjoner. Her har arbeidslivsguiden i noen tilfeller tilbudt seg å være med den sykmeldte i samtale med leder eller fungert som ”megler”. Dette er enkle tiltak som har kostet lite.

4.2.3 Teoretiske typer

Vi har også sett utfordringer i forbindelse med de teoretiske typene (teoretisk naturvitenskapelig og teoretisk kultur- og samfunnsfaglig type). En del av de sykmeldte har høyt skår her og føler at de ikke får tilstrekkelig med faglige utfordringer. Her har den sykmeldte blitt utfordret til å reflektere rundt egen kompetanse, behov for videreutdanning og mulighet for å bytte jobb/ stilling. Å ta videreutdanning kan være en friskfaktor for denne typen, selv når de i utgangspunktet sliter med lite overskudd. Flere har imidlertid innsett at de ikke er villige til å investere i en lang utdanning for å være bedre kvalifisert til mer teoretisk utfordrende stillinger, men ønsker isteden å ta mindre kurs og ”bruke hodet” på andre arenaer.

Andre har hatt lavt skår på de teoretiske typene. Kombinert med en teoretisk krevende stilling eller svært teoretisk miljø har disse uttrykt faglig usikkerhet. Å ha ansvar på nattevakt kan eksempelvis være en stor energilekkasje. Denne typen har ofte lav motivasjon for å delta på kurs eller videreutdanning, særlig når de i utgangspunktet sliter med helsa. Her har bytte til en ny stilling/ avdeling med mindre faglig press vært et alternativ eller støttetiltak som har medført mindre faglig ansvar.

4.2.4 Ordenstype

Ordestypen har også vært hyppig representert, særlig blant merkantilt personale og bioingeniører, men også hos pleierne. Viktige friskfaktorer for denne typen er orden og struktur, samt trygge og forutsigbare rammer.

Vi har i mange av disse tilfellene sett en SJ-kombinasjon i Jung8 som også motiveres av orden og struktur. Ordentypen får gjerne økt behov for å rydde og blir stadig mer irritert over rot og manglende systematikk når de blir slitne. Dette blir gjerne forsterket ved at mange opplever å se rotet både hjemme og på jobb, slik at de aldri får riktig ”fri” fra det.

En bevisstgjøring av at ”slik er jeg – et ordensmenneske som er sliten og prøver å rydde kaoset bort...”, har for mange bidratt til å snu den negative utviklingen. Her har det vært viktig å hjelpe den sykmeldte å ”rydde” i egen tanke og lære seg strategier for å håndtere ”rotet”. Dette er tiltak som ikke har kostet noe.

4.2.5 Foretaksom type

Tjueen personer i utvalget skårer på den foretaksomme typen som en av de høyeste interessetyperne. Denne typen tar gjerne initiativ, liker utfordringer, ansvar og høyt aktivitetsnivå.

Faren for den foretaksomme typen kan være at de kan komme til å kjede seg om de ikke får tilstrekkelig med utfordringer og ansvar. Et typisk trekk er at de ofte øyner nye muligheter og lanserer nye ideer, som til tider kan oppleves som en utfordring for omverdenen som kan oppfatte at de aldri blir fornøyde. Det trenger ikke være slik. Dersom omgivelsene ikke responderer med tilstrekkelig oppmerksomhet kan den foretaksomme typen oppleve at ideene blir forkastet av andre uten at de er tilsynelatende vurdert og verdsatt.

En annen fare er at den foretaksomme lett får positive tilbakemeldinger på sin arbeidskapasitet og service overfor andre, og dermed lettere gjentar sin foretaksomhet. Den foretaksomme risikerer at de i sin iver gjør for mye for fort slik at resultatet blir at de ”overtar ansvaret” og den andre ”passiviseres”. På sikt kan denne effekten også føre til at den

foretaksomme gjør for mye og kan ende opp med å slite seg ut. Tilsvarende kan det for den andre medføre en frarøvelse i egen læring og utvikling.

Å gi den foretaksomme typen mer ansvar kan være et godt tiltak. Det er ikke alltid like aktuelt å påta seg mer ansvar når en er sliten og tom for energi, men det kan være en ”gulrot” å jobbe frem mot på sikt.

4.2.6 Kunstnerisk type

Mange av S-typene skårer også høyt på kunstnerisk type (K). I disse tilfellene har de sykmeldte fått inspirasjon og bekreftelse på at andre aktiviteter som er i tråd med deres interesseprofil kan være en viktig kilde til energi. Eksempelvis at de prioriterer kreative aktiviteter, som gjerne har blitt satt til side underveis i sykefraværsløpet etter hvert som de har blitt stadig mer slitne og tomme for energi. Typiske friskfaktorer kan være å gjenoppta korøvelser, finne fram symaskinen eller begynne på malekurs.

4.2.7 Praktisk teknisk type

Den praktisk tekniske typen liker handling. I situasjoner der det brukes tid på refleksjoner, særlig av det visjonære og hypotetiske slaget, kan de fort bli lei da de opplever at det ikke blir resultater ut av det.

Videre liker de å bruke kroppen og motiveres av fysisk aktivitet både i form av turer i skog og mark samt trening av forskjellige slag.

4.3 Hvordan kan vi nyttiggjøre oss funnene i den daglige drift?

Gjennom prosjektet har vi erfart at sykemeldte med muskel- og skjelettplager og lettere psykiske lidelser som depresjoner, opplevde at de gjennom veiledningen fikk konstruktiv hjelp til å endre handlingsmønster og dermed bli i stand til å ”reparere” og forebygge fremover.

Fokus i veiledningen ble, ved hjelp av kartleggingsresultatene, å kunne se på den enkeltes situasjon i fortiden og identifisere hvilke energilekkasjer og friskfaktorer som var tilstede. Videre vurdere hvordan en skal unngå de samme lekkasjene i fremtiden – eventuelt tilføre ytterligere friskfaktorer for å sikre en sunnere balanse der en står bedre rustet i nye utfordringer av samme typen.

For mange handlet det om at de hadde kompetanse som ikke ble benyttet. Her mener vi det ligger et potensiale for både det enkelte individ, avdelingen, foretaket og Helse Nord som helhet, dersom en har mulighet til å benytte den enkeltes ressurser på rett plass/ oppgave.

4.3.1 Endring for enhver ... i sær...!

Gjennom prosjektet har vi erfart at flere av de sykemeldte kunne relatere opptrapping i plager/ symptomer til en tidligere eller pågående endringsprosess.

I henhold til John Hollands matchteori/ trekk-faktor teori (Holland, 1985) er det forskjell på de enkelte interessetypene i forhold til følsomhet for endringer. Den mest robuste interessetypen er sosial omsorgstypen, dernest foretaksom type, kunstnerisk type, teoretisk type, ordenstypen og den mest følsomme er praktisk teknisk type. Videre sier Holland at den enkelte interessetypen prefererer å håndtere stress på samme måte som de møter hverdagslige problemer. Den enkelte medarbeider har med andre ord ikke nødvendigvis de samme behov i en endringsprosess som sine kolleger.

Medarbeidere etterspør ofte mer informasjon i endringsprosesser. Kanskje er det ikke slik at våre medarbeidere trenger informasjonen på samme måte, i samme grad og med samme innhold?

Ved hjelp av interesseprofilen søkte vi å identifisere hvilke elementer i endringsprosessen(e) den enkelte hadde vært med i, som kunne har bidratt til eventuell opptrapping i deres plager/ symptomer. Svarene var individuelle og i tråd med den enkeltes interesse- og personlighetsprofil.

Den generelle tilbakemeldingen fra de sykemeldte er at dette var nyttig i forhold til å forstå egen prosess i endringen og hvordan det ble slik det ble. Samtidig at de kunne bruke den samme informasjonen om seg selv til å planlegge/ forebygge hvordan de kan møte fremtidige endringer på en mer målrettet måte, der de kan være oppmerksomme på hvilke konkrete faktorer som kan bidra til energilekkasjer.

Vår hypotese

Vår hypotese er derfor, med bakgrunn i våre erfaringer i prosjektet, at den enkelte medarbeider har sine individuelle ønsker og behov i en endringsprosess, i tråd med sin interesseprofil. Dette har vi utfordret følgeforsker og førsteamanuensis Dorte Eide til å undersøke nærmere gjennom følgeforskningen.

Vi gjorde følgende erfaring i forhold til de enkelte interessetypenes behov, styrker og utfordringer:

Praktisk teknisk type

For den praktisk tekniske typen kan en endringsprosess oppleves som mye planer med abstrakt og visjonær tenkning og for lite handling og resultater, samt at de kan oppleve utfordringer da de i henhold til typekarakteristikk ikke anses å ha særlig gode relasjonelle egenskaper. Prosesser der konkrete oppgaver, synlige resultater og snarlig handling er i fokus, vil være motivasjonsfaktorer for praktisk teknisk type.

Ordenstypen

Ordenstypen er den av interessetypene som ifølge Holland er nest mest følsom for endringer. I hovedsak går det på ordenstypens behov for trygge rammer, forutsigbarhet og struktur. De har det best når de vet hva som skjer med egen situasjon – om de eksempelvis får nye kolleger, ny leder, nye oppgaver, beholder jobben, hva eventuelle nye oppgaver vil bestå i og så videre.

Vi vet at det ikke er slik at ledelsen vet alle disse tingene fra starten, og det vet Ordenstypen også. Det handler om at lederen viser åpenhet, og at de klarer å trygge den enkelte på at eventuelle fryktede endringer ikke skal gjøres (såfremt en kan si noe om det). Uansett hjelper det godt på at ordenstypen opplever og tror på at lederen vil dem vel.

Et annet moment for noen ordenstyper er at de kan bruke mye energi på å irritere seg over rot og manglende informasjon i endringsprosesser. Å sette inn ekstra tiltak, eksempelvis i form av en godt planlagt og oversiktlig informasjonsplan med fast oppsatte, jevnlig møter, i avdelinger med mange O-typer forut for endringsprosesser synes å være en god investering for å forebygge ”støy”.

Teoretiske typer

De teoretiske typene har behov for å medvirke, få tid til å tenke igjennom foreslåtte endringer før de vedtas og kunne komme med innspill. Dernest er det viktig for dem å få mulighet til å være med å diskutere og risikovurdere etter at de har dukket ned i detaljene og dannet seg et oversiktsbilde.

Typiske energilekkasjer i en endringsprosess er dersom de får beskjed om endringer som skal gjennomføres uten at de forstår hvorfor eller har fått anledning til å være med å diskutere det.

I enkelte avdelinger/ enheter har endringsprosesser og økt krav til effektivisering ført til langt større grad av rutine. Viktige friskfaktorer for de teoretiske typene er å være i et engasjert miljø med faglige diskusjoner og utviklingsmuligheter.

Kunstnerisk type

Den kunstneriske typen er fleksibel overfor endringer, men kan oppleve energilekkasjer dersom eventuell endring oppleves som stor grad av rammer og rutiner som begrenser friheten.

Foretaksom type

Den foretaksomme typen er ikke særlig følsom for endringer, kanskje heller tvert om. I slike faser øyner de muligheten til nye, spennende oppgaver. Sosial omsorgs- og foretaksom type er antatt å ha de beste interpersonelle egenskaper til å håndtere endringer.

Den foretaksomme typen kan imidlertid ha det noe travelt også i endringsprosesser. Dersom de opplever at prosessen går for sakte kan de bli utålmodige, noe som kan bidra til energilekkasje. For kolleger (de teoretiske typene i sær) kan de foretaksomme typene derfor oppleves som en stressfaktor.

I endringsprosesser kan den foretaksomme typen være en ressurs i å dra i gang og lede ulike arbeidsgrupper. Det er ikke uvanlig at ledere er foretaksomme typer, og har ansvar for fremdrift i endringsprosesser.

Sosial omsorgstype

Sosial omsorgstypen har som nevnt de beste interpersonelle egenskaper til å håndtere endringer, men har samtidig behov for harmoni. Endringsprosesser kan forrykke balansen og harmonien i arbeidsmiljøet. I endringsprosesser kan de oppleve energilekkasje dersom det er uro og konflikter i arbeidsmiljøet underveis i prosessen. Særlig dersom prosessene har store utfordringer på områdene kommunikasjon og ledelse.

De trenger ikke selv være involvert i eventuelle konflikter for å oppleve det belastende, det kan være tilstrekkelig at det skjer i miljøet på avdelingen. Ved eventuell uro og konflikter er det gjerne S-typen som ender opp med å bruke energi på å mekle, i forsøk på å gjenopprette orden og harmoni. Sosial omsorgstypen trives best når endringen foregår uten for mye uro og konflikter. Økt selvinnsikt om at en er den som lett tar initiativ til å ”ordne opp for alle”, kan være tilstrekkelig til en bevissthet på at det ikke alltid skal være slik at de ordner opp der det er uro. Et annet moment som syntes å være en ”øyeåpner” var å hjelpe S-typen til å endre perspektiv fra å se seg som en hjelper til å også se at en kan hindre den andres egen utvikling og læring om en alltid tar over problemet for dem.

I/ESFJ personlighetstype

I/ESFJ personlighetstype er også følsom for endringer. De trenger trygghet, harmoni, struktur og forutsigbarhet, som ikke alltid er tilstede i alle faser i en endringsprosess.

Hva kan lederne gjøre for å møte den enkelte på deres behov i en endringsprosess?

Store organisasjoner kan etablere system for systematisk oppfølging av medarbeidere på et individuelt nivå. I det følgende vil vi gi noen tips hvordan ledere kan møte den enkelte medarbeider, for på den måten å møte den enkelte med det som trygger, utfordrer og motiverer dem:

- ✓ Leder blir kjent med egen profil, styrker og utfordringer – som ledd i lederutvikling – til å vite mer om hvordan en virker på sine omgivelser både i kommunikasjon, endring, personalansvar, fagansvar, administrativt ansvar og lignende.

- ✓ Erkjenne at mennesker er forskjellige sett ut ifra deres unike interesse- og personlighetsprofil. Denne forskjelligheten medfører at mennesker ikke bare har forskjellige styrker, evner og egenskaper, men også forskjellige behov og ønsker.
- ✓ Gi rom for det individuelle og ikke tenke at ”på seg selv kjenner en andre”. Vår erfaring gjennom kjennskap til teori og bruk av verktøyet er at ”på seg selv kjenner en ingen andre”.
- ✓ Bli kjent med hva som motiverer, utfordrer og eventuelt trygger den enkelte medarbeider og møte dem på det. Her kan det være nødvendig med et verktøy til å treffe riktig, men det kan også la seg også gjøre å tilnærme seg med spørsmål på om de er utrygge og gruer seg eller er spente og ser frem til endringene.
- ✓ Oppfordre sykemeldte til å ikke isolere seg – særlig de som er av den ekstroverte personlighetstypen. Disse kan ha bedre utbytte av å ha mennesker rundt seg.
- ✓ Vurdere om coaching kan være alternativ for noen av de medarbeidere i endringsfaser – kanskje de som er mest følsomme for endring.

4.4 Valgte løsninger – fra små justeringer til større endringer

Hensikten var at en skulle oppnå i prioritert rekkefølge;

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

Overraskende mange valgte seg tilbake til nåværende jobb (64 %), noen få ønsket seg over til annen enhet (4%), 23% valgte ekstern løsning og 12% hadde (per 1 juli 2008) enda ikke gjort sitt valg.

For flere av de som har valgt ekstern løsning er planen å komme tilbake til foretaket i annen stilling. Andre tar utdanning som fører dem bort fra helsevesenet for godt.

Dette handler om prosesser, og valgene er ikke ferdigstilt på en dag. For mange er valget en foreløpig løsning som muligens kan komme til å endre seg. Dette er derfor en status per 1. juli 2008 som kan komme til å se noe annerledes ut i juli 2009.

Vi er svært fornøyde med at det viser seg at så mange som (65 %) passer til sine jobber og ønsker å komme tilbake til Helse Nord. I tillegg vet vi at noen av de 23 % som valgte ekstern løsning vil kunne komme tilbake til Helse Nord etter ny eller videre utdanning.

Eksempler fra veiledningene

I det følgende er en del eksempler på hva som er gjort av små justeringer eller større endringer som har blitt sentrale for den sykemeldte i veiledningen på deres vei videre:

Hjemmesituasjon

- ✓ Øve seg på å sette grenser både i forhold til jobb, familie og venner. Prioritere egne behov i større grad - ikke bare ta hensyn til andre (S-type). Flere opplever det lettere å få til etter veiledningen.
- ✓ Ta opp treningen igjen og prioritere bort noe annet på travle dager – blitt bevisst at fysiske aktiviteten er en viktig friskfaktor (P-type).
- ✓ Søke permisjon i deler av stillingen for å utforske kreative evner (K-type) og bruke mer tid på barn og familie (S-type).
- ✓ Noen har begynte å sy, andre male, reise, trene, hytteturer, sosialt samvær som kafe eller besøk, fjellturer, lese skjønnlitteratur, lese faglitteratur, pusse opp hjemme, sortere og sette bilder inn i permer, prioritere voksentid på kveldene, delta i frivillig arbeid og lignende.

Jobbsituasjonen

- ✓ Klarer ikke holde armene tilstrekkelig i ro på sengepost når en ser at pasienten trenger hjelp (S og F-type). Skal jobbe på annen avdeling i et år eller to – i påvente av operasjon av fysisk slitasje. Søkt og fått ja på stilling ved annen avdeling med mindre fysisk arbeid.
- ✓ Ikke kaste frem alle forslag med det samme - la andre få tid til å tenke seg om (F-type)¹⁸.
- ✓ Videre utdanning innenfor ledelse (F-type) eller annen teoretisk utdanning (T-type)
- ✓ Opplæring/ kurs/ videreutdanning innenfor psykiatri/ rus for å bli mer trygg på pasientgruppen.
- ✓ Søke seg tilbake til stilling som er mer faglig utfordrende (T-type).
- ✓ Søke seg over i stilling som er mindre faglig utfordrende.

¹⁸ Denne relateres både til jobbsituasjon og hjemmesituasjon

- ✓ Arbeidslivsguide med i møte med NAV for å vurdere annen jobb. Arbeidslivsguide har oppfattet at resultat av test og veiledningen har ført til raskere avklaring i forhold til arbeidstaker.
- ✓ Har skjønt nå at en må søke seg til en enhet hvor en jobber mer i team (S-type og ekstrovert personlighetstype).
- ✓ Ønsker å ta mer i bruk den sosiale kompetansen (S-type).
- ✓ Flere har redusert sine stillinger og noen har fått delvis uførepensjon.
- ✓ Det har også vært noen eksempler på konflikter mellom ansatt og leder og mellom kollegaer.
- ✓ Flere har innsett at den jobben de har og ikke mestrer ikke er riktig for dem. Noen søkt og gått over i andre jobber og andre ny utdanning innenfor deres interesseområder (jfr testresultater).
- ✓ Mulighet til å gjøre andre type oppgaver i en periode.
- ✓ Forståelse for påfyll av friskfaktorer. Ser at det kan gi overskudd¹⁹.

Egen utvikling

- ✓ Går for tiden i samtalerapi, må få ting litt på plass før videre valg.
- ✓ Fokuserer på å finne roen. Prioritere hva en skal bruke tiden på, ikke gjøre alt på en gang (F-type).
- ✓ Krevende hjemmesituasjon. Finne annen jobb, som krever mindre og som det er lettere å gå i redusert stilling i, i en periode til det blir lettere på hjemmefronten
- ✓ Ser også at livet er slitsomt, samlivsbrudd/ problemer og syke barn eller sykdom hos en selv.
- ✓ Konsentrere seg om behandling og opptrening først. Deretter bruke kartleggingen til å planlegge veien videre.
- ✓ Trene på at det ikke alltid må være så ryddig. Greit at barna bretter og kantene ikke blir "bra nok". Bevissthet om at ryddebehov blir større når en er sliten, syk og lei. Øve på å ikke ha alt på stell hjemme til en hver tid, dvs rydde, organisering. (O-type)
- ✓ Forstått seg selv bedre, egne reaksjoner ved å forstå sin høye Følelse i Jung8. Aksepterer og forstår egne reaksjoner.

¹⁹ Denne relateres både til jobbsituasjon og hjemmesituasjon

4.5 Tilbakemeldinger

Underveis og i etterkant av prosjektperioden har vi fått en del tilbakemeldinger fra sykemeldte, ledere, arbeidslivsguidere, tillitsvalgte og vernetjeneste samt deltakere på erfaringskonferansen til prosjektet i august 2008²⁰ (vedlegg 5).

Tilbakemeldingene er kort oppsummert:

- ✓ Metoden/ verktøyet bidrar til ny innsikt og å bryte handlingsmønster
- ✓ Metoden/ verktøyet bidrar til å starte, skyte fart og virker som en katalysator i prosesser
- ✓ Stor gjenkjennelse i beskrivelse av evner, ferdigheter, styrker og utfordringer
- ✓ Bidrar til bevissthet om hva som er ens friskfaktorer og energilekkasjer – og at det er nyttig på veien videre
- ✓ Sollanhjulet er svært nyttig i å få en oversikt over energilekkasjer og friskfaktorer i eget liv
- ✓ Endring er ikke gjort over natten når den negative utvikling har fått pågå over lang tid
- ✓ Mange ledere har gitt uttrykk for at de selv ønsker veiledning på sin lederrolle
- ✓ Viktig hvordan en meldes inn i prosjektet, at en viser omsorg og respekt for den enkelte

I det følgende har vi klippet ut noen tilbakemeldinger vi har fått fra medarbeidere som har fått veiledning. Tilbakemeldingene er anonymiserte, men ellers ordrett slik de ble skrevet av dem selv:

”Ville bare takke deg for all hjelp en gang til. Har fått innvilget attføring og skal begynne på x (ny utdanning) i xxx etter nytt året. Føler at det og slutte som x (yrke) var det eneste riktig for meg. Du er en inspirerende og flott person!”

”Er tilbake for fullt i min ”posisjon”, og det kjennes bra.”

”Jeg har fått jobb på x (arbeidsplass), og kan begynne der den xx.xx (dato). Blir nok å takke ja til denne jobben. Så da starte æ et nytt år med blanke ark på ny jobb”

²⁰ Helse Nord arrangerte en erfaringskonferanse i august 2008 der en presenterte erfaringer og resultater fra prosjekt Arbeidsglede så langt.

”Æ e søkk-imponert! Utrolig hva du har fått med av våre relativt korte samtaler. Jeg har ingenting å legge til eller trekke i fra. Og jeg er fortsatt veldig overbevist om at det blir x studium fra høsten, sannsynligvis i x (stedsnavn). Tusen takk for en positiv og nyttig opplevelse. Det var virkelig godt å bli møtt på en så åpen og positiv måte, og få sparret mine tanker med deg.”

”Allerførst vil jeg takke for samtalene jeg hadde med deg. Det ga meg økt bevissthet om meg selv.”

”Jeg har tenkt mye på dette med grensesetting, svik og ansvar. Jeg er underveis. Har vært inne i en fri periode fra jobben og ikke ofret arbeidet og pasientene en tanke. Dette er helt nytt for meg, det kjennes ut som at jeg har fått livet i gave på nytt. Det er skremmende å tenke på hvordan det var tidligere.”

”Jeg har det kjempebra for tiden, tiden etter møte med deg har vært fin. Har i perioder tenkt på det som ble snakket om og i perioder ikke. Jeg føler det fint å jobbe på denne måten som vi nu jobber på.

Skulle vel kanskje ønsket at den hadde kommet tidligere, men bedre sent enn aldri. Jeg har det mye bedre med flere rundt meg og ikke bare den "lille avdelingen" som vi var tidligere. Jeg tør mere og vil mere enn før. Det er nok en sammenblanding av møte med deg og det at jeg nu har vært lenger i avdelingen enn da. Jeg har også klart å løsrive meg fra det gamle og det har nok mye å si.”

”Jeg fikk fast jobb på x (avdeling)! Er utrolig glad og lettet. Det føles som om hele puslespillet nå er lagt. Måtte takke dem for at de trodde på meg, og så at jeg var flink til å jobbe, selv om jeg hadde hatt en nedtur i livet. Har vært åpen om grunnen til at jeg havnet der hele tiden, og det må du råde de andre som kommer til deg om også å være. Ærlighet varer lengst! Alle har krav på en ny sjanse, og jeg fikk min.”

”Angsten for å gjøre feil i en stadig mer krevende sykehushverdag kom gradvis snikende, inntil jeg i slutten av x (måned og årstall) ikke klarte å gå inn døra på jobb. Jeg hadde det forferdelig inni meg, og fikk bla veldig dårlig matlyst.”

”Jeg hadde vel ikke helt tro på prosjektet i utgangspunktet, men på første veiledning var det som å bli lest som en åpen bok. Alt passet perfekt! Jeg fikk satt på papiret hvilken person jeg var og hva jeg kunne passe til å jobbe med.”

”Jeg fikk prøve meg på x (avdeling) gjennom NAV, og det er noe av det beste som har hendt meg! Jeg sluttet da ganske raskt med medisin, og har ikke kjent angst i ettertid. Jobben viste seg å være perfekt for meg, og jeg har aldri trivdes så godt i arbeidslivet før.”

”Prosjektet hjalp meg til å få bekreftet og klargjort for meg selv hvilken type jeg er.”

4.6 Følgeforskning

Tidlig i prosjektet diskuterte prosjekteier og prosjektleder viktigheten av en god evaluering, som både kan si noe om ressursbruk i form av tid og penger og kvaliteten på veiledningen. Det ble klart at det ville være utfordringer å ”bukken-og-havresekken” å få til en god evaluering av kvaliteten om vi skulle gjøre det selv. Det ble besluttet å prøve å få til noen utenfor Helse Nord som kunne gjøre en uholdt vurdering av kvaliteten på metoden i prosjektet.

I slutten av april 2007 tok vi kontakt med Handelshøgskolen i Bodø med forespørsel om en eller flere av studentene kunne tenke seg å gjøre en evaluering av kvaliteten på metoden i prosjektet som en bachelor- eller masteroppgave.

En utfordring var at de fleste studentene skrev sine oppgaver på våren og vi ville trenge det på høsten, da prosjektet først var tenkt å avsluttes i desember 2007. Ettersom prosjektperioden ble utvidet ble det mulighet for at to studenter kunne skrive en bacheloroppgave våren 2008 (Anfinnes & Stemland, 2008), med fokus på friskfaktorer og karriereveiledning basert på intervjudata fra Nordlandssykehuset.

En annen utfordring er at en troverdig mer helhetlig ekstern vurdering av et prosjekt som dette normalt sett vil være for omfattende og krevende for både bachelor- og masteroppgaver.

Vi var imidlertid svært heldige da det viste seg at førsteamanuensis i organisasjon og ledelse, Dorthe Eide, var interessert i å gjøre følgeforskning på prosjektet som del av sin forskningstid i sitt kommende undervisningsfrie år. Dette ble en kjempemulighet for prosjektet. Møter ble avholdt og avtale inngått. Dorthe Eide har deltatt på arbeidsgruppemøter, observert veiledning av tre sykemeldte, intervjuet arbeidslivsguider, sykemeldte og ledere. Se forskningsprotokoll for nærmere opplysninger for følgeforskningen (Vedlegg 6).

Videre har Eide intervjuet styringsgruppemedlemmer og andre involverte og hun skal lage survey'er som skal sendes ut til deltakere og nærmeste leder ca 1,5 år etter avsluttet veiledning (høsten 2009).

I tillegg har Eide utarbeidet mal til minidagbøker for arbeidslivsguider og sykemeldte, som et refleksjonsnotat der de skal skrive om sine opplevelser av veiledningen. Refleksjonsnotatene til både guide og sykemeldte er anonymiserte.

Følgeforskningen er meldt inn til, og godkjent av, NSD (Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste) og REK Nord. Følgeforskningen forstått som et oppdrag/ samarbeid mellom forsker og Helse Nord er planlagt avsluttet ved årsskiftet 2009/ 2010, og en sluttrapport vil foreligge i 2010. Datamaterialet er imidlertid så omfattende og unikt at det vil sysselsette forsker med datatolkninger og publisering i lang tid etter dette.

Samtlige arbeidslivsguider har skrevet refleksjonsnotat på hver person de har veiledet. Det er gjort et formidabelt arbeid som muligens ikke er så vanlig å gjøre på prosjekter innenfor personalområdet. All honnør til arbeidslivsguidene!

Selve følgeforskningen har vært finansiert delvis av Helse Nord og primært av Handelshøgskolen i Bodø. Av Helse Nord gjennom den tid arbeidslivsguider og andre har lagt ned i minidagbøker, intervju og annen bistand.

Helse Nord har finansiert forskers reisekostnader i forbindelse med intervju, samt sekretærtjenester ved transkribering av intervju. I tillegg ville følgeforskning ikke vært mulig dersom prosjektet ikke hadde vært gjennomført.

Forskers lønn, samt driftutgifter i form av kontor, telefon, porto, datautstyr, litteratur, deltakelse på forskningskonferanser²¹, og lignende, har så langt vært finansiert av Handelshøgskolen i Bodø.

4.7 Resultatet nådd?

Sykefraværet for alle ansatte i Norge er økende for 2. kvartal 2008, mens sykefraværet i Helse Nord er stabilt i forhold til samme periode i 2007.

Tabell 5

Sykefravær Helse Nord	Jan - juli 2007				Jan - juli 2008			
	Totalt fravær	Fravær over 56 dager	Fravær under 56 dager	Fravær under 16 dager	Totalt fravær	Fravær over 56 dager	Fravær under 56 dager	Fravær under 16 dager
Helgelandspsykehuset HF	8,2%	4,8%	3,4%	1,8 %	8,6%	4,3%	4,2%	2,1 %
Nordlandssykehuset HF	9,3%	4,9%	4,4%	2,8 %	9,1%	4,9%	4,2%	2,2 %
Universitetssykehuset HF	9,2%	4,4%	4,8%	2,7 %	9,5%	4,8%	4,6%	2,8 %
Helse Finnmark HF	9,0%	4,0%	5,0%	2,8 %	9,5%	4,8%	4,6%	2,6 %
Sykehusapotek Nord HF	9,6%	4,4%	5,3%	3,1 %	8,3%	2,5%	5,8%	3,0 %
Helse Nord IKT	4,8%	1,3%	3,6%	1,8 %	4,7%	2,2%	2,5%	1,8 %
Helse Nord RHF	2,2%	1,2%	1,0%	0,8 %	2,8%	1,4%	1,4%	0,8 %
SUM Helse Nord	9,0%	4,5%	4,6%	2,6 %	9,2%	4,7%	4,4%	2,6 %

Ettersom deltakerne i prosjektet ikke er en definert gruppe på en slik måte at vi kan følge utviklingen i sykefravær for denne gruppen isolert, vet vi ikke i hvor stor grad deres deltakelse i prosjektet har påvirket det totale sykefraværet i Helse Nord.

Hoveddelen av veiledningene i prosjektet foregikk i perioden januar – juni 2008. Mange av deltakerne i prosjektet kunne fortelle om et sykefraværsløp som hadde utviklet seg gradvis over flere år og for noen i opp til 10-12 år. Arbeidslivsguidene har opplevd at mange av deltakerne har fått informasjon/ innsikt som har blitt viktig på veien videre.

For noen har det handlet om en bekreftelse på noe de allerede visste, og som bidro til et ekstra ”puff bak”. For andre ble det ny innsikt som bidro til å justere kurs mer i tråd med friskfaktorer og for å tette energilekkasjer.

I følge følgeforsker Dorthé Eide var det naivt å tro at resultatene skulle nås på det ene året en i første runde trodde var mulig (Erfaringskonferansen, 2008).

²¹ Ad forskningskonferanser så har det også vært mottatt reisestøtte fra Økonomisk Forskningsfond (<http://www.hibo.no/index.php?ID=3705&lang=nor>)

Det er sannsynlig å tro at det for noen av våre deltakere vil kunne ta noe tid å reversere en slik utvikling, selv om de kan ha fått ny innsikt i veiledningen som har bidratt til eventuell endring av kurs tilbake til bedret livskvalitet og arbeidslivet. Da vi er kjent med at mange av de sykemeldte er i en prosess mener vi at det vil være mest riktig å vurdere prosjektets effekt først når resultatene fra følgeforskningen foreligger.

Øyeblikksbilde per 23. september 2008

Vi har samlet informasjon angående deltakernes status i forhold til om de fortsatt er sykemeldte, tilbake på jobb, over på rehabilitering, attføring eller i ny jobb i annen avdeling eller eksternt.

Informasjonen er å regne som et øyeblikksbilde fra 23. september for 120 av de 142 deltakerne.

Tabell 6

Hvor er de sykemeldte nå?	Antall	Prosent
Sykemeldt 100%	13	11 %
100% tilbake i opprinnelig jobb	33	28 %
Delvis tilbake i opprinnelig jobb	16	13 %
100% tilbake i annen jobb internt	3	3 %
Ny jobb eksternt	13	11 %
Sluttet	23	19 %
Permisjon	8	7 %
Videreutdanning	10	8 %
Uføre-/alderspensjon	9	8 %
Attføring	12	10 %
Rehabilitering	16	13 %

Noen av deltakerne er registrert på mer enn ett sted i tabellen. Eksempelvis har noen av de som er sluttet fått innvilget attføring, mens andre har begynt i ny jobb eksternt.

Som ledd i følgeforskningen vil vi høsten 2009 få en ny oversikt over hvor den enkelte er i forhold til sin prosess på veien videre. Dersom svarprosenten på surveyen til deltakere blir god nok kan denne benyttes, hvis ikke vil det bli vurdert å gjøre en tilsvarende oppringning slik det ble gjort for å fremskaffe ”øyeblikksbildet” i september 2008.

5 Vurdering, tilrådning og veien videre

5.1 Bedre utnyttelse av HR-ressursene

I veiledning med sykemeldte har det for flere blitt avdekket at de har ressurser som til nå ikke har vært benyttet i tilstrekkelig grad. For noen kan det innebære at de i sin arbeidssituasjon ikke har hatt tilstrekkelig med utfordringer, for andre at de muligens ikke har hatt riktig type utfordringer. For store utfordringer kan bidra til usunt stress, men for lite utfordringer i forhold til forutsetningene kan også bidra til energilekkasje og usunt stress (Csikzentmihaly, 1998).

Årsaken til feil brukt og for lite brukt kompetanse synes å kunne henge sammen med at hverken leder eller den sykemeldte selv har vært tilstrekkelig kjent med den enkelte sykemeldtes styrker, evner, egenskaper og friskfaktorer/ motivasjonsfaktorer.

Dersom vi på bakgrunn av denne informasjon kan anta at det for en del av våre medarbeidere er slik at de har ubenyttede eller feil brukte ressurser, kan vi også anta at en gjennom riktige justeringer/ endringer muligens kan oppnå en mer effektiv fordeling av oppgaver i den daglige personell disponering/ drift.

Videre viser en europeisk undersøkelse om livskvaliteten til arbeidstakere at dersom de opplever at jobben er meningsløs er de neppe tilfredse med resten av livet heller (Theodossiou, 2006).

Vi mener å ha erfart at det er viktig å se hva som motiverer den enkelte og gi utfordringer og oppgaver i tråd med det. I tråd med teorien til Holland vil det være riktig å tenke hva den enkelte motiveres av, og ikke tenke ”på seg selv kjenner en andre”. Slik tror vi at ledere kan bidra til å få ”rett person på rette oppgaven” og dermed forebygge sykdom og planlegge drift som er mer effektiv og dermed spare både tid og energi for ledere, sykemeldte/ fremtidige sykemeldte og kolleger.

Et tips til ledere er at de generelt gjennom medarbeidersamtaler og i planlegging av drift oppfordrer sine medarbeidere til å si ifra om oppgaver de vet eller tror at de liker. En kultur

der en søker ”rett person på rett oppgave” kan bidra til forebygging av sykefravær og bidra til økt tilfredshet og effektivitet.

Hvis det viser seg utfordrende å effektivt få til å finne ut hva den enkelte medarbeider motiveres av – uten et verktøy tilgjengelig - kan lederen ved hjelp av LØFT²²-baserte spørsmål hjelpe medarbeideren på vei. En slik tilnærming kan også bidra til å synliggjøre for medarbeideren hvor mye lederen er bevisst på medarbeiderens bidrag, aktivitet og fortrinn.

Eksempel på spørsmål medarbeideren kan stille til lederen (Langslet, 2002):

- ✓ *Hvilke av arbeidsoppgavene mine syns du jeg mestrer godt?*
- ✓ *Hva tror du vil bli konsekvensene av at jeg gjør mer av det jeg er flink til å gjøre?*

Er det fortsatt en utfordring for medarbeideren å finne hva som motiverer, kan en igjen snu spørsmålsstillingen på hodet og la medarbeideren stille følgende spørsmål til lederen:

- ✓ *Kan du beskrive en konkret situasjon hvor du syns jeg var på mitt aller beste? Hva kan jeg lære av den situasjonen?*
- ✓ *Hvordan har du inntrykk at jeg bidrar til å skape energi og arbeidsglede hos mine kollegaer?*
- ✓ *Hvor høyt på skalaen tror du jeg/vi/gruppen er i stand til å komme?*
- ✓ *Har du opplevd at vi som gruppe har vært mer fornøyd og i så fall hvor på skalaen mener du vi var da?*

5.2 Vurdering av den metodemessige siden

5.2.1 Opplæring i Profråd-programmet

Sett i etterkant vil vi anbefale å beholde fire dager på Profråd-programmet for å få tid nok til øving med videodokumentasjon, da denne viste seg særlig nyttig.

Undervisningsopplegget bar noe preg av at 3 av 4 forelesere underviste i Profråd-programmet for første gang, til en til dels ny målgruppe og om mulig en noe uvant undervisningsform fra

²² Løsningsfokuset tilnærming, metode utviklet av Gro Johnsrud Langslet

NTNU sin side. Opplegget bar derfor preg av nybegynnerfeil og usikkerhet i gjennomføringen.

Arbeidslivsguidene hadde gjennom sin bakgrunn både lang og bred erfaring i samtale med mennesker, både i form av lederroller, coachroller, veilederroller, sykefraværskonsulentroller og utdanning som sosionom. Dette gjorde til at noe av undervisningen på veilederrollen fra NTNU ble for elementær og lite nyttig. Det ble spilt inn i forkant og underveis, men likevel ikke gjort noe forsøk på å avvike fra det opprinnelige undervisningsopplegget. Det kunne med fordel vært vist noe mer fleksibilitet fra NTNU sin side i å tilpasse undervisningen til en så homogent erfaren gruppe deltakere.

Kursdokumentasjonen (kompendiet) med relevante artikler har store forbedringspunkter i struktur og redigering. Med enkle midler kan NTNU oppnå en vesentlig kvalitetsheving gjennom redaksjonell gjennomgang.

Gjennomgående bruk av reell øving vurderes å ha stor påvirkning på læringseffekten gjennom å øke studentens trygghet for praktisk gjennomføring. Testpersonenes mot til å stille opp på dette vurderes som stort.

5.2.2 Opplæring i Sollan-programmet

Det var utarbeidet oversiktlig, god dokumentasjon både i papirformat og CD-rom for kurset.

En sentral del av undervisningen var at Sollan delte av sine erfaringer i bruk av metoden i sin praksis, der mange av kundene er i lignende situasjoner som de sykemeldte i vårt prosjekt (sykemeldte, medarbeidere som er på vei til å bli sykemeldt og medarbeidere som har vært sykemeldt flere ganger). Sollans erfaringer har hatt stor nytte for arbeidslivsguidenes veiledninger i prosjektet.

Som nevnt ovenfor hadde arbeidslivsguidene mye erfaring og kunnskap i å samtale med mennesker i tillegg til en sterk fagbakgrunn og integritet i sitt fagområde. Deltakerne bidro i undervisningen med mange og interessante kritiske blikk, som bidro til spennende diskusjoner. Underveis oppstod det situasjoner der deltakerne i faser var tvilende til deler av

metodikken, noe som imidlertid endret seg etter hvert som vi fikk erfare veiledninger selv. Gjennom disse diskusjonene ble det viktig at Sollan fremhevet det teoretiske fundamentet i tillegg til egen praksis og erfaring.

5.2.3 Treningsveiledninger

Arbeidslivsguidene ønsket å trene på mer enn de tre kandidatene som inngikk i undervisningspakken fra NTNU, i forhold til stor respekt for å gå løs på ”virkelige tilfeller”. Å skape trygghet i rollen som guide ble viet stor oppmerksomhet – noe som førte til at opplæringsfasen tok lengre tid enn planlagt.

Vi konkluderte med at det var viktig for guidens trygghet på rollen, ivaretagelse av de sykemeldte vi senere skulle veilede og den totale kvaliteten på veiledningen at arbeidslivsguidene fikk trene på så mange som de hadde behov for. NTNU og Oskar Solberg bistod villig med flere nett-tilganger, slik at arbeidslivsguidene kunne trene på så mange de ønsket. Antall testkandidater varierte fra minimum 5 til 20 for hver av arbeidslivsguidene.

Sollan bistod med veiledning til arbeidslivsguidene før, underveis og etter veiledning av treningskandidatene. Veiledningen fra Sollan bidro positivt til at arbeidslivsguidene fikk en god kjennskap til verktøyet/ metoden og opplevelse av trygghet i arbeidslivsguiderollen.

Sett i ettertid hadde vi stor nytte av å trene på så mange som hver enkelt av arbeidslivsguidene følte at de trengte for å bli trygge på å bruke verktøyet/ metoden. Da arbeidslivsguidene startet veiledning av sykemeldte opplevde de å være trygge på verktøyet og i stand til å møte den sykemeldte på en forsvarlig og kvalitativt god måte.

5.2.4 Kvalitetssikring av veiledningene 3-2-1

Våre arbeidslivsguider hadde erfaring med samtaler/ coaching/ veiledning før de utdannet seg til arbeidslivsguider. Likevel var kvalitetssikringen, der Sollan veiledet arbeidslivsguidene før, underveis og etter veiledning med de sykemeldte, svært verdifull. Arbeidslivsguidene hadde noe ulike behov for når de trengte mest tid på veiledningen med Sollan. Noen hadde

mer behov for veiledning i forkant av sin veiledning med den sykemeldte, mens andre hadde mer behov for veiledning med Sollan etter første veiledning med den sykemeldte.

Veiledningen fra Sollan bidro til trygghet for arbeidslivsguidene i bruk av nytt verktøy og kvalitetssikring. Vår vurdering er at arbeidslivsguidene opplevde å være rimelig ”selvgående” etter å først ha trent på øvingskandidatene og dernest hatt veiledning med 10-15 personer i prosjektet, der de hadde veiledning med Sollan før, underveis og etter veiledning med den sykemeldte.

Samtidig ser vi viktigheten i å ha et fagnettverk der en kan diskutere faglige spørsmål på et mer generelt grunnlag, også etter at en har blitt mer rutinert som arbeidslivsguide.

5.2.5 Arbeidslivsguideprofil og profil til andre oppgaver

Arbeidslivsguidene har gitt tilbakemelding om at de er glade for å ha fått mulighet til utdanning i bruk av verktøyet/ metoden. De trivdes godt i veilederrollen og samtlige sier de ønsker å bruke verktøyet/ metoden i fremtiden.

Underveis i prosjektet viste det seg at innsalg og motivasjonsarbeid i forhold til ledere og deltakere i prosjektet ble en like viktig egenskap for arbeidslivsguidene som guiderollen. Noen av arbeidslivsguidene opplevde at denne rollen til tider ble en belastning og større utfordring enn de var forberedt på. For UNN HF som hadde et team med 5 arbeidslivsguidere, ble dette ikke opplevd som et like stort problem, da de hadde mulighet til å fordele oppgaver seg imellom. De kunne dermed samarbeide om utfordringene.

Av praktiske hensyn valgte vi å la arbeidslivsguidene få veiledning fra Sollan på veilederrollen først da de stilte til opplæring i Profrådprogrammet. Sett i etterkant kunne en gjerne ha gjennomført veiledningen på arbeidslivsguiderollen i forkant av opplæringen, slik at den enkelte fikk bedre mulighet til å ta stilling til om arbeidslivsguiderollen og øvrige roller som fulgte med oppgaven fortsatt virket motiverende før de takket ja til å være med i prosjektet. Nå skal det sies at vi i utgangspunktet ikke var forberedt på at guidene også skulle få ansvaret for det praktiske arbeidet rundt rekruttering av ledere og medarbeidere til deltakelse i prosjektet, slik at det trolig ikke ville fått noen betydning i pilotprosjektet.

5.2.6 Lederopplæring

Prosjektet har lagt store ressurser i lederopplæring, men vi hadde likevel store problemer med å nå denne målgruppen. Dette må først og fremst sees i sammenheng med at den opprinnelige planlagte utvelgelsen av kandidater fra sykefraværstatistikk ikke fungerte godt nok. Videre at vi hadde noe vansker med å nå ut med informasjon om at kriterier for deltakelse ble endret underveis.

Det andre momentet som i stor grad påvirket kontakt med og opplæring av ledere var de ulike foretak- og klinikkledelsenes tilnærming, der noen påla sine ledere obligatorisk deltakelse mens andre ga rom for frivillighet.

Foretak- og klinikkledelse som tydelig kommuniserte prosjektets formål og ledernes ansvar for å følge dette opp hadde best rekruttering til lederopplæringen - og gjennomføring av prosjektmålene for øvrig.

Flere planlagte kurs ble avlyst på grunn av manglende oppmøte og nye datoer måtte avtales, noe som også bidro til ytterligere forsinkelser i rekruttering av deltakere til prosjektet.

Lederopplæringen ble gjennomført lokalt i det enkelte foretak med 2 til 4 kurs i hvert foretak – til sammen 12 kurs.

10 kurs har vært gjennomført med Sollan som hovedforelesere og 2 kurs har vært gjennomført med prosjektleder og arbeidslivsguide. Kursene ble gjennomført som 3,5 – 5 timers kurs med forelesning i plenum med varierende fra 5 til 40 deltakere. Bruk av case og gode eksempler har vært gjennomgående.

Enkelte enheter/klinikker var svært aktive i å oppfordre alle sine ledere til deltakelse, da de anså opplæringen å være til nytte også i det ordinære sykefraværarbeidet. Flere ledere som ikke hadde medarbeidere i prosjektet opplevde at opplæringen var nyttig både i forhold til medarbeidersamtaler og ordinær sykefraværsoppfølging.

5.2.7 Rapport i etterkant av veiledning

Alle guidene leverte ut en kortversjon av en rapport underveis i veiledningen som de sykemeldte fikk med seg. Denne beskrev litt om kartleggingsresultatene i forhold til ferdigheter, evner, egenskaper, styrker og utfordringer. Rapporten var den sykemeldtes egen eiendom, som de kunne benytte som de ville og vise til hvem de ville. Rapporten ble ikke forelagt leder eller lagt i personalmappen.

I tillegg praktiserte noen av arbeidslivsguidene å skrive en oppsummerende rapport i etterkant av veiledningene som skulle være til hjelp i videre prosess. Som kjent er det ikke alltid like lett å huske alt som blir sagt og diskutert i en veiledning, og desto vanskeligere for de som er noe slitne i den fasen veiledningen foregår. De sykemeldte som fikk denne rapporten ga tilbakemelding om at det ble opplevd positivt, og de kom på elementer fra veiledningen som de hadde glemt.

De av arbeidslivsguidene som også hadde roller i sykefraværsoppfølgingen i foretaket opplevde det noe utfordrende å skrive oppsummerende rapporter etter gjennomført veiledning. Rapporten skal gjenspeile samtalen i veiledningen og da vil det være naturlig å si hvilke valg som vil være de beste for den sykemeldte fremover. Samtidig er det ikke nødvendigvis slik at arbeidsgiver kan etterkomme alt av ønsker og behov som fremkommer etter veiledningen. Vi diskuterte om en slik oppsummerende rapport kunne bli tatt til inntekt for arbeidsgivers anbefaling i neste runde i de tilfeller der arbeidslivsguide også har rolle som intern sykefraværskonsulent eller lignende. Vi har imidlertid ikke møtt på denne type utfordringer i etterkant av veiledningene.

5.2.8 Erfaringer med veiledningsmetoden

Arbeidslivsguidene er alle enige i at dette har vært et godt verktøy og veiledningsmetode i oppfølging av sykemeldte medarbeidere. I dette avsnittet vil vi prøve å si litt om hvilke egenskaper ved metoden vi opplever positivt.

Stor grad av gjenkjennelse hos sykemeldte

For det første gir kartleggingsresultatene et godt utgangspunkt for veiledningen. Gjennom spørsmålene den sykemeldte har svart på i forkant kan arbeidslivsguiden si mye om hvilke styrker, evner, egenskaper og utfordringer som kjennetegner den gitte interesselypen. De fleste sykemeldte kjente seg igjen i stor grad. Noen opplevde det som å få vite noe mer og nytt om seg selv, mens andre kjente seg igjen og fikk bekreftelse på at ”det er slik”.

Gjenkjennelsen bidro til stor grad av tillit til verktøyet.

Kommer fortore ”til kjernen”

Gjennom kjennskap til styrker, behov og utfordringer til den gitte interesselypen kom vi rimelig fort frem til hvilke styrker og utfordringer som var gjeldende for den sykemeldte i sin hverdag og muligens hadde medvirket til utvikling av dagens situasjon.

”Objektiv sannhet”

Vi erfarte at det var mulig for den sykemeldte å ta imot ”utfordrende” informasjon om egenskaper og utfordringer uten å ”gå i forsvar”. Det syntes som at informasjonen var opplevd å komme fra ”objektive funn”, gjennom de spørsmålene de selv hadde svart på og dermed langt enklere å ta imot enn om det eksempelvis var basert på en kollega eller leders observasjoner. En av de sykemeldte innrømmet i veiledningen at hun/ han ville tatt det ille opp om leder hadde sagt det samme, da det lett kunne blitt til at en satte leders intensjoner i tvil. Det syntes som at arbeidslivsguidene lyktes i å skape tillit til at vi ønsket den enkelte vel.

Muliggjør handling og ansvarliggjøring

Vi opplevde sykemeldte som ved starten av veiledningen var fortvilte over å stå i en situasjon de ikke så gode, varige løsninger på. Når en ikke ser mulig løsninger for hva en selv kan gjøre er det naturlig å se seg rundt og lete etter løsninger andre kan bidra med. Ledere blir lett en rollefigur en forventer skal bidra med tiltrettelegging og løsninger. Noen ganger har de muligheten til det, andre ganger ikke. Vi fokuserte mye på hva den enkelte kan gjøre selv – en hjelp til selvhjelp. Vår erfaring i prosjektet er at forventning til leder og andre rundt blir tonet ned i tråd med at den sykemeldte gjennom veiledningen øyner ting de selv kan påvirke og endre.

Muliggjør realitetsorientering på en god måte

Ved hjelp av den enkeltes interesse- og personlighetsprofil var det som regel mulig å oppnå realitetsorientering på en god måte. Rammene rundt, eksempelvis at en opplever å ha blitt for gammel til ny utdanning, at avdelingen ikke kan opprette nye stillinger, at det ikke er mulig å få til flere dagstillinger på avdelingen, ble også en sentral del av realitetsorienteringen. Dette syntes i hovedsak å være greit for den enkelte sykemeldte å akseptere. Vi fokuserte på løsninger som lot seg gjøre i forhold til egen interesseprofil og i tråd med rammene forøvrig.

Bidrar til å øke bevissthet om friskfaktorer og energilekkasjer

Interessekartleggingen bidrar til å øke bevissthet om egne evner, egenskaper, styrker og utfordringer og videre i forhold til å identifisere mulige energilekkasjer og friskfaktorer.

Sollanhjulet - et godt redskap til bedret balanse mellom energilekkasjer og friskfaktorer

Sollanhjulet bidrar til en sortering og presisering av på hvilke områder friskfaktorene og energilekkasjene befinner seg. Ved hjelp av Sollanhjulet kunne vi identifisere energilekkasjer og friskfaktorer, se hvilke som ”hang sammen” og kunne la seg endres med ett og samme grepet, identifisere hvilke endringer som ville tette lekkasjer, identifisere mulige nye friskfaktorer og hvordan en skal prioritere de endringer som må til. Mange ga tilbakemelding om at oversikten i Sollanhjulet bidro til at de ble klar over at de mange små energilekkasjer kunne bli til en betydelig og stor energilekkasje på sikt.

Godt verktøy til å se hele mennesket

Veiledningsmetodikken tar høyde for å se hele mennesket. Det er like viktig å identifisere friskfaktorer og energilekkasjer i fritid som på jobb, samtidig som en vurderer endringer både på fritid og i jobbsituasjonen.

Målrettet og individuelt verktøy

Veiledningen fokuserer på hva som motiverer og demotiverer den enkelte ut ifra deres interesse- og personlighetsprofiler. Det som passer for den ene trenger ikke være riktig for en annen. På seg selv kan en ikke nødvendigvis kjenne andre.

Bidrar til økt selvinnsikt

Kjennskap til ens evner, egenskaper, styrker og utfordringer bidrar til økt selvinnsikt og kunnskap om hvilke endringer som skal til for å få det bedre. Mange av de sykemeldte har

opplevd å bli kjent med nye sider ved seg selv som de ikke var fullt klar over før veiledningen.

Bryte tanke- og handlingsmønster – ta tak i livet sitt, ikke bare tenke på det

Mange sykemeldte opplevde å klare å endre måten de har tenkt om en gitt utfordring og videre endre handlingsmønster for å få en bedre situasjon for sin helse og trivsel. Noen gjorde små endringer, andre større endringer, noen gjorde endringer umiddelbart mens noen trengte mer tid for å iverksette endringer.

Bidrar til mer målrettede endringer - til bedret arbeidslivskvalitet og livskvalitet

Gjennom å ta utgangspunkt i den enkeltes interesse- og personlighetsprofil kunne vi i veiledningen bidra til å sette i gang målrettede endringer som var individuelt tilpasset den enkelte.

5.3 Utvidet bruk av verktøy/ metode og forslag til videreføring

Gjennom prosjektet har vi blitt bevisst hvor stor nytte det kan være i å ha tilgjengelig karriereveiledningskompetanse (eller lignende) – ikke bare i forbindelse med sykefraværsoppfølging, men også i forebyggende og helsefremmende henseende.

Vår erfaring i prosjektet tilsier at følgende momenter bidrar til å skape robuste medarbeidere og god helse:

- ✓ rett medarbeider på rett plass/ oppgave/ yrke
- ✓ medarbeidere som mestrer og opplever arbeidslivskvalitet
- ✓ medarbeidere som har riktig grad av og riktig type utfordringer
- ✓ å oppleve mestring, arbeidslivskvalitet, rett grad av og type utfordring samt å være på rett plass/ oppgave/ yrke bidrar til motivasjon i arbeidet
- ✓ medarbeidere som kjenner egne styrker, utfordringer, friskfaktorer og energilekkasjer

Kan en se for seg at karriereveiledningskompetanse eller lignende blir en naturlig del av lederes verktøykasse i fremtiden?

Kanskje kan karriereveiledningskompetanse være mer treffsikkert i det forebyggende helsearbeidet enn annen medisin- og helsefaglig kompetanse i sykefraværarbeid og mer forebyggende henseende for noen medarbeidere.

Metoden vi har benyttet i veiledning av sykemeldte i prosjektet kan være anvendelig i blant annet:

✓ ***Lederutvikling***

Gjennom at ledere blir kjent med egen interesse- og personlighetsprofil kan en avdekke om en for det første passer til å være leder og eventuelt hvorvidt en passer til ulike lederroller, eksempelvis administrativ-, faglig- eller personalledelse

✓ ***Planlegging av personell disponering/ drift***

Dersom leder kjenner medarbeideres profil kan en også få kunnskap om hva som motiverer og demotiverer den enkelte og dermed lettere få ”rett person på rett oppgave og plass”, slik at en kan bidra til at vi jobber smartere og med større grad av trivsel og arbeidsglede.

✓ ***Teambygging***

Gjennom å kjenne den enkeltes styrker, evner og egenskaper kan en lettere oppnå god teamsammensetning.

✓ ***Rekruttering***

Ta utgangspunkt i styrker, evner, egenskaper og friksfaktorer/ motivasjonsfaktorer og dermed kunne stille de spørsmål som mer målrettet avdekker om søker er ”rett person på rett oppgave og plass”.

✓ ***Organisasjonsutvikling, bemanningsendring og organisering***

Veilede medarbeidere mer målrettet over i annen jobb/ oppgave samt utvikle robusthet i endringsprosesser.

✓ ***Utvidet oppfølging etter arbeidsmiljøundersøkelse***

Eksempelvis til teamsammensetning, stor turnover eller generell misnøye med oppgaver og lite motivasjon i arbeidet.

✓ ***Utvidet oppfølging etter medarbeidersamtaler***

Veilede medarbeider mer målrettet eksempelvis i planlegging av senkarriere eller kompetanseutvikling

✓ ***Ordinær sykefraværsoppfølging***

I mer forebyggende grad dersom en kan gjøre veiledning før sykefraværsutviklingen har fått utvikle seg over for lang tid og dermed bidratt til tap av mestring, energi og

livskvalitet. Bidra til helsefremming, styrke selvinnsikt og evnen til å ta tak i egen situasjon på et tidlig tidspunkt.

✓ ***Utvidet sykefraværsoppfølging***

Som vi gjorde i prosjektet.

✓ ***Planlegging av seniorkarriere***

Eksempelvis benytte karriereveiledning til å planlegge en endret kurs på seniorkarrieren.

Det vil være særlig interessant å prøve ut metoden i forbindelse med endringsprosesser, for å lære mer om anvendeligheten og hvorvidt veiledningene kan bidra forebyggende på usunt stress.

Noen kritiske suksessfaktorer for kvalitativt god veiledningsmetodikk ved eventuell institusjonalisert rutine:

- ✓ At det er en dedikert oppgave på regionalt nivå å koordinere blant annet faglig nettverk, opplæring av nye arbeidslivsguider samt støttefunksjon. Dette er nødvendig først og fremst for å sikre at opparbeidet kompetanse blir opprettholdt og vedlikeholdt i foretaksgruppen.
- ✓ At medarbeideren selv ønsker veiledningen.
- ✓ At medarbeideren blir invitert til veiledning på en god og ivaretagende måte.
- ✓ At arbeidslivsguidene får være del av et faglig nettverk.
- ✓ At ledere er kjent med veiledningsmetodikken.
- ✓ At arbeidslivsguider samarbeider godt med eventuelle andre roller/ funksjoner som er relevante for den enkelte medarbeiders situasjon, som eksempelvis leder, intern sykefraværskonsulent, Bedriftshelsetjenesten og NAV og eventuelt fastlege, fysioterapeut og psykolog. Dette skal imidlertid skje i samråd med medarbeideren selv.

Referanseliste

Eide, D. 2008. "Hva er brudd? Hva skjer når brudd oppstår? Arbeidsglede: Kan vi avdekke positive brudd?" Erfaringskonferanse prosjekt Arbeidsglede, Helse Nord

Eide, D. 2008. "Arbeidsglede". NRK Nordland

Tveito m. fl. 2002. NOU 2000/27

Abrahamsson, K. red. 2006 – "Friskfaktorer i arbeidslivet" Stockholm, Prent

Csikszentmihalyi, M. 1998. *Finding Flow: The Psychology of Engagement With Everyday Life*.

Antonovsky, A. 1987. "Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well." San Fransisco, Jossey-Bass

Holland, J. (1959): "Theory of Vocational Choice." Gjenoptrykt i Adams. J.F. (red): "Counselling and Guidance. A summary view."

Cochran, C. (1997): "Career Counseling. A narrative approach." Thousand Oaks, Sage Publications.

Antonovsky, A. 1987/2005: "Hälsans mysterium" (svensk utgave), Natur & Kultur

Ventegodt, S. 1996: "Arbejdslivskvalitet – at blive værdifuld for sig selv og sin omverden." Forskningscentrets Forlag, København

Briggs Myers, I. et al, 1998, "MBTI Manual (A guide to the development and use of the Myers Briggs type indicator)", tredje versjon

Bayne, R., 1995, "The Myers-Briggs Type Indicator - A Critical Review and Practical Guide"

Solberg, O. 2007. ”Håndbokhefter med fokus på karriereservice.”. NTNU

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

Stortingsmelding nr. 16. 2002-2003 - ”*Resept for et sunnere Norge*”. Helsedepartementet

Helsedirektoratet, Larsen, B-I, 2008, ”*Skapes helse, skapes velferd – helsesystemets rolle i det norske samfunnet*”

Arbeidervern 3/2008. ”*Muskel- og skjelett: Den store folkeplagen*”.

Forskningsrådet 2004. ”*Program for forskning om årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet.*”.

Ellen Melbye Langballe, 2008, ”*Burnout in modern worklife: Concept and consequences. Examined in occupational groups in Norway*”, Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.

Anfinnes, E. M. E., & Stemland, L., 2008, ”*Kan et økt fokus på friskfaktorer og bruk av karriereveiledning være måter å få ned langtidsfraværet på?*”, Bacheloroppgave, Høgskolen Handelshøgskolen i Bodø.

Theodossiuo, I., 2006, ”*Societal and economic effects on quality of life and well-being. preference identification and priority setting in response to changes in labour market status*”, University of Aberdeen Business School, Centre of European Labour Market Research.

Langslet, Gro Johnsrud 2002, ”*LØFT for ledere – løsningsfokusert tilnærming til typiske ledelsesutfordringer*”

Vedlegg 1 Prosjektskisse – Prosjekt Arbeidsglede – ”jakten på friskfaktorene”

Formål

En forsterket sykefraværsoppfølging som bidrar til at flere av de langtidssykemeldte arbeidstakerne i Helse Nord, der den ordinære sykefraværsoppfølgingen ikke har hjulpet, får bistand til å komme tilbake til arbeidslivet.

Prosjektet er et av tiltakene innrettet mot at foretaksgruppen i Helse Nord skal nå følgende indikatorer for 2007:

- Totalt sykefravær: **7,5 %**
- Sykefravær >56 dager: **3,6 %**

Mål

Målet er å veilede, støtte og motivere medarbeidere som sliter med helsa og gjentakende høyt sykefravær tilbake til arbeidslivet.

En vesentlig del av jobben er å få medarbeideren til å ta ansvar for egen helse. Det kan i ytterste konsekvens være at medarbeideren finner ut at en er havnet på ”feil hylle” her i livet og må ta skjeen i en annen hånd; gjøre noe annet. Dette vil erfaringsmessig være i de færreste tilfeller. Erfaring viser at bevisstgjøring av ens friskfaktorer ofte kan løses i eksisterende jobb, - på jobb eller i fritiden.

Hovedfokus er det hele menneske og det er uvesentlig om friskfaktorene kan gjøre seg gjeldene i arbeidstid eller fritid. Arbeidstakeren har hovedansvar for å sørge for at en har friskfaktorer tilstede i sitt liv. Arbeidsgiver bistår medarbeider med å bli bevisst hva som er ens friskfaktorer samt bidra med eventuell tilrettelegging i arbeidshverdagen.

Hensikten er at en skal oppnå i prioritert rekkefølge;

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

Målgruppe

Langtidssykemeldte medarbeidere som har vært sykemeldt mer enn 56 dager, der den ordinære sykefraværsoppfølgingen ikke har hjulpet, slik at de har kommet tilbake i gjentatte sykefraværsperioder.

Mandat

Gjennom prosjektet skal vi:

- Identifisere de langtidssykemeldte, der den ordinære sykefraværsoppfølgingen ikke har hjulpet. Disse skal følges opp gjennom den nye, forsterkede sykefraværsoppfølging.
- Velge ut guidene på bakgrunn av Profråd kartleggingsverktøy, som skal benyttes i prosjektet.
- Utdanne 10-12 guider i NTNU's Profråd kartleggingsverktøy og firmaet Sollan's Sollanprogram.
- Innføre en ny og forsterket rutine for sykefraværsoppfølging av langtidssykemeldte, som skal være et supplement til den ordinære sykefraværsoppfølgingen. Rutinen legges inn i det elektroniske kvalitetssystemet, DocMap.
- Gjennomføre kartlegging og veiledning av minimum 150 langtidssykemeldte medarbeidere fordelt på alle foretakene.

Ansvarsfordeling i prosjektet:

- Intern prosjektleder har ansvaret for å lede prosjektgruppens daglige arbeid, arrangere nødvendige møter, holde kontakt med guidene og rapportere til prosjekteier.
- Ekstern prosjektleder, fra firmaet Sollan, bistår med å kvalitetssikre prosjektet i sin helhet, gjennom å bistå i å implementere den utvidede sykefraværsoppfølgingsrutinen, være støtte for guidene og fagansvarlig for hele prosjektet.
- Guidene skal støtte leder og medarbeider i den prosess som skal foregå for å finne medarbeiderens individuelle friskfaktorer.
- Arbeidsgiver bistår arbeidstaker med å bli bevisst hva som er ens friskfaktorer samt bidra med eventuell tilrettelegging i arbeidshverdagen.
- Den enkelte medarbeider jobber med seg selv og sin nye erkjennelse/innsikt og har hovedansvaret for å sørge for at en har friskfaktorer tilstede i sitt liv.

- Informasjon: Intern prosjektleder har ansvar for at det produseres fortløpende informasjon om prosjektet som publiseres i hvert nummer av Helse Nord Nytt.
- Dokumentasjon: Prosjekteier nedsetter en arbeidsgruppe, ”Dokumentasjonsgruppen”, som skal utarbeide et elektronisk verktøy for dokumentasjon. Guidene har ansvar for å dokumentere sin aktivitet og rapporterer til prosjektleder. Intern prosjektleder leder arbeidsgruppen.
- Evaluering: det gjøres fortløpende evaluering gjennom dokumentasjonsverktøyet, samt at det gjøres en sluttevaluering ett år etter prosjektets slutt. I sluttevalueringen vil vi undersøke effekten av prosjektet gjennom; erfaring med arbeidslivsveiledning sett fra guider, ledere og langtidssykemeldtes side samt sjekke oppnådde resultater for den enkelte langtidssykemeldte medarbeider.

Organisering

Prosjektet organiseres med en styringsgruppe bestående av en foretaksdirektør (leder), foretakenes personalsjefer samt konsernverneombud og konserntillitsvalgt. Prosjektleder er sekretær for styringsgruppen. Styringsgruppen følger opp avtalte rammer, milepæler og målsetninger.

En referansegruppe etableres med hovedtillitsvalgt, representanter fra NAV Nordland, NAV Troms og NAV Finnmark, representant for prosjekt ”Raskere tilbake” i Fagseksjonen på Helse Nord RHF, representant fra Organisasjonsseksjonen i Helse Nord RHF som har ansvar for statistikk over sykefravær, representant fra Bedriftshelsetjenesten i Bodø kommune samt prosjektleder for pilot Kartlegging av arbeidsmiljø. Disse kan trekkes inn av styringsgruppen eller prosjektgruppen etter behov, enkeltvis eller samlet.

En arbeidsgruppe etableres med intern prosjektleder, prosjektleder fra firmaet Sollan og alle guidene som skal støtte leder og medarbeider ved hvert foretak/sykehus. Prosjektgruppen gjennomfører prosjektet og avrapporterer i hht avtalte milepæler og målsetninger.

Prosjektgruppen dokumenterer og rapporterer resultater etc. til styringsgruppen, samt legger omforente rutiner/ arbeidsprosesser inn i kvalitetssystemet DocMap.

Ca 10 guider fordelt på alle helseforetakene utgjør den gruppen som gjennomfører veiledningen av den enkelte langtidssykemeldte og dens leder. Guidene rapporterer til prosjektleder.

Dokumentasjonsgruppen etableres med intern prosjektleder som leder. Gruppen skal utarbeide et elektronisk verktøy for dokumentasjon av tidsbruk og resultat på arbeidet som utføres av guidene.

Prosjekteier informerer om status og fremdriftsplan jevnlig i Direktørmøtet.

Rammer

- Prosjektet er forankret i Oppdragsdokumentet til foretakene for 2007
- Prosjektets varighet: Ett år – frem til 1. mars 2008
- Opplæring av 10-12 guider i Profråd kartleggingsverktøy og Sollan-programmet
- Intern prosjektleder: 50 % stilling frem til 1. mars 2008
- 10-12 guider fordelt på alle helseforetakene, Helse Nord RHF og Sykehusapotek Nord
- Resultatoppnåelse måles gjennom månedlig rapportering på sykefravær fra hvert foretak gjennom Målekort.

Bakgrunn/ fakta

I styresak 61-2006 Sykefravær – analyse og tiltak, fremgår at det samlede fraværet for foretaksgruppen 1. kvartal 2006 er 9,8 %. Dette er en svak økning fra tilsvarende periode i 2005. Av foretakene ligger Helse Finnmark høyest med 11,2 % og Nordlandssykehuset ligger lavest med 9,1 % i 1. kvartal.

Til tross for at Helse Nord er IA-bedrift og har arbeidet med å rette tiltak som både skal forebygge og reparere sykefravær, ser det ut til at vi har en del arbeidstakere hvor de etablerte tiltak ikke er tilstrekkelig eller riktige.

Det er enighet om at utviklingen i sykefraværet må følges tettere opp med løpende rapportering der årsaksbildet tydelig fremkommer for særlig oppfølging. Rollen og ansvaret for lederskapet må tydeliggjøres og videreutvikles i lederprogrammene, samt støttes av egnet verktøy for lederne.

Med dette som bakgrunn gjennomførte Helse Nord 01. og 02. nov. 06 Fagdager Arbeidsmiljø, HMS og Sykefraværsoppfølging. Gjennom disse fagdagene ble det satt fokus på ARBEIDSGLEDE og satt spørsmål ved om ikke mangelen på arbeidsglede faktisk var en større utfordring enn mangelen på arbeidskraft.

Konferansen, som hadde vernetjeneste, tillitsvalgte og HMS-/personalmedarbeidere som målgruppe, ble meget engasjert av antakelsen om at et større fokus på arbeidsglede kunne bidra til å redusere sykefraværet betraktelig.

Vårt måltall på det totale sykefravær for hele Helse Nord er 7,5 %, altså betraktelig under 9,8 % som er det gjeldende tall. Hvis vi antar av 110 av våre medarbeidere står for over 80 % av sykefraværet, vil det være en god investering å gjennomføre målrettet, skreddersydde tiltak mot denne målgruppen.

Den nye rutinen

Fokus i prosjektet er system og verktøy for ytterligere og forsterket sykefraværsoppfølging av medarbeider samt lederstøtte.

Gjennom den nye rutinen skal medarbeideren få hjelp til å bli bevisst sine styrker og muligheter og på den måten finne motivasjonen til å utforske, utvikle og uttrykke sine egne friskfaktorer. Til det benytter vi et forskningsbasert kartleggingsverktøy som sier noe om egne talenter, interesser, personlige positive egenskaper, verdier og evne til samhandling. Ved hjelp av kartleggingsverktøyet kan en avdekke hvilke faktorer, friskfaktorer, som er viktig at er tilstede i arbeid og fritid for at medarbeideren skal få tilbake arbeidsgleden og derved oppnå bedre arbeidshelse. Faktorene vurderes som individuelle og personspesifikke. Siktemålet er at medarbeideren selv skal bli i stand til å foreta valg, legge planer og sette i gang aktiviteter for å styrke egen helse og komme i arbeid igjen.

Kartleggingsverktøyet gjør det mulig for leder å lettere kunne identifisere riktige tiltak for at medarbeideren skal kunne komme tilbake i arbeid. Medarbeider og leder har gjensidig ansvar for tilrettelegging for arbeidstakeren, slik at vedkommende gjenvinner helsen og kommer permanent tilbake i arbeid.

Fremgangsmåten

Først besvarer medarbeideren Profråd- og Jung8-testene. Besvarelsen brukes av guiden som grunnlag for veiledningen av medarbeideren gjennom individuelle samtaler. Veiledningen kan foregå som 2 x 2 timer, 2 x 1 x 1 timer, eller 1,5 x 1,5 x 1 timer. Dette kan vurderes av den enkelte guide og medarbeider.

I det første møtet gir guiden tilbakemelding på den sykemeldtes profil. Det vil også bli gitt en hjemmeoppgave, der medarbeideren til neste time skal ha laget et forslag på en handlingsplan for å få inn flere av ens friskfaktorer.

I det neste møtet vil guiden hjelpe til å finne den enkeltes friskfaktorer i hverdagen. Det er mulig å velge at leder deltar på den siste veiledningen, dersom medarbeider eller lederen

ønsker det. Dette for å bistå leder og medarbeider i den videre planleggingen av eventuell tilrettelegging på arbeidsplassen.

Dersom det er et spesielt vanskelig case kan et ekstra møte med veiledning fra guide gjennomføres.

Leder og medarbeider samarbeider videre etter at veiledningene med guiden er ferdig, i tråd med den ordinære sykefraværsoppfølgingen, med å få til eventuell tilrettelegging og IA-avtale.

Risiko-/ konsekvensanalyse

For å være i forkant av eventuelle problemer har vi prøvd å identifisere områder der vi tror det kan oppstå utfordringer. Vi har prøvd, i den grad det er mulig på dette tidspunkt, å planlegge tiltak for å forebygge disse:

Ivaretagelse og medvirkningsplikt:

1. mars ble det iverksatt nye sykefraværsregler i Arbeidsmiljøloven og Folketrygdloven. De nye kravene omhandler bedre tilrettelegging for og tettere oppfølging av sykmeldte arbeidstakere. Formålet med endringen er at virksomhetene, arbeidstakerne selv og sykmelder må ta et større ansvar for å forebygge sykefravær og følge opp sykmeldte arbeidstakere. For arbeidsgiver medfører endringene større forpliktelser når det gjelder tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte. For arbeidstaker innebærer endringene en større medvirkningsplikt.

Det kan likevel hende medarbeideren er redd for at dette er et tiltak for å få dem ut av foretaket vegrer seg mot å delta i prosjektet. Hva gjør vi da? For at den enkelte langtidssykemeldte skal føle seg trygg og ivaretatt vil vi presentere deltakelse i prosjektet som et tilbud og en unik mulighet. Det er viktig at medarbeideren blir møtt på en god måte og at det vektlegges at vi primært ønsker dem tilbake i jobben sin.

Vi har konferert NAV Nordland i hvor langt vi kan gå i å pålegge den enkelte langtidssykemeldte å delta og avventer tilbakemelding fra dem. Det blir utformet et invitasjonsbrev til medarbeiderne som hvert enkelt foretak skal bruke sammen med invitasjon til det første informasjonsmøtet.

Utvelgelse av målgruppen:

Målgruppen velges ut gjennom at hvert foretak har fått tilsendt en oversikt over de av deres ansatte som var sykemeldt > 56 dager i desember 2006 og januar 2007. Foretakene skaffer seg oversikt over de medarbeiderne der den ordinære sykefraværsoppfølgingen ikke har hjulpet, slik at de gjerne kommer i gjentatte sykefraværsperioder.

Det kan hende noen av de som skulle vært med i prosjektet ikke var i en sykefraværsperiode da uttakelsen ble foretatt. Derfor åpner vi for at eventuelle kandidater som kommer i ny sykefraværsperiode underveis i prosjektet, kan meldes inn fortløpende.

Vi har også forespurt NAV Arbeid om mulighet for om de kan bidra med lister over medarbeidere som allerede er kommet i et attføringsforløp, som ikke lenger står på lønnings- eller sykefraværslister. Vi vil videre oppfordre hvert enkelt foretak til å samarbeide med sine respektive kontakter hos NAV i utvelgelsen av kandidater til prosjektet, dersom det er noe de synes er vanskelig å vurdere.

Informasjon til og kontakt med målgruppen:

Det er nærmeste leder som kjenner medarbeideren samt er sentral i den opprinnelige og videre sykefraværsoppfølgingen av medarbeideren. Det er derfor medarbeiderens nærmeste leder som sender ut brev og er i kontakt med den langtidssykemeldte for avtale om tilbudet. Intern prosjektleder utarbeider brev til de langtidssykemeldte medarbeiderne. Lederne vil få opplæring gjennom et dagsseminar i friskfaktor-tankegangen i forkant av samtale med sin(e) medarbeider(e).

Utvelgelse av guider:

Det er avgjørende for prosjektet at guidene har rett kompetanse og riktig personlighet til å veilede en sykemeldt medarbeider. Hvordan kan vi sikre at guidene er rett person på rett plass? Alle guidene har gjennom Profråd-testen og Jung8 personlighetstest, de samme kartleggingsverktøyene som brukes for å identifisere medarbeiderens friskfaktorer. Resultatene fra testen har vært med i vurderingen for utvelgelse av kandidater til guideoppgaven. Dette for å sikre at den enkelte guide har de rette interesser og riktig personlighet for oppgaven.

Guiderollen:

Guidene vil få mulighet for veiledning fra konsulentene i Sollan i forkant av hver medarbeider de skal veilede. Dette for å kvalitetssikre at guidene gjør de riktige vurderinger av resultatene etter kartleggingen, i den første fasen etter opplæringen.

Videre vil vi ha samlinger/ arbeidsseminar underveis i prosjektet, der guidene kan diskutere eksempler og utfordringer, samt utveksla erfaringer.

Lederrollen:

Lederen skal i samarbeid med medarbeideren, med utgangspunkt i den nye kunnskapen kartleggingsverktøyet har gitt, fortsette sykefraværsoppfølgingen med eventuelle tiltak og IA-avtale. Dersom leder ikke føler seg er trygg nok på å følge medarbeideren på en god måte må det gis støtte til lederen. En mulighet er at lederen får være med den siste timen der medarbeideren og guiden diskuterer hvor de kan finne friskfaktorer i arbeidshverdagen.

Videre kan personalkonsulenter/ IA-konsulenter i hvert foretak bidra til veiledning på tilrettelegging, som i den ordinære sykefraværsoppfølgingen. Forøvrig er det enkelte foretak samt lederen selv ansvarlige for at leder med personalansvar har kunnskap om rutineene for den ordinære sykefraværsoppfølgingen.

Hva om medarbeider og nærmeste leder med personalansvar er eller har vært i konflikt, og medarbeider ikke ønsker at leder skal være del av oppfølgingen? Det vil da være naturlig at neste leder i linjen tar over lederoppgaven.

Indikatorer:

For å sikre tett oppfølging med sykefraværsutviklingen skal foretakene måles månedlig, både samlet og enkeltvis på det totale sykefraværet og langtidssykefraværet > 56 dager.

Informasjon og mediekontakt:

Erfaringer har vist at det er viktig med riktig og jevnlig informasjon. Vi har derfor tenkt å utarbeide en strategi for informasjon- og mediekontakt, i samarbeid med informasjonsmedarbeider Anne May Knutsen. Rykter og antakelser bygger dårlig omdømme. Informasjon om prosjektet vil presenteres jevnlig i Helse Nord Nytt.

Vi tenker å starte med noen lagtidssykemeldte fra hvert foretak som firmaet Sollan skal kartlegge og veilede, mens våre interne guider enda gjennomgår opplæringen. Dette for å få noen gode eksempler å vise til. Videre tenker vi at et magasin (Helse, Personal, Arbeidsmiljø eller lignende) eller dagsavis (Nordlys, ..) kan inviteres til å skrive om prosjektet og få intervju noen av de første som får hjelp.

Gjennom å planlegge kan vi være i forkant av rykter og antakelser og på den måten sikre at den rette informasjonen kommer ut til medarbeiderne og våre brukere. Slik kan vi bidra til å

bygge et godt omdømme for Helse Nord som arbeidsgiver, der den ansatte opplever seg ivaretatt også når de sliter med arbeidshelsen.

Samarbeid med NAV

Formål:

Best mulig bistand og ivaretagelse av de medarbeiderne, som gjennom kartlegging og veiledning, finner ut at de må gjøre noe annet for å få tilbake helsen og arbeidsgleden

Mål:

Hjelpe disse medarbeiderne på en best og smidigst mulig måte, gjennom allerede etablert kontakt mellom foretakenes IA-rådgivere og deres kontaktpersoner i NAV.

Samarbeidsform:

- *Informasjons- og diskusjonsmøte:*

Det gjennomføres et innledende møte med Nav og foretakenes IA-rådgivere for hver region/ foretak, der intern prosjektleder informerer om prosjektet. Videre diskuteres følgende spørsmål:

- Hvordan kan NAV bistå foretakene i de tilfellene der den ansatte ønsker seg ut av helseforetaket?
- Hvordan kan NAV og helseforetakene samarbeide om å ivareta disse medarbeiderne på en best mulig måte?
- Er NAV interessert i å følge prosjekt Arbeidsglede gjennom deltakelse i en referansegruppe?

Slikt møte er allerede avholdt med NAV Nordland og Nordlandssykehuset HF. NAV Nordland tar også ansvar for samme oppfølging og samarbeid med Helgelandssykehuset HF.

NAV Troms, UNN HF, NAV Finnmark og Helse Finnmark skal avholde samme møtet 27. april i Tromsø.

- *Videre samarbeidsform:*

Videre vil foretakene og NAV bli enige hvordan de samarbeider videre innfor hvert helseforetak.

Guidene/ Arbeidsgruppen

- Åshild Nordnes, Helse Nord (prosjekteier)
- Grete Åsvang, Helse Nord (Prosjektleder)
- Edvard Andreassen, Helse Nord
- Hjørdis Rasmussen, UNN Tromsø
- Gunn-Ingvill Derås, UNN Tromsø
- Vivian Schjølberg, UNN Narvik
- Liv Finjord, UNN Harstad
- Nina Sjøvoll, Sykehusapotek Nord
- Eva SørDAL, Helgelandssykehuset
- Grethe Endresen, Nordlandssykehuset
- Gunn Bente Knudsen, Helse Finnmark

Styringsgruppen

- Leder: Liv Unni Naalsund, foretaksdirektør, Sykehusapotek Nord
- Tone Bjerknes, KVO
- Kari B. Sandnes, KTV, LO-Stat
- Ernst Solvoll, personalsjef, UNN HF
- Tore Enga, personalsjef, Helgelandssykehuset HF
- Kerstin Thoresen, personalsjef, NLSH HF
- Erik Fjeldstad, personalsjef, Helse Finnmark HF

Referansegruppen

- Tor Einar Larsen, Helse Nord RHF, rådgiver, sykefraværstatistikk
- Knut Tjeldnes, Helse Nord RHF, prosjekt ”Raskere tilbake”
- Roar Skare, prosjektleder, Kartlegging av arbeidsmiljø, UNN HF
- Cathrine Stavnes, NAV Arbeidslivssenter, Nordland
- NAV Troms?
- Bjørg H. Pedersen, NAV Arbeidslivssenter, Finnmark
- Marte Vibstad Båtstrand, FTV NSF, somatikk, Helse Finnmark

- Carl Ivan Pedersen, HTV NSF, psykiatri, NLSH
- Ragnhild Skaalbones, BHT, Bodø Kommune

Dokumentasjonsverktøygruppen

- Grete Åsvang, Helse Nord RHF, leder
- Ingvild Røe, Helse Nord RHF
- Nina Sjøvoll, Sykehusapotek Nord
- Cathrine Stavnes, NAV Arbeidslivssenter, Nordland
- Dortha Eide, Høyskolen i Bodø
- Olaf Havdal, NLSH, Coaching- og Lederutviklingsnettverk
- Inger Gadgil, UNN, Coachingnettverk

Informasjon- og mediestrategi

1 dags seminar for ledere

De ledere som har medarbeidere som inngår i prosjektet vil få delta på et 1 dags seminar med konsulentfirmaet Sollan. På seminaret vil de få utfyllende informasjon og kunnskap om prosjektet.

Hensikten med 1 dags seminar for ledere er å trygge dem i sin oppgave med videre tilrettelegging sammen med medarbeideren, i etterkant av veiledning med guide.

Tillitsvalgte og verneombud

Hvert foretak informerer sine verneombud og tillitsvalgte gjennom etablerte informasjonsfora.

Hensikten med informasjon til tillitsvalgte og verneombud er at de skal være godt kjent med formål, mål og hensikt med prosjektet, for så å kunne bidra på en best mulig måte både i motivasjonsarbeide og eventuelt i enkeltsaker.

Helse Nord Nytt

Vi vil publisere informasjon om prosjektet i hvert nummer av Helse Nordnytt. Første artikkel om prosjekt Arbeidsglede var presentert i Helse Nord Nytt nr 4 28. mars 2007

Hensikten med informasjon i Helse Nord Nytt er å spre informasjon om prosjektet til ansatte i foretakene.

Informasjonsbrosjyre

Vi vil lage en informasjonsbrosjyre i samarbeid med konsulentfirmaet Sollan.

Hensikten med informasjonsbrosjyren er å spre informasjon om prosjektet til ansatte i foretakene.

Media

Når vi har klar noen langtidssykemeldte som kan tenke seg å være med i et intervju om resultatet av veiledningen, vil vi kontakte en eller flere medieorganer. Slik kontakt gjøres i samarbeid med informasjonsmedarbeider i Helse Nord RHF.

Hensikten med artikkel i et/ flere medieorgan er både å spre informasjon til de ansatte i foretakene, i rekrutteringsøyemed samt informasjon til vår kunde: pasienten og deres pårørende.

Målgruppe – utvelgelseskriterier

Prosjektledelsen legger ikke føringer for hvordan foretakene gjennomfører utvelgelsen av langtidssykemeldte medarbeidere til prosjektet, i praksis. Følgende kriterier skal imidlertid følges:

Grunnlag for utvelgelse av langtidssykemeldte til prosjektet

- Medarbeideren har passert 56 dager sykefravær i nåværende sykefraværsperiode
- Medarbeideren har tidligere langtidssykefraværsperioder
- Lederen har fulgt opp medarbeideren i henhold til den ordinære sykefraværsrutinen

Noen av medarbeiderne som kommer inn under disse kriteriene skal likevel ikke inngå i prosjektet på grunn av forhold rundt sykefraværet.

Kriterier som kan medføre unntak fra deltakelse

- Gravidere medarbeidere
- Medarbeidere med alvorlige diagnoser
- Medarbeidere som har gått over på rehabiliteringspenger

Dokumentasjon

For evaluering og følgeforskning må hvert foretak dokumentere hvordan de gjennomførte utvelgelsen i praksis.

Måltall

Minimum 150 langtidssykemeldte medarbeidere skal inngå i prosjektet. Vi har gjort ei beregning på hvor mange vi mener det skal bli for hvert av foretakene:

Måltall HR-området	Helse Finnmark	UNN	Sykehus-apotek Nord	NLSH	Helse Nord RHF/IKT	Helgelands- sykehuset	SUM
Antall Case – oppdatert for april 07	13	73	1	42	0	21	150

Evaluering av kriterier

Dersom det viser seg at vi ikke når måltallet på 150 langtidssykemeldte gjennom gjeldende kriterier, vil vi vurdere å endre kriteriene. Evaluering vil bli gjennomført ved utgangen av august 2007.

Informasjon til leder

- fra veiledning med den sykemeldte

Den sykemeldtes leder skal ha informasjon fra veiledning med guide. Dette er viktig for videre samtaler og handlingsplan i sykefraværsoppfølgingen mellom leder og den sykemeldte.

Den sykemeldte kan selv velge hvordan informasjonen gis til lederen, og hvor mye.

Hvordan leder skal involveres avtales mellom guide og den sykemeldte i hvert enkelt tilfelle.

Informasjonen til leder kan gis på en av følgende måter:

- den sykemeldte tillater lederen å lese rapporten selv (husk å få med handlingsplanen)
- den sykemeldte velger å muntlig gjengi hva som står i rapporten
- den sykemeldte sender en e-post til sin leder for å informere
- den sykemeldte gir guiden tillatelse å ta den første samtalen med leder den sykemeldte, guiden og lederen snakker sammen

Vedlegg 3 Fremdriftsplan per 3. oktober 2007

Aktiviteter	Uke 9-16	Uke 16	Uke 18	Uke 18 - 33	Uke 34	Uke 35	Uke 36 - 39	Uke 39-40	Uke 40-42	Uke 42	Uke 43 - 46	Uke 46	Uke 49	Uke 47-18	Uke 18 - 27
Utvelgelse av guider	■														
Utdanning av guider - Profråd		■													
Utdanning av guider - Sollan			■												
Øvelsescase				■											
Leverer rapport til Sollan				■											
Utvelgelse av 150 sykemeldte				■											
Lederseminar UNN Tromsø						■									
Lederseminar UNN Harstad						■									
Lederseminar NLSH						■									
Lederseminar Helgeland								■							
Lederseminar Finnmark									■						
Veiledning sykemeldte						■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Samling guider etter ca 5 case									■						
Utarbeidelse av el. dok.verktøy							■	■	■						
Rapport NTNU												■			
Eksamen Profråd/ NTNU													■		
Evalueringssamling guider														■	■
Følgforskning							■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluering/ rapport/ ny rutine															■

△ MP 1
△ MP 2/3
△ MP 4
△ MP5
△ MP 6
△ MP 7

MP 1 - Guider ferdig med opplæring

MP 2 - Godkjenning av guider på bakgrunn av rapport

MP 3 - Antall aktuelle sykemeldte til prosjektet

MP 4 - Oppstart veiledning av sykemeldte

MP 5 - SKDE overleverer elektronisk dokumentasjonsverktøy

MP 6 - Avslutning veiledning av sykemeldte

Arbeidsgruppemøte for guider: hver fredag første måned - deretter hver andre fredag

Vedlegg 4 Kvalitetssikring – sjekklister for guider

Første del av listen gjelder de guidene som er med i prosessen med å identifisere aktuelle sykemeldte for prosjektet.

Informasjonsbrev til ledere

Link til mal på [brev som sendes ut til avdelingene](#), med informasjon om hvem av de sykemeldte som er aktuelle for prosjektet.

Link på [brev som sendes ut til lederne til de som har sykemeldte som skal være med i prosjektet](#).

Informasjonsbrev til sykemeldte

Link til mal for [brev til sykemeldte](#). Denne sendes ut av nærmeste leder i UNN, Sykehusapotek Nord og Helse Finnmark og av guide i Helgeland og NLSH. For Helse Nord avhenger det av hvor den sykemeldte er stasjonert.

Resten av listen gjelder alle guidene.

Nummerering

Hver sykemeldt gis et nummer/kode etter avtalt mal. Hver guide nummererer de sykemeldte de skal veilede. Det skal ikke registreres på sykemeldtes navn i dokumentasjonsverktøyet.

Sende ut mail til sykemeldte

Sende ut mail/ mailer til sykemeldt med brukernavn, passord og informasjon om hvordan testene Profråd og Jung 8 gjennomføres.

Link til eksempel på [info i en mail og i to mailer](#)

Dokumentasjon av tid

Det skal dokumenteres tid til forberedelse til veiledning med sykemeldte, veiledning med Sollan, Link til dokumentasjonsverktøy for [registrering av tid og resultat](#) (kvantitativ dokumentasjon).

Avtale veiledning med Sollan

Avtale veiledning med Sollan. Gjøres med Lena på mail lena@sollan.no eller tlf 951 94110. Oversikt over liste for veiledningsavtaler ligger [her](#). Det skal være minimum tre veiledninger – før, under og etter veiledning med den sykemeldte.

Forberedelse til veiledning med Sollan

1) Sjekk at den sykemeldte har besvart både Pofrådstesten og Jung 8 senest kl 12 dagen før veiledningstimen. Send brukernavn og passord som er gitt den sykemeldte til Sollan, slik at de kan gå inn og se resultatene som forberedelse til veiledningen.

2) Utarbeide en [foreløpig rapport](#) med Profråd- og Jung 8- resultatene. Link til de [16 Jung-typerne](#). Denne gjøres ferdig før første veiledning med Sollan, slik at guiden har gjort noen refleksjoner de kan ta opp i veiledningen med Sollan. Den samme rapporten brukes til å presentere kartleggingen i veiledningen med den sykemeldte.

Minidagbok for guider

Guidene bruker minidagboken som refleksjonsnotat underveis i prosessen (kvalitativ dokumentasjon). Link til [forklaring på minidagbok](#) og [mal for minidagbok](#).

Minidagbok for sykemeldte

Informasjon om minidagbok, som ledd i egen prosess og evaluering og forskning, gis den sykemeldte i løpet av veiledningene (kvalitativ dokumentasjon). Det er ønskelig at en prøver å få gitt informasjonen i første veiledning, men bruk skjønn. Vi ønsker at flest mulig skal gjøre noen tanker i et notat, men det er ikke et krav til veiledningen.

Link til [informasjonsbrev til sykemeldte](#), [forenkla forklaring om innholdet i minidagboken](#) og [utvidet forklaring om minidagboken](#).

Forberedelse mellom veiledningene

Link til [relevante intranettsider](#) som kan være nyttige å sjekke. Link til [mal for kompetanse-cv](#).

Informasjon til leder

Guiden avklarer med den sykemeldte hvordan informasjon fra kartleggingen og veiledningen (som friskfaktorer, hva som tapper for energi og handlingsplanen) skal formidles til lederen.

Se link for [informasjon til leder](#).

Mal for endelig rapport

Link til [mal for endelig rapport](#). Se for øvrig eksempel sendt ut av Sollan. Link til de [16 Jungtypene](#). Denne sendes ut til den sykemeldte etter veiledningene.

Vedlegg 5 Erfaringskonferanse program



Erfaringskonferanse



26. og 27. august 2008 i Bodø





09:30 - 10:30	Registrering
10:30 - 11:00	Velkommen til Arbeidsglede; provokasjon og/eller motivasjon!? v/ organisasjonsdirektør og prosjekteier Åshild J. Nordnes
11:00 - 11:30	En sykemeldt forteller om sin historie og opplevelse av veiledning - Bevisstgjøring - min nøkkel til veien videre v/ Bente Steen, UNN Narvik
11:30 - 11:45	Pause
11:45 - 12:15	Prosjekt Arbeidsglede; Mye arbeid, men også glede! v/ prosjektleder Grete Åsvang
12:15 - 13:00	Lunsj
13:00 - 14:30	Prosjekt Arbeidsglede; 2 sykemeldte og en leder forteller om sine erfaringer med prosjekt Arbeidsglede - med fokus på utfordringer, nye erkjennelser og endringer på veien til god helse!
14:30 - 14:45	Pause
14:45 - 15:30	Hva er brudd? Hva skjer når brudd oppstår? v/ Dorthe Eide, forsker, Høgskolen Handelshøgskolen i Bodø
15:30 - 15:45	Pause
15:45 - 16:30	Arbeidsglede; kan vi avdekke positive brudd? v/ Dorthe Eide, forsker, Høgskolen Handelshøgskolen i Bodø
16:30 - 16:45	Pause
16:45 - 18:00	Prosjekt Arbeidsglede; Erfaringer og resultater - "snarveien til helse..." v/ Grete Åsvang og Edvard Andreassen
20:00	Middag på Blix





Kl 13:00 - 14:30

Prosjekt Arbeidsglede; 4 sykemeldte forteller om sine erfaringer med prosjekt Arbeidsglede

- med fokus på utfordringer, nye erkjennelser og endringer på veien til god helse!

A

En tydelig bekreftelse på valg jeg nylig hadde tatt
v/ Birger Lylum, tidligere HVO på Helgelandssykehuset

B

En leders erfaring med prosjekt Arbeidsglede
v/ Hege Fredheim,

C

Å bli sett og ivaretatt i en vanskelig situasjon
V Liv Johansen, NLSH





08:30 - 08:45

God helse er målet

v/ administrerende direktør Lars Vorland

08:45 - 09:15

Skapes helse, skapes velferd

v/ Jon Bakkerud, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

09:15 - 09:45

**Helsefremmende og langtidsfrisk kommune
- forsterking gjennom Arbeidsglede?**

v/ Ragnhild Skålbones, BHT, Bodø kommune

09:45 - 10:00

Pause

10:00 - 10:45

Arbeidsglede, motivasjon og mestring

v/ Tore Pettersen, NAV Arbeidslivssenter, Narvik

10:45 - 11:45

Lunsj

11:45 - 12:15

Prosjekt Arbeidsglede; Veien videre - "snarveien til helse...?"

v/ tillitsvalgte/vernetjenesten

12:15 - 13:35

Spørretimen

- "aktører" i prosjektet sitter i panel og svarer på spørsmål

13:35 - 14:30

Veien videre - hva gjør vi nå?

v/ organisasjonsdirektør Åshild J. Nordnes





Praktisk informasjon

Tirsdag 26. og
Onsdag 27. august

Sted:
Rica Hotel Bodø
Sjøgata 23, 8006 Bodø.

Det er forhåndsbooket rom.

"Eksterne" deltakere

Konferanseavgift: kr 580,- per dag

Boende:

Dagpakke: kr 420,- per dag
Full pensjon: kr 1320,- per dag
Middag inngår i fullpensjon

Ikke-boende:

Dagpakke: kr 425,- per dag
Middag på kvelden dag 1: kr 335,-

Ansatte i Helse Nord

Boende:

Dagpakke: kr 420,- per dag
Full pensjon: kr 1320,- per dag
Middag inngår i fullpensjon

Ikke-boende:

Dagpakke: kr 425,- per dag
Middag på kvelden dag 1: kr 335,-

Betaling

Eksterne deltakere og arbeidsgiverrepresentanter i Helse Nord betaler overnatting/dagpakke og konferanseavgift (eksterne deltakere) til Rica Hotel Bodø

Påmelding på e-post til:

konf.hms.arbeidsglede@helse-nord.no
innen mandag **18. august** 2008

Spørsmål til påmelding

Rita Strøm og Hege Ingvaldsen
tlf 755 12900

Faglige spørsmål

Edvard Andreassen tlf 975 95911
Grete Åsvang tlf 909 91102

Merk påmelding med

navn, e-postadresse, telefonnr, arbeidssted, funksjon/rolle, antall netter og/evt dagpakke, middag på kvelden dag 1 og eventuell diett

Guidene i Helse Nord



Vedlegg 6 Forskningsprotokoll

Dorthe Eide

Innholdsliste

<u>1. Tittel</u>	
<u>2. Bakgrunn</u>	
<u>3. Formål og problemstilling</u>	
<u>4. Forskningsdesign</u>	
<u>5. Forskningsmetode, utvalg og analyse</u>	
<u>5.1 Metoder</u>	
<u>5.2 Utvalg og rekruttering</u>	
<u>6. Organisering, personell og kostnader</u>	
<u>7. Tidsplan for det helhetlige prosjekt</u>	
<u>7. Formidling/publisering</u>	
<u>8. Etikk</u>	
<u>Referanser</u>	Feil! Bokmerke er ikke definert.

1. Tittel

En studie av Helse Nord's pilotprosjekt 'arbeidsglede - jakten på friskfaktorer'

2. Bakgrunn

Studien er en følgeforskning og evaluering av pilotprosjektet 'arbeidsglede - jakten på friskfaktorer' som gjennomføres av og i Helse Nord foretak. Pilotprosjektet er en HMS²³/HMR²⁴ tiltak (intervensjon) og innovasjon rettet mot langtidssykemeldte medarbeidere, målet er å få deltakere ut av sykefraværet og tilbake i arbeid eller annen aktivitet.

Sykefravær er kostnadskrevenende for individ, organisasjons og samfunn.

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

Arbeids- og inkluderingsdepartementet skriver i en pressemelding (05.10.2007) at behovet for arbeidskraft er stort i mange bransjer samtidig som en stor andel av befolkningen er på trygd. Det er likevel lite som tyder på at befolkningens helsetilstand er blitt noe dårligere. Årsaken til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet må derfor søkes blant flere faktorer enn i diagnoser og sykdom alene. Den nye velferdsmeldingen (St.mld.nr.9, 2006-2007) viser til at 65 % av nye uførepensjonister faller ut av arbeidslivet på grunn av muskel og skjelettplager eller psykiske lidelser. Det er disse pasientene med diffuse diagnoser som mange leger føler de har begrensede virkemidler til å hjelpe. Mange i denne gruppen synes å slite med å finne balansen mellom arbeid, familie og fritid, og mange eksistensielle uoverensstemmelser kan ligge bak fasaden av fysisk og psykisk sykdom. Områder som "mening med livet", personlige livsverdier, riktig bruk av egne ressurser, følelse av mestring, mening, verdi og motivasjon i forhold til jobben er problemstillinger som må tas på alvor i arbeidet med å fremme nærvær og redusere sykefraværet i arbeidslivet.

²³ Helse, Miljø og Sikkerhet

²⁴ Human Resource Management

Arbeids- og inkluderings departementet ønsker å styrke forsøk og forskning om årsaker til sykefravær og tiltak for å redusere sykefravær og å øke deltakelsen i arbeidslivet (se eks Henriksen, 2007, Dagens Medisin, 5 oktober 2007, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2007/10/05/statsbudsjettet-20-million/index.xml>). Helse Nord er Nord-Norges største arbeidsplass og møter daglige utfordringer forbundet med høyt sykefravær. Pilotprosjektet er ett forsøksprosjekt som Helse Nord selv har startet og driver for å prøve ut en verktøypakke med mål å redusere fravær. Helse Nord forespurte Høgskolen i Bodø ved Dorthe Eide om å foreta en evaluering. Helse Nord og Høgskolen i Bodø har inngått en samarbeidsavtale om følgeforskning og evaluering av pilotprosjektet.

Kort informasjon om pilotprosjektet som studeres følger her: Det *sentrale målet* for Helse Nord med pilotprosjektet er å prøve ut og bruke karriereveiledning (Sollan-modellen) som et virkemiddel for å redusere langtids sykefravær. Sentrale *delmål*: a) Ansvarliggjøre medarbeider/pasient i forhold til egen arbeidsevne og helse; b) Øke medarbeider/pasients robusthet og evne til å takle et krevende arbeidsliv og arbeidsmarked gjennom fokus på friskfaktorer, energilekkasjer, mening, motivasjon og mestring; c) Styrke forståelse og aksept for det eksistensielle aspektet ved helse; og d) få flest mulig deltakere tilbake til arbeid.

Tradisjonelt har fokus vært rettet mot sykdom og virkemidler for å forebygge dette (Allebeck and Mastekaasa, 2004) i sykefraværsarbeidet. Et alternativ er å flytte blikket fra hva som forårsaker sykdom (patogenese) og heller se på hva som bidrar til god helse (salutogenese) (Antonovski, 1987; Abrahamson, 2003; Johnsson, m.fl., 2006). Grunntanken til Sollan-modellen er at framfor å fokusere på de faktorene som gjør oss syke, så løfter de fram det som gjør oss friske. Det kan være vanskelig å se det friske på arbeidsplassen. Ofte snakker man om ledelsens svakheter, ubalanse mellom krav og ressurser og brist på framtidstroen. Her ligger mye av uhelsen. Den enkelte trenger av og til å endre sitt eget syn på organisasjonen og på forventninger og krav. Vi trenger å bytte perspektiv og rette fokus mot det friske på arbeidsplassen - og gjøre mer av det som fungerer, dette fordi det antas at det er da vi lader batteriene. Sollan-modellen er med og bevisstgjør hver enkelt på egne friskfaktorer og hva som må til for å styrke disse. I ”jakten på friskfaktorene” er det *interessant å undersøke om slik friskfaktortenkning har en positiv helseeffekt*. I så fall vi dette

kunne snu vår måte å tilnærme oss sykdom og sykefravær på. Vi skal helst holde oss inne, under dyna og synes synd på oss selv. Legene ber oss om "å ta det med ro". Sollan påstår at ved å kjenne på "vondtene" våre hele tiden og holde oss unna "ting som er hyggelig og som gir oss overskudd" forlenger vi sykdomsprosessen.

Helse Nord RHF ønsker å legge bedre til rette for at de langtidssykemeldte (>56 dager), der den ordinære sykefraværsoppfølgingen ikke har hjulpet.

Sykefraværprosjektets praktiske del (veiledning med guider) var planlagt avsluttet ca 1. januar 2008, *dette ble senere forskjøvet og den offisielle sluttdato ble 1.juli 2008*. Pilotprosjektet benytter en kombinasjon av grep/verktøy ovenfor prosjektdeltakere - hovedelementene er: A) *Webbasert kartlegging* (av interesser, kompetanse, interesser, hva som skaper og tapper energi, beslutningsstil, liten personlighetstest). B) *Veiledninger med arbeidslivsguide* (9 guider er trent opp) med fokus på kartleggingsresultater, narrativ tilnærming (Cochran, 1997) til personens arbeidslivshistorie (bla her kan koblinger til hjem, fritid, helse dukke opp), bruk av Energihjulet, skape brudd og bevisstgjøring, refleksjon og informasjonssøk, og planlegging av tiltak. C) *Samtaler* med nærmeste leder og evet. andre (eks NAV) for tilrettelegging/tiltak ut av sykefravær. D) Gjennomføring og evaluering av *tiltak*.

Kartleggingen benytter PROFRÅD utviklet av Solberg ved NTNU

(<http://www.discover.no/FMPro?-Db=Aktuelt.fp5&-Format=noframes.html&-Lay=AktLayout&Type=Aktuell&-Max=5&-Find>), bygger bla på Holland (1985) og på

Jung. Energihjulet er en modell utviklet av Sollan, som kan hjelpe personer til å sette ord på og danne seg et bilde av hva som bidrar til negativ/positiv energi, og hvordan det er i en jobb som er fylt av overskudd, arbeidslivskvalitet og arbeidsglede. Hjulet er basert på Ventegodts (1996) begrep arbeidslivskvalitet, samt resultater fra svenske studier rundt friskfaktorer (Antonovsky, 1987; Abrahamson, 2003). NTNU og konsulentfirmaet Sollan (<http://www.sollan.no/index.html>) har bidratt i opplæringen av arbeidslivsguider. Konsulentfirmaet Sollan har det faglige ansvar for pilotprosjektet, bla veiledning av guider, opplæring av ledere, og annen kvalitetssikring. Erfaring har vist at det krever trening å bli gode arbeidslivsguider, og hver guide har veiledet 5- 15 øvings case (personer som ikke er i sykefravær) og skrevet en rapport før de startet med prosjektdeltakerne. På bakgrunn av rapportene har Sollan vurdert om arbeidslivsguidene vare klare til å starte veiledning av sykemeldte medarbeidere.

Guidene har jevnlig arbeidsgruppemøter der de utveksler erfaringer, diskuterer utfordringer og justerer kursen fortløpende, disse møtene har forsker observert og samhandlet i.

Lederne til aktuelle deltakere (sykemeldte medarbeiderne) skal gjennomgå opplæring om prosjektet før deltakere starter prosessen. Pilotprosjektet er ment som en ekstra sløyfe i den ordinære sykefraværsoppfølgingen. Når prosjektdeltakelsen er slutført, fortsetter lederen den ordinære sykefraværsoppfølgingen med sin medarbeider.

Både arbeidslivsguider, ledere, sykefraværskonsulenter og personalsjefer har brukt mye tid på opplæring, forberedelser og tilrettelegging for veiledning i prosjektet. Det er brukt mye tid på å utarbeide rutiner og maler/ verktøy til både dokumentasjon og som veiledningsverktøy. Det er utarbeidet en egen side på Helse Nords intranett for prosjektet med informasjon til ledere, sykemeldte medarbeidere, tillitsvalgte, verneombud, øvrige medarbeidere og arbeidslivsguidene.

Pilotprosjektet er organisert med en styringsgruppe bestående av en av foretaksdirektørene som leder, personalsjefene i alle helseforetakene, konsernverneombud og konserntillitsvalgt. Videre en referansegruppe bestående av representanter fra NAV Nordland, NAV Troms, NAV Finnmark, Bodø kommune bedriftshelsetjeneste, representant fra "Raskere tilbake" i Helse Nord RHF, foretakstillitsvalgte fra foretaksgruppen, og prosjektleder for pilot arbeidsmiljøkartlegging (et annet pilotprosjekt i Helse Nord). I utarbeidelse av elektronisk dokumentasjonsverktøy ble det også nedsatt en arbeidsgruppe.

For mer informasjon om pilotprosjektet, se bla: <http://www.helse-nord.no/article43576-1526.html> , notat skrevet av pilotprosjektets leder (Åsvang, 2007a og b) som redegjør for prosjektet og om forsinkelser i prosjektet, eller kontakt pilotprosjektets leder Grete Birgitte Åsvang, 90991102.

3. Formål og problemstilling

Dette er en samfunnsvitenskapelig studie. Hovedformålet med studien er: Å utvikle økt kunnskap (forståelse og begreper, jf. Hermeneutisk forskningsstrategi) om tiltak

mot langtidssykefravær, dets virkemidler og resultater - avgrenset til en studie av pilotprosjektet.

Hovedantagelser:

A1) Pilotprosjektet er et tiltak ovenfor sykemeldte medarbeidere som fører til redusert sykefravær for deltakerne.

A2) Brudd er ofte nødvendig for å oppnå ny innsikt og endring av praksis, pilotprosjektet avhenger derfor av å skape brudd for å oppnå ny innsikt hos prosjektdeltaker.

A3) Mestring, mening og motivasjon i arbeid og fritid er viktige kilder til energi, god helse, høy arbeidsevne og nærvær i arbeidslivet, pilotprosjektet bidrar til opplevd økt mestring, mening og motivasjon.

Hovedproblemstilling: *Er verktøypakken (karriereveiledning i et helseperspektiv (Sollan-modellen)) i pilotprosjektet fruktbare verktøy for ledere/HMS-personale i møtet med medarbeidere som strir med jobbrelaterte eller sammensatte (jobb-hjem-fritid) utfordringer og langtidssykefravær?*

Forskningsspørsmål:

- *Hvordan erfares og oppleves grepene sett fra prosjektdeltakere (her: sykemeldte medarbeideres) perspektiv?*
- *Skaper karriereveiledningen økt bevissthet om friskfaktorer og energilekkasjer?*
- *Hvilke resultater oppnås på kort og lang sikt?*
- *Hvordan opptrer brudd og hvordan har brudd betydning for ny innsikt og endring av praksis?*
- *Når, hvordan og hvorfor fører prosjektet til redusert langtidssykefravær vs ikke?*
- *Hvordan skiller prosjektet seg fra annet arbeid med sykefravær?*
- *Hva hemmer og fremmer gjennomføringen av prosjektet/innovasjonen og konstruktive resultater - på ulike nivå?*
- *Hvilken sammenheng er det mellom arbeidsmiljø, livssituasjon og sykefravær generelt, og energi skapere og tappere i jobb-hjem og sykefravær spesielt?*

- *Oppstår etiske dilemma, i så fall hvilke og hva er deres konsekvenser?*

Studien har primært et teoretisk (hermeneutisk) formål, og sekundært et pragmatisk formål.

Nærmere om det teoretiske formål:

Studien kan gi teoretiske bidrag (ny forståelse, kunnskap, begreper) innen feltene arbeidsmiljø, ledelse, emosjoner i organisasjoner/positiv organisasjonsatferd, og læring & innovasjon:

A) Pilotprosjektet gir en unik muligheten til å **studere brudd** (eks på identitet, antagelser, forståelse, praksis) og bearbeiding av brudd **som ledd i læring/endring/innovasjon i fht praksis**. Her trekkes på tverrfaglig litteratur ikke minst fra organisasjon og ledelse, og fra eksistensiell-fenomenologisk filosofi (Heidegger, 1927/1996; Fromm, 1992; Frankl, 1994). Tidligere forskning (Gherardi, 1996; Eide, 2007) indikerer at brudd kan være viktig for å oppnå ny innsikt og endring av praksis. Foreløpige resultater (rapportert fra guider høsten 07) indikerer både at brudd kan være viktig for endring, og at ulike typer brudd kan oppstå/skapes. *I hvilken grad, og hvordan skaper pilotprosjektet brudd? Hvordan bearbeides brudd? Hva fører bruddene til? Etiske sider ved at guider eller andre skaper brudd? Skapte brudd som uetisk eller som nødvendig og ansvarsfull/omsorgsfull realitetsorientering på veg mot endring?* Dette er eksempler på spørsmål og antagelser som undersøkes nærmere. For mer informasjon om Heidegger og om brudd, se side 7 og utover.

B) **Innovasjonsprosesser og organisatoriske rammebetingelser:** I tillegg til at innovasjonsprosesser studeres via temaet brudd og personlig læring, gir studien av pilotprosjektet også mulighet for å studere en relativt radikal og planlagt HMS/HRM - innovasjon²⁵ i flere delkontekster (flere foretak og underenheter). Den aktuelle

²⁵ Innovasjon kan kort defineres som ”Enhver ide, praksis eller materiell størrelse som oppleves som ny for den som tar det i bruk” (Zaltman, et al, 1973), ”en innovasjon er et sprang ut i det ukjente” (Van de Ven, Polley, Garud & Venkataraman, 1999, s. 66). Med dette menes at det er tilstrekkelig at den oppleves som ny for de involverte. Pilotprosjektet bygger på verktøy og praksiser som tidligere er benyttet av konsulent firmaet Sollan, i så måte er det delvis snakk om en ny kombinasjon av en gammel ide, men den prøves ut i nye kontekster og antas å utfordre status qua/gammel orden. Ideen antas også å måtte oversettes og videreutvikles/konkretiseres til lokale forhold og prosesser, med lokale variasjoner ikke minst mht støttesystemene rundt selve verktøyene. Med støttesystemene rundt menes her slikt som rekruttering og informasjon ovenfor potensielle deltakere, informasjon og opplæring ovenfor ledere, prioritering av ressurser til pilotprosjektet, endringstrykk fra

innovasjon kan klassifiseres som en sosial innovasjon, i denne sammenheng inngår den primært som en administrativ innovasjon, men den kan også delvis sees som en tjenesteinnovasjon (jf ideen om interne markeder). Den metodiske og delvis den faglige innfallsvinkel til studien av innovasjonen er inspirert av Pettigrew (1990), som påpeker viktigheten av å studere innovasjon i fht 'content, context and process', over tid. *Hva er hemmende og fremmende faktorer og delprosesser på ulike analysenivå? Hvilke likheter og ulikheter kan observeres på tvers av foretakene mht kontekster og prosesser, og hvordan har de betydning for innovasjonen underveis og for dens resultat?* Eksempler er forskjeller mht toppledelse, kultur, struktur, relasjoner, interne endringsagenter, tidligere erfaringer, etc.

C) Arbeidsmiljø forskning: Pilotprosjektet bygger på tidligere forskning og studier om sykefravær, arbeidslivskvalitet og friskfaktorer (Antonovsky, 1987; Allebeck & Mastekaasa, 2004; Johnsson, Lugn, & Rexed 2006; Abrahamsson, (red.), 2003); Roness & Matthiesen, 2002; Svenske tiltak, se Preven www.prevent.no og Dansk forskning, eks PUMA, <http://www.arbeidsmiljoforskning.dk/Aktuel%20forskning/PUMA.aspx?lang=da> , og Engelbrecht , 2005), samt erfaringer gjort av Sollan i deres praksis. Pilotprosjektet innebærer også nye grep og erfaringer som kan gi ny kunnskap om arbeidsmiljø, sykefravær, verktøy og friskfaktorer. Spesielt interessant her er muligheten til å studere hva som skaper positiv og negativ energi; og om sammenhenger mellom energi, arbeidsmiljø, livssituasjon, sykefravær og livskvalitet. *Er det forskjell på hvem som klarer å nyttiggjøre seg den økte innsikten om energiskaping og -tapping?* Andre begrep som vil være sentrale i studien er: mening, mestring, identitet, omsorg, emosjonelt arbeid, læring, involvering og støtte. I tillegg til fagfeltet arbeidsmiljø vil studien bygge på og søke å bidra innen feltene emosjoner i organisasjon (eks Eide, 2005a og b, 2007), samt positiv organisasjonsatferd og ledelse (eks LØFT-metodikk, Langslet, 2000; Dutton & Glynn, 2007; Dutton & Sonenshein, 2007).

Nærmere om det praktiske/pragmatiske formål:

toppledelse, m.m. Selv om pilotprosjektet har visse verktøy og overordnet formål antas det derfor at resultatet av innovasjonen ikke kun avhenger av verktøyets egnethet.

Studien kan gi ny kunnskap om praktiske tiltak som arbeidsgivere og andre kan organisere ovenfor langtidssykemeldte medarbeidere. Erfaringene antas å ha relevans også for andre virksomheter og bransjer nasjonalt og internasjonalt. Verktøyene som inngår i det praktiske prosjekt antas også å ha relevans for andre målgrupper, som for eksempel ved forebygging av sykefravær, rekruttering, endringsprosesser og annet lederarbeid, dette må imidlertid studeres. På sikt så kan verktøypakken være aktuell som et Gul reseptiltak, noe som bla interesse fra leger og Arbeids- og inkluderingsdepartementet viser. Den nye velferdsmeldingen vektlegger tettere oppfølging av sykemeldte. Erfaringer fra dette prosjektet kan gi nye innspill til 'grep' ovenfor sykemeldte, og spesielt mht innhold og fokus i arbeidslivsveiledning og betydningen av å få folk på "riktig hylle". I arbeidet med pragmatisk formål får forskeren en rolle som har likhetstrekk med aksjonsforsker, en medspiller som deltar med innspill underveis som kan påvirke pilotprosjektet noe.

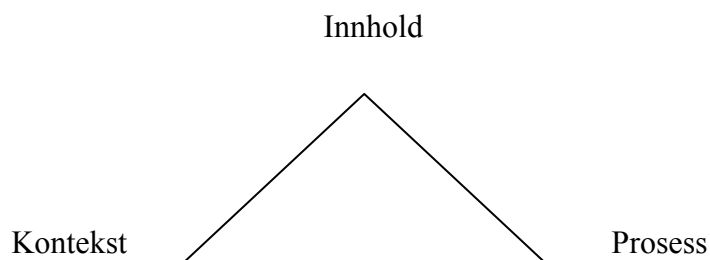
Det benyttes flere datainnsamlingsmetoder i studien, der ulike metoder og faser i studien har delvis ulike formål.

4. Forskningsdesign

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

Studien har valgt å hovedsakelig bruke et hermeneutisk design og formål (Alvesson & Sköldbberg, 1994) hvor mening og forståelse gis første prioritet, sekundært har

studien et pragmatisk design (jf punktet om bakgrunn og formål ovenfor). Det hermeneutiske design kombineres med et prosessuelt case design. Med case menes her at det overordnede case er pilotprosjektet, organisasjonscasene er foretakene som inngår i studien, og individcasene er prosjektdeltakerne (sykemeldte medarbeidere). Med prosessuelt menes at prosesser og erfaringer følges underveis, og ikke kun retrospektivt. Det er i dag en økende erkjennelse om at for mye forskning på endring og innovasjon har vært mangelfull fordi forskningen ofte er: "ahistorical, aprocessual, and acontextual in character" (Pettigrew 1990 p.?). Skal vi utvikle økt kunnskap om slike komplekse, dynamiske og situerte fenomen som endringer (inkludert innovasjoner, læring, strategi) bør vi studere dem ved å følge prosesser (longitudinelt) i sine naturlige kontekster og prosesser (jf. Pettigrew, 1990 og 1997; Tsoukas & Chia, 2002). En måte å fremstille dette skjematisk er som vist i figuren nedenfor.



Figur nr. 1: Endring/intervensjon studert som innhold, kontekst og prosess

Forskningen skal studere en praktisk endring som er designet og gjennomføres av Helse Nord, det er ikke kommet i stand som et tradisjonelt aksjonsforskningsprosjekt der forskere initiere endringer (er endringsagent) overfor virksomhet eller der forsker og virksomhet initierer og prøver ut sammen. I dette prosjekt er forskers hovedrolle å studere de endringer og erfaringer som deltagende aktører selv setter i gang og driver. Forsker er riktig nok deltager på noen vis, bla gjennom deltagende observasjoner, løpende samtaler og interaksjoner, og intervjuer, der spørsmål og kommentarer kan gi innspill. Det er ikke et mål i seg selv å tilstrebe minst mulig samhandling og påvirkning. Da ville observasjoner kun innebære å være 'flue på vegg' eller på andre måter å være minst mulig tilstede i praksis feltet. I følgeforskning sees det som naturlig og ønskelig at forsker kan bidra med

'tilskuerens' og fagpersonens 'blikk', med innspill om ting som kanskje kan bidra til at det praktiske prosjektet kan lære under veis. Men sees de to rollene endringsagent og forsker/evaluator (Lindøe, 2002) opp mot hverandre, så er forsker rollen den dominerende.

Et hovedformål i hermeneutisk design er å utvikle økt forståelse/kunnskap og nye begreper basert på involverte aktørers erfaringer og meningsskappingsprosesser, der en prøver å se og forstå mennesker som hele vesen situert i tid, kontekster og relasjoner (med andre, ting og seg selv). Kontinuerlig tilblivelse (becoming), erfaringer, brudd, erkjennelse, meningsskaping, del-helhets forståelser, og handling/samhandling er viktige dimensjoner (Heidegger, 1927/1996; Eide & Lindberg, 2006). Både pilotprosjektet og forskningen legger til grunn et holistisk syn på menneske. I tillegg til den fysiske, psykiske og sosiale/relasjonelle forståelsen av menneske, helse og arbeidsmiljø, inkluderes det eksistensielle - meningsaspektet (Heidegger, 1927/1996; Fromm, 1992; Frankl, 1994; Nordenfeldt, 2001). Heidegger gir viktige bidrag til forståelsen av det mer helhetlige, situerte eksistensielle mennesket, bla kan han hjelpe oss å forstå sammenheng mellom emosjoner, forståelse, erkjennelse og praksis. Hverdagens hermeneutikk bidrar vanligvis til at vi blir absorbert inn i de praksiser og kontekster vi er en del av, noe som gjør at praksis i stor grad blir kroppsliggjort, taus og tatt for gitt. I dette ligger både visse perspektiver på hva vi ser, kan, gjør, føler, verdsetter versus ikke, i tillegg fører det gjerne til at vi blir 'blinde' for mye av det vi gjør og kan. Diskurs og brudd kan bidra til økt bevissthet og praksisendring. Heidegger (1927) hevdet at vi utvikler bla identitet, mening og kunnskap ut fra *hva vi holder på med og bryr oss om*. Hverdagen domineres gjerne av mer absorbert tilsløret praksis, og i mindre grad refleksjon over handling. Han var skeptisk til den mer isolerte kognitive refleksjon, som gjerne har hatt stor status i andre tilnærminger. Dette betyr ikke at det aldri skjer eller kan være svært viktig å sette ord på og reflektere over handling. Videre var han bekymret for hvordan hverdagens prosjekter kan ta styringen på oss, slik at vi kan bli 'blindet', fremmedgjort eller på andre måter hindret i å nå våre potensialer (heri ligger en frigjøring). *I iveren etter å bry oss om andre, ting og handlinger, kan vi glemme å ta vare på oss selv og utvikle oss selv i ønsket retning.*

Det som tas for gitt skaper utfordringer ikke bare for mennesket selv, men også for forsker. Heidegger (i Dreyfus, 1991) foreslår at det er to hovedtyper av tilsløret som krever ulike metoder: 1) når det gjelder det mer naturlige tatt for gitt, så anbefaler han *hverdagens hermeneutikk*, der formålet er å forstå praksiser, diskurser og aspekt i hverdagen som praktikerne har blitt blind for og dveler i. Man antar at mennesker er hermeneutiske selvfortolkende individer som deltar i meningsfulle praksiser og i meningskonstruksjon. Ved å bevege seg i den hermeneutiske sirkel (spiral), mellom del-helhet, kan man oppnå økt bevissthet og erkjennelse også om det som man vanligvis tar for gitt, dveler i og ikke legger merke til. 2)

Mistenksomhetens hermeneutikk, er særlig aktuell når 'sannheten' om en selv skjules, eller når det er sider som ønskes holdt skjult av en selv eller andre. Da starter man som i metode 1, men går videre ved å fremkalle brudd. En kan si det er en mer voldelig tilnærming, der en stiller kritiske spørsmål ved personens eksistens, antagelser, praksis, forståelser, etc.

I tillegg finnes en tredje hermeneutisk metode som ansees som nyttig i dette prosjektet, dvs. *narrativ hermeneutikk*, hvor språk og menneskenes egne fortellinger er viktige verktøy (Polkinghorne, 1988; Flyvbjerg, 1991).

Bruddene kan være mulige 'døråpnere': Brudd kan være spontane eller styrte, de kan være fysiske brudd eller brudd på antagelser, verdier, identiteter, mening, samhandling, etc., og brudd kan være svake eller sterke (Eide, 2007). Brudd er ikke kun at noe slutter å fungere, det avhenger også av en etablert familiaritet (Nicolini, Gherardi og Yanow, 2003). Brudd skaper gjerne uorden, sterke emosjoner, og kognitiv dissonans, og handlingene stopper opp, eller endres. For eksempel, når sykkelbryter sammen da kan man verken fortsette å sykle (aktivitet) eller være en syklist (identitet), en må kanskje begynne å gå eller reparere isteden. Dette skiftet påkaller en annen væren i verden, annen identitet, annen kunnskap, handling/samhandling, etc. Når bruddene er eksistensielle (identitet, mening i arbeid og tilværelsen), er de gjerne sterke. Vell så viktig som selve bruddet er hva som skjer etter brudd. *Hvordan blir brudd satt ord på og bearbeidet? Hva fører bruddet til?* Bruddet er i seg selv ikke nok for å sikre reel læring eller positiv læring (Eide, 2007). Brudd kan føre til negativ læring eller skape mye ubehag for de som berøres uten at det kommer noe konstruktivt ut av dem. Når brudd er involvert, kan en tenke seg en

prosess med: *orden - brudd - rekonstruksjon av orden*. Den rekonstruerte orden kan være å gå tilbake til utgangspunktet, eller det kan være små eller store forskjeller mellom den nye orden sett opp mot den gamle. Orden er ikke alltid kun at sykkelen virker eller at vi har lappet på vårt selvbilde. Rekonstruksjon av orden kan være en mer radikal og dyptgående endring i vår forståelse av oss selv og måte å praktisere på. Slike radikale eksistensielle endringer skjer nok sjelden. Sterke brudd som livskriser (som jo skillsmisser, brå død i nær familie, tap av jobb og yrkesanseelse, kan være) kan være omstendige og føre til sykdom. Men det er mange små og mellomstore brudd som kan rokke ved vår forståelse og praksis i det daglige eller av og til. Samtidig vet vi at praksis kan være 'sticky' (kompleks og vanskelig å endre), tenk bare på all informasjon om global oppvarming, om hvor farlig det er å røyke, spise for mye, trimme for lite, etc., vi vet det, men det berører oss ofte ikke nok til å endre praksis (annet enn kanskje å flikke litt på overflaten).

Forsker kan studere spontane og/eller styrte brudd for eksempel i en organisasjon, og forsker kan selv forsøke å skape styrte brudd i for eksempel intervjusamtaler. Å påføre andre brudd kan ha etiske sider som bør tas alvorlig. I dette forskningsprosjektet kan verktøyene med diverse tester og påfølgende planlagte veiledninger skape små eller store brudd, som kan bidra til ny erkjennelse og endring. Erfaringer så langt med prosjektet, er at for noen av de sykemeldte kan selv det å bli spurt om å delta i prosjektet representere små brudd. For eksempel, 'hvorfor spør dere meg om å delta i prosjektet?'; 'mener dere at jeg ikke har arbeids glede', 'tror dere ikke at jeg blir frisk og kommer tilbake på jobb?'. For noen kan dette skape så stor usikkerhet at de avviser å bli med i pilotprosjektet. For andre kan det skape en positiv nysgjerrighet eller mer informasjon kan gi trygghet nok til å våge å bli med. Hvordan opplever de involverte informantene ulike brudd, og påfølgende prosesser? Her er særlig prosjektdeltakernes (sykemeldtes) opplevelser og erfaringer viktige.

5. Forskningsmetode, utvalg og analyse

Hoved-informantene i studien er medarbeidere/sykemeldte (A) som deltar, medarbeidernes nærmeste leder (B) og guidene (C). I tillegg er følgende informanter: D) ledere med langtidssykemeldte som valgte å ikke melde inn deltakere, samt E) ymse andre med interessant kobling til pilotprosjektet slik som prosjekteier, personalsjefer, tillitsvalgte, Sollan konsulentene, NAV, og HMS/

sykefraværskoordinatorer, foretaksleder, etc. Studien vil benytte flere datainnsamlingsmetoder, bla observasjon, løpende samtaler, intervju, survey og sekundærdata (som pilotprosjektet genererer).

5.1 Metoder

Å få frem prosjektdeltakernes erfaringer og oppfatninger ansees som svært viktig i kunnskapsutviklingen om sykefraværstiltaket (pilotprosjektet). Det er valgt en kombinasjon av metoder som både ivaretar dybde og bredde, samt kortsiktige og langsiktige resultater. I følge Sollan konsulentene viser deres erfaringer at det ofte tar ca ett år før man ser langtidsresultater av karriere-veiledningen, det er derfor nødvendig å ha en metode som fanger opp langtidsresultater og oppfatninger. Samtidig er det også viktig å ha en tilnærming som fanger opp korttids erfaringer og resultater mens de enda er 'ferske'. En metodetilnærming som kun går in retrospektivt ett år etter ansees å gi en for mangelfull dybdeforståelse, og det lange tidsspennet øker risikoen for eterrasjonalisering og omskriving (Weick, 1995). Intervju og survey gir en god kombinasjon, begge vil fokusere på forskningsspørsmålene.

Semi-strukturerte intervju (vår/høst 2008) med informantgruppene A-C:

Informantene avgjør selv hvor mye de ønsker å utdype de ulike tema. Informantene opplyses i informasjon på forhånd og rett før intervjuet om at dersom det er greit for informanten så brukes en opptaker, hvis ikke skrives det notater. I begge sammenheng gis det også informasjon om oppbevaring av data og om konfidensialitet. Intervju transkriberes, slik at opptak slettes etter at prosjektperioden er slutt.

Hovedformålet er å få innsikt i hovedinformantenes (prosjektdeltakere, deres nærmeste leder og guidenes) personlige erfaringer og opplevelser mht. prosjektformål, verktøyene, guidens roller, ulike faser, brudd, ny innsikt, tiltak og resultater så langt (korttidsresultater). Samt deres oppfatninger om: 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 sykefraværspromblematikk?

Det er også et formål å oppdage og forstå nye sider, det kan derfor være aktuelt å justere intervjumalen noe underveis. Selv om det utvikles intervjumaler, så bør intervjuet også ha preg av samtale, slik at informanter kan bringe opp tema og kan få fortelle sine historier (Polkinghorne, 1988), og hvor det er rom for åpenhet og refleksjon (Hammersley & Atkinson, 1983). En slik åpenhet kan øke studiens økologiske validitet. Studiens kvalitet avhenger imidlertid også av at informantene åpner seg og gir tilgang til deres perspektiv (Prus, 1996). Tolkning av intervjudata er planlagt som en veksling mellom data bearbeiding (med bruk av IKT-basert verktøy, eks Nvivo, Leximancer)) og data transformasjon (mer åpen, intuitive og fortellingsbasert tolkning) (Mehmetoglu, 2004). Utkast til intervjumaler (prosjektdeltakere, ledere, guider) ble utviklet i januar-februar og lå som vedlegg i søknad til NSD og REK-Nord..

Surveyene ca ett år etter til prosjektdeltakere (A) og deres ledere (B)

To ulike surveyer lages. Ideelt sett burde de blitt gjennomført ett år etter at den enkelte deltaker var ferdig med veiledningen. Men siden deltakerne deltok i prosjektet på ulike tidspunkt ville en slik løsning bli tidkrevende og kostbart. Isteden gjennomføres de ca ett år etter sluttdato for det praktiske prosjektet. Med justering for sommerferieperiode, vil det si i slutten av august 2009.

Postal survey til alle deltakere (sykemeldte medarbeidere), og web-basert (Questback²⁶) survey til lederne. Ledersurvey informeres om via email. For begge er det nødvendig (for å øke svarprosenten) med kodelister for å kunne purre (en gang) respondenter som ikke svarer, listene makuleres så snart innsamlingsfasen er over. Det er en forutsetning for gjennomføring av surveyene at Helse Nord bidrar med riktige navn og email adresser til lederne, og sørger for postal utsending av survey til prosjektdeltagerne. Formålet med surveyen ca ett år etter er todelt, å få innsikt i flest mulig langtidsresultater av prosjektet, samt å få en anonym og bredere besvarelse av tema som ble berørt i intervjuene, men nå med mer lukkede svaralternativer. Mht langtidsresultater: Hva er status og hva har lyktes vs ikke lyktes – og hvorfor? Hva har hemmet og fremmet utvikling/gjennomføring i ulike faser av prosjektet? I arbeidet

²⁶ Bruk av Questback krever lisens, det må trolig påregnes kostnader for bruk.

med surveyen vil det bli trukket inn en forsker med forsterket survey kompetanse (minimum førstekompetanse). SPSS vil bli benyttet..

Utkast til spørreskjema lages våren 2009. I utviklingen tas det utgangspunkt i bla tema fra intervjumalen, samt spørsmål om langtidsresultater og om bakgrunnsdata. Deler av spørsmålene bør bygge på tidligere forskning, og bruke faktorer og spørsmål som er testet ut av andre. Det må avgjøres hvilke svar alternativer som skal benyttes, samt planlegges hvilke analyser som kan og ønskes kjørt. Utkast til surveyer pretestes, og vil så bli ettersendt som en endringsmelding til NSD og REK-Nord. Dersom utvikling, og ikke minst svar fra NSD og REK-Nord, kommer innen 1. juni kan det være aktuelt å kjøre surveyene før sommeren.

Halvstrukturerte intervju/samtaler med ymse andre i randsonen (E): Her lages intervjumal ved å sakse relevante spørsmål fra intervjumalene til deltakere og ledere, i tillegg lages noen tilføyninger for å dekke inn informantens spesielle rolle. Fokus på erfaringer og oppfatninger om: hvordan og hvorfor prosjektet ble utviklet, om dets formål, dets verktøy, gjennomføring og antagelser og foreløpige resultater (kort og lang sikt), hva (lokalt og sentralt) som har hemmet og fremmet gjennomføring og resultater, hva som bør/kan forbedres, hvordan prosjektet kan supplere andre tiltak for å redusere fravær og øke arbeidsglede og -mestring. Hva kan man lære av pilotprosjektet mht hvordan jobbe med HMS/HRM-innovasjoner? Intervju med konsulentene fra Sollan fokuserer i tillegg på bla: egne erfaringer som guide, om brudd, energi, mening/mestring, om bruk av verktøyene generelt, og i forsøksperioden (de veiledet 7 prosjektdeltakere) før guidene startet; om opphavet til verktøyene og tilnærmingen; om deres rolle som fagansvarlig og kvalitetssikrere av pilotprosjektet; viktige erfaringer kommet frem under veiledning av guider; annet de har observert som kritisk.

Liten web-undersøkelse til ledere som ikke meldte inn deltakere: Få innblikk i hvordan ledere oppfattet prosjektet fra 'sidelinjen', hva som gjorde at de valgte å ikke melde inn deltakere, hva de mener er styrker og svakheter ved prosjektet, og hva som kunne bidratt til at leder meldte inn sykemeldte medarbeidere (som ansees i målgruppen). Om sykefravær i enheten (prosent, generelle årsaker til sykefravær og arbeidsmiljøbelastninger); praksis mht sykefraværsoppfølging og forebygging; leders

oppfatninger om informasjon, opplæring, kontakt med guide/foretaks koordinator (eller andre underveis) og annen tilrettelegging i fht. pilotprosjektet; oppfatninger om muligheten for å gjennomføre reelle tiltak ovenfor deltakere i pilotprosjektet; andre oppfatninger mht formålet, motivasjon for og betraktninger om pilotprosjektet på den ene siden og på den andre mer generelt mht forebygging og tiltak i fht arbeidsmiljø, arbeidsglede og sykefravær. Utkast til spørreskjema lages ved å sakse ut aktuelle spørsmål fra mal lederintervju (vedlegg 3) som tilpasses til surveymetoden, samt noen tilleggsspørsmål ut fra ovennevnte. DETTE ER IKKE GJORT, BLIR TROLIG Å UTGÅ.

Ad observasjoner og deltakelse i møter/seminarer: Hovedsakelig gjelder dette arbeidsgruppemøter (hvert møte a ca 1-2 timer) i den grad forsker har anledning: fysiske, videokonferanse- og telefonkonferanse møter. Her deltar alle guidene, og noen ganger prosjekteier og konsulentene fra Sollan. Forsker tar notater, stiller spørsmål, kommer med innspill og deltar i diskusjon. Jeg har også observert og deltatt i ett lederopplæringsseminar, og noen få andre møter mht prosjektet. Her er det ingen personopplysninger, ut over at jeg vet hvem som deltar i møtene (ikke på lederseminarer). Formålet med møtene er konkretisering av prosjektet og læring, gjennom fokus på løpende erfaringer, ideer, utfordringer som dukker opp, løsningsalternativer, nye tiltak (eks hvordan få ut informasjon, leder oppfølging), faktorer som hemmere og fremmere prosjektgjennomføring, etc. I den grad det deles noen erfaringer om konkrete individcase, gjøres det muntlig og uten å gå inn på navn, avdeling, alder, etc. Her brukes ingen observasjonsmal, da alt som skjer i hovedsak beskrives. Denne del startet juni 2007 og varer til juni 2008, mest intensivt høsten 07.

Sekundærdata/materiale fra Helse Nord og fra/om prosjektet spesielt:

- Sykefraværstatistikker.
- Kvalitativ dokumentasjon - minidagbøker skrevet av guider delvis til dokumentasjon og delvis som en måte å øke refleksjonsgraden underveis i prosjektet: Guiden skriver en minidagbok pr prosjektdeltaker. Beskriver og reflekterer over faser, bruk av verktøy, utfordringer og andre erfaringer i fht samhandling med og oppfølging av sine

prosjektdeltakere. Egne tanker, følelser, handling før, under og etter veiledninger. Informasjonen er kodet mht prosjektdeltaker.

- Kvantitativ dokumentasjon fra guider og prosjektleder: Hver guide fyller ut en tabell med mål å gi innblikk i tidsbruk og status. En rad i tabellen for hver prosjektdeltaker, her benyttes ikke navn, kun kode.
- Referat (skrevet av pilotprosjektets prosjektleder) fra arbeidsgruppemøter, styringsgruppemøter, referansegruppemøter, og annen omtale av det praktiske pilotprosjekt (eks notater fra prosjekteier eller -leder, Web-publiseringer i intranet og åpne nyhetsbrev).
- En bachelor-oppgave skrevet opp pilotprosjektet (mai 08).
- Sluttrapport/foreløpig evalueringsrapport skrevet av pilotprosjektets leder (juli 08).

5.2 Utvalg og rekruttering

Under redegjøres for utvalg og rekruttering av informanter og respondenter.

Hvem populasjonen er mht prosjektdeltakere ble avgjort av personer i Helse Nord, dvs. avgjøres ikke av forskningen. Styringsgruppen for pilotprosjektet i Helse Nord har vedtatt at aktuelle deltakere i prosjektet er: Medarbeidere i foretak eid av Helse Nord, med langtidssykefravær (>56 dager, eller sykemeldte medarbeidere med tidligere sykefraværsforløp hvor ordinær sykefraværsoppfølging er gjennomført), de kan være i 66-100% stilling og de kan være gradert sykemeldt. Det vil være noen av disse som likevel ikke er aktuelle på grunn av graviditet, alvorlig diagnose (eks kreft, MS) eller at de er over på rehabilitering (rehab er ikke alene grunn til utelukking). Særlig aktuelle er arbeidstakere hvor hele eller deler av årsaken til fraværet trolig er relatert til arbeidsmiljø og/eller jobb-hjem situasjon. Styringsgruppen for det praktiske prosjektet har vedtatt at minst 150 sykemeldte skal delta, med en gitt minimumsfordeling på de ulike foretakene. Helse Nord sin rolle i prosjektet er her som arbeidsgiver, ikke som behandlende institusjon.

Utvalg og rekruttering av hvem som er guider (C), prosjektdeltakere (A), nærmeste ledere (B) og ledere som valgte å ikke melde inn deltagere (D), og de fleste i gruppen 'ymse andre' (E) er derved gjort av pilotprosjektet uten forskers innvirkning. Her omtales kun utvalg mht forskningen.

A-B) Valgene gjøres i hovedsak av forsker på bakgrunn av sekundærdata (særlig kvalitativ og kvantitativ dokumentasjon generert i løpet av pilot-prosjektet), informasjon og anbefalinger fra guider og prosjektleder. For de kvalitative intervju mht A (prosjektdeltaker) og B (leder) ønskes mest mulig variasjon, rikhet og læringsmulighet, det ønskes derfor spredning mht kjønn, alder, yrke, foretak, valg av hovedtiltak/-resultat, og guider. Det gjøres også strategisk utvalg ut fra særlig interessante læringscase (ikke minst indikasjoner på viktige brudd vs mangel på brudd). A og B sees som par, når A har sakt ja til deltakelse, vil B forespørres. Det er et poeng å få både medarbeiders og leders perspektiv i kombinasjon, derfor ønskes primært par. Sekundært, så kan det være tilstrekkelig å få kun den enes perspektiv dersom caset vurderes å ha stort læringsverdi. I intervjuene er det et poeng å gå i dybden og å oppdage nye dimensjoner, det er derfor nødvendig å gjøre et begrenset utvalg på ca 30 informanter (prosjektdeltakere, og tilsvarende mht ledere), dette tall er tentativt. For surveyene som studerer langtidsresultater, ønskes størst mulig svarprosent blant hele populasjonen (ca 140 deltok i prosjektet) av prosjektdeltakere (A) og deres nærmeste leder (B). Dersom flere ledere har flere prosjektdeltakere så er ledelsespopulasjonen ikke 140. Hensynet til representativitet prioriteres nå sterkere. Rekruttering til deltaker-survey skjer postalt, dvs. et informasjonsskriv og selve surveyen sendes ut med posten. Rekruttering til leder-survey skjer via e-post. I informasjonen vil det fremgå at deltakelse er ønskelig, anonymt og frivillig. Det planlegges å gjøre en midlertidig koding av svarskjema, slik at det blir mulig å foreta en purring av svarskjema. Kodeliste makuleres etter purringen.

Begge kjønn inngår i populasjonen. Det er imidlertid en skjevhet med overvekt av kvinner i populasjonen, dette skyldes at populasjonen består av langtidssykemeldte medarbeidere i Helse Nord foretak. Helse Nord foretakene har flere kvinnelige medarbeidere enn menn. Foretakene har en stor andel av tradisjonelle kvinneyrker (sykepleiere, hjelpepleiere, renhold, sekretærer). I forskningens valg av ca 30 informanter til intervju er ett av utvalgskriteriene å tilstrebe variasjon i kjønn. I surveyene vil som nevnt samtlige deltakere, samt deres leder, inngå i populasjonene.

C) Guider: Her ønskes alle 9 med, så derfor ingen utvalgs-kriterier mht intervjudeltaking.

D) Ledere med personalansvar som valgte å ikke melde inn noen: Her har jeg foreløpig ingen informasjon om hvor mange som kan antas å falle inn i denne gruppen. Her må guider og prosjektleder være sentrale i utvalg, så kan de kontaktes med email fra forsker. Trolig vil det være larest å sende email med oppfordring til å delta til alle som defineres inn i denne gruppen.

E) YMSE andre med interessant relasjon til prosjektet: Deltakere i pilotprosjektets styringsgruppe forespørres om deltakelse i intervju, her ønskes både personer som er personalsjefer og tillitsvalgte. Helst begge konsulentene i Sollan. Prosjekteier. Foretaksledere, eller andre toppledere. Samt utvalgte andre som antas å ha særlig relevante erfaringer og oppfatning mht sykefraværarbeid, kan være i foretakene, og kan være fra NAV. Jeg er den som gjør vurderingen, men bla på bakgrunn av råd/forslag fra personer som vet hvem som er aktuelle.

6. Organisering, personell og kostnader

I kontrakten mellom HBO/HHB og Helse Nord, brukes begrepene oppdragsgiver og oppdragstaker for å kunne bruke en standardkontrakt, det er imidlertid mer korrekt å betrakte partene som samarbeidspartnere. Den største kostnaden ved følgeforskningen er lønn til forskerne, lønnen betales helt eller nesten helt av forskernes ordinære arbeidsgiver Høgskolen/handelshøgskolen i Bodø. Siden det ikke er noen lønnsinntekter til forskerne eller overhead til høgskolen finansiert av Helse Nord, er dette å betrakte som et samarbeidsprosjekt mellom to likeverdige parter som investerer ressurser, som har rettigheter og plikter, og hvor primær formålet er utvikling av kunnskap om pilotprosjektet og dets resultater. Helse Nord er ikke sponsor. Helse Nord betaler, leder og gjennomfører pilotprosjektet som forskerne studerer underveis og i etterkant. I tillegg betaler Helse Nord for deler av driftskostnader (reise, opphold, noe sekretærhjelp, surveykostnader) i forbindelse med datainnsamling. Helse Nord investerer også tid og økonomi i form av at guider, ledere og andre informanter deltar i datainnsamlingen i arbeidstiden.

Samarbeidet mellom Høgskolen i Bodø v/førsteamanuensis Dorthe Eide (undertegnede) og Helse Nord kom etter en forespørsel fra Helse Nord v/organisasjons- og personaldirektør i april 2007 om følgeforskning og evaluering av pilot prosjektet. Pilotprosjekt var da i en oppstartsfase, opplæring av guider var i gang, en prosjektplan forelå, det ble jobbet med bla: hvordan dokumentere sider ved prosjektet? Hvordan få informasjon ut i foretakene? Hvordan velge ut og motivere potensielle deltakere til å delta?

Forskningsarbeidet startet gradvis i mai, med intensivering fra slutten av august. Siden Eide hadde forskningstermin høsten 07 og våren 08, var det mulig å bidra med følgeforskning i denne perioden uten frikjøp (dvs. at Handelshøgskolen i Bodø finansierer min lønn). Også forskningsarbeid (lønn) etter sommeren 08 gjøres som del av Eides forskningsoppgaver i ordinær stilling, forskning er da kun en av flere oppgaver, intensiteten vil derfor reduseres. Survey arbeidet, samt ikke minst tolkning av de kvalitative data representerer et betydelig arbeid som trolig må delfinansieres²⁷ eksternt. Isaksen planlegger å bruke deler av sin forskningstid i arbeidet med surveyen, gjentjenesten er mulighetene for å bruke dataene i forskningsartikler.

Som ledd i kvalitetssikringen av forskningen benyttes en fagreferansegruppe som sparringspartnere. Følgende personer har sagt ja til å delta:

- Professor Bjørn Olsen, Handelshøgskolen i Bodø.
- Første amanuensis Espen Isaksen, Handelshøgskolen i Bodø.
- Førsteamanuensis Ety Nilsen, v/ Høgskolen i Buskerud.
- Førsteamanuensis Haldor Byrkjefot, v/Rokkan senteret, Bergen

Det er mulig at ytterligere forskere vil bli spurt. Fagreferansegruppen vil komme med innspill på forskningsprotokoll, intervjumaler, surveyutkast, tolkninger, og evt. utkast til rapporter.

²⁷ Eide er innvilget eksterne forskningsmidler (som frigjør mer tid til forskning) sponset av Nordlandsbanken fra høsten 09, noen av disse midlene vil bli benyttet i arbeidet med dette prosjektet.

7. Tidsplan for det helhetlige prosjekt

Tidsplanen ble justert etter hvert som den praktiske del av pilotprosjektet ble forskjøvet. Forskningsprosjektets planleggingsfase og følgeforskning startet våren 2007.

2008:

I tillegg til det som nevnes nedenfor i tabellen, fortsetter (som i 2007) observasjoner av og interaksjon i arbeidsgruppemøter med guider, enten fysiske, videokonferanse eller telefonmøter. Guidene fortsetter og ferdiggjør kvalitative (mini-dagbøker - en for hver sykemeldt) og kvantitative (tidsbruk pr sykemeldt) dokumentering (sekundærdata) og egen kvalitetssikring.

Tabell 1: Grovplan for datainnsamling 2008

NÅR	HVA	INFORMANTER
April-juni)	Halv-strukturerte intervju fase-1	Utvalgte sykemeldte og deres leder: Utvalg blant de første deltakerne, dvs. ferdig med siste veiledningstime for ca tre måneder siden eller mer. Liste over involverte deltakere lages og oppdateres av Grete B. Å., brukes bla ved utvelging. Merk: ca 3 par (sykemeldte og ledere) fra Nordlandssykehuset intervjues av HBO-studenter under veiledning av Dorthe.
Mai-juni (mars)	Halvstrukturert intervju/samtaler	Alle 9 guider.
Mai og august/ september	Statusrapport deltagere + sykefraværestrend + annet sekundærmat	Ansvarlig: Pilotprosjektets leder, får hjelp av guider.
September- desember	Halvstrukturerte intervju fase-2	Utvalgte sykemeldte og deres leder som kom med i prosjektet i andre halvdel, dvs. også nå minst tre måneder etter siste veiledning.
	Halvstrukturerte intervju	Utvalgte 'ymse andre' (prosjekteier, deltakere i styringsgruppe, referansegruppe, helst alle foretaksdirektører, noen andre personal/HMS-posisjoner og tillitsvalgte, NAV), ca 10

2009:

Hovedformålet med datainnsamlingen dette året er todelt: 1) få innblikk i langtidsresultater og erfaringer; 2) få en bredere representativ kartlegging av prosjektdeltageres og deres ledes erfaringer og oppfatninger mht arbeidsmiljø og energi; prosjektets formål, kjerne verktøy, planlagte og gjennomførte tiltak, styrker og svakheter ved prosjektet.

Tabell 2: Grovplan for datainnsamling 2009

NÅR	HVA	INFORMANTER og evt. andre ansvarlige
Mars-juni	Utvikling og pre-test av surveyer	Medvirkende: Forskningsleder (Eide), samt førsteamanuensis Espen Isaksen. Siste testrunde bør gjøres på to av prosjektdeltagerne og deres leder, dvs. målgruppene. Sendes Rek-Nord og NSD for godkjenning.
August (purring i september)	Surveyer (en for medarbeidere og en for ledere)	<u>Alle</u> medvirkende deltakere (medarbeidere/sykemeldte) og deres nærmeste leder(e) er i populasjonen. Hva om flere ledere har vært involvert? <u>Ansvarlig for adressat lister</u> (email og postalt): Pilotprosjektets leder. Her må det trolig også sendes ut purring på svarskjema etter ca 2 uker så svarprosenten blir størst mulig.
Mai/juni?	Statusrapport deltagere + sykefraværestrend + annet sekundærdata	Ansvarlig: Pilotprosjektets leder, får hjelp av personer på foretakene, eller den pilotprosjektets eier finner egnet.

I forbindelse med surveyen må det trekkes inn ekstra kompetanse i utformingen og ikke minst analysen.

Survey til ledere planlegges utsendt via email og webbasert (questback) for å unngå punshing. Survey til deltakende medarbeidere må gå postalt (så her kommer også porto, kopiering, evt. sekretærhjelp til punshing). Behov for purring for å øke svarprosenten. Svarprosenten er svært viktig mht hvilke statistiske analyser som kan kjøres. SPSS benyttes.

To delrapporter (en basert på kvalitative data, og en basert på surveyer) lagets i løpet av høsten 09. En sluttrapport lages på nyåret 2010, basert på det totale

datamateriale gjøres en helhetsevaluering og drøfting av pilotprosjektet. Utkast til rapportene går til høring hos noen utvalgte (utpekt av oppdragsgiver, samt til noen i fagreferanse gruppen) for innspill og kvalitetssikring, og justering før den offentliggjøres.

7. Formidling/publisering

Det vil komme muntlige og skriftlige del-rapporteringer og artikler av både forskningsmessig og anvendt art. Informasjon om rapportene er gitt i pkt 6.

Foreløpig er følgende gjort:

Første lille rapport kom i mai 07 i form av en bacheloroppgave skrevet av to studenter.

Forsker presenterte metode valg ved prosjektet på: 23 november 2007 på the 2nd Asia-Pacific Symposium on Emotions in Work life, Bond University, Gold Coast, Australia; samt i workshop ledet av Neal Ashkanasy noen dager etter ved University of Quensland, forskningsgruppen innen emotions in organisations.

Forsker presenterte noen foreløpige delresultater i paper på en forskningskonferansen EGOS (European group of organizational studies) sommeren 08 i Amsterdam.

Foreløpige delresultater er også presentert på mer anvendte arenaer:

- i forelesninger for studenter
- På praktisk erfaringskonferanse arrangert av Helse Nord RHF i september 08, i Bodø.
- Media: i NRK radio (Kåseri Nordlandssendingen, intervjureportasje Nordlandssendingen) og NRK 2 TV.

Presentasjon på flere forsknings og anvendte konferanser vil bli vurdert fortløpende, for å få diskutert tolkninger og teoretiseringer. Nordisk nettverkt for helseledelse og organisering er et svært aktuelt forum, planen var å delta her høsten 08, men ble avlyst pga at datainnsamlingen fortsatt pågikk.

Fagfelleverderte artikler i tidsskrifter/bøker etter hvert, særlig ett-tre år etter at all datainnsamling er ferdig.

8. Etikk

Først må det presiseres at forsker ikke gjør noen form for eksperimenter/forsøk. Forsker studerer og evaluerer et pilotprosjekt som Helse Nord gjør som arbeidsgiver, i deres pilotprosjekt inngår intervensjoner/forsøk som i hovedsak medfører karriere veiledning, samtaler og tiltrettelegg for arbeid som ikke er av medisinsk art, men som berører helse og arbeidsmiljø.

Forskningsprosjektet er varslet/søkt til NSD, samt at den delen som innebefatter sykemeldte/prosjektdeltakere som informanter og respondenter er også varslet/søkt REK-Nord. Begge søknader ble godkjent våren 08, med små justeringer.

Etiske dilemma kan oppstå på to plan, men det er kun plan 2 som forsker kan holdes ansvarlig for:

1) I Pilotprosjektet:

Når prosjektdeltakere rekrutteres av Helse Nord, er de langtidssykemeldte og det er rimelig å anta at mange av dem er sårbare. Noen kan trolig oppleve et vist press om å delta i pilotprosjektet. Skaper pilotprosjektet etiske dilemmaer som berører prosjektdeltakere (sykemeldte medarbeidere)? Hva og hvorfor? Hvordan håndteres disse? Hva er deres konsekvenser? Denne type etiske dilemma er primært noe som pilotprosjektets eier, leder og guider er ansvarlig for. Forskingen bør og vil ta dette inn som et deltema når pilotprosjektet studeres og evalueres.

2) Som følge av selve forskningen:

Når deltakerne kom med i pilotprosjektet var de langtidssykemeldte medarbeidere, selv om de er voksne så er det rimelig å anta at de er mer sårbare enn voksne som ikke er sykemeldte. Når de blir spurt om å delta som informant i intervju, eller som respondent i survey, kan de være friskmeldte og tilbake i jobb eller utdanning, men det er også rimelig å anta at noen av deltakerne er sykemeldte eller på uføretrygd. Sykemeldte medarbeidere er pilotprosjektets målgruppe, det er kun de som får direkte erfaringer som deltakere i pilotprosjektet, de er derfor svært viktige

informanter/respondenter når pilotprosjektet skal studeres og evalueres. Etske dilemma kan oppstå både i direkte relasjon til deltakerne, og ikke minst i fht oppbevaring og bruk av data. Nedenfor påpekes mulige etske utfordringer og hvordan de vil bli ivaretatt:

** Personopplysninger og mulig sensitiv informasjon:* Ved informasjon skriftlig og delvis muntlig mht intervju og survey, vil det opplyses om formål, hva datainnsamlingen går ut på, frivillighet, konfidensialitet (at kun forsker får tilgang på data), anonymisering av data, og lagring av data. Dette er informasjon som vil gjentas ved start og slutt av intervju. Guider vil delta i rekruttering av informanter til intervju, og de vil da også informere muntlig. Intervju og survey vil ikke inneholde navn eller fødselsnummer, men det vil være noen indirekte personopplysninger og sensitiv informasjon. Mulige etske utfordringer her er:

A) Spørsmål om helse og sensitiv informasjon: Helse er ikke hovedfokus for studien, men det er nødvendig med noe bakgrunnsinformasjon i fht sykefravær, eks spørsmål om: Symptomer/diagnose, da brukes grove kategorier som: muskel/skjelett, hjerte/kar, stress&utbrenthet, psykisk, fordøyelsessystem. I surveyen kan det bli aktuelt å spørre kort (ja/nei svar) om deltatt i behandling, og hvis 'ja', grove kategorier om type behandling, eks: medisiner, samtale/terapi hos psykolog/psykiater/el.; behandling hos kiropraktor/fysioterapeut/manuell terapeut/el; alternativ medisin i form av preparater (helsekost); alternativ behandling (eks akupunktur). I intervju og survey med prosjektdeltakere berøres bakenforliggende årsaker til symptomer og fravær, eks konflikter med leder, kolleger, familie/venner, stress og utfordringer på jobb/hjem, manglende læring, mening, mestring i jobben, jobb-hjem sammenheng mht energi, arbeidsglede og livskvalitet. Også tema/spørsmål om det oppstod brudd og ny innsikt eller ikke, og hvordan personen opplevde dette, eller spørsmål om egen identitet (yrke, sykemeldt), kan oppleves som sensitive og bidrar til at forsker bør være særlig lydhør og varsom under intervju. Studien medfører ingen direkte risiko, men siden noen av temaene kan være sensitive og kan utfordre ens identitet og selvinnsikt, kan kanskje noen oppleve dette noe ubehagelig. Det er derfor viktig å være lydhør og la informanten selv avgjøre om de vil svare på eller reflektere over disse spørsmålene.

B) Konfidensialitet og anonymisering: Data er delvis sensitiv, og det er viktig at personer ikke gjenkjennes. Forsker(ne) er underlagt taushetsplikt og data som brukes i presentasjoner vil bli anonymisert. Kun forsker(e) - ikke Helse Nord - får tilgang til rå data (eks lydfiler, referat fra intervju) innsamlet av forsker (unntak, er evt. sekretærhjelp til transkribering og punshing, disse må undertegne taushetsplikt). Intervjuopptak eller intervjunotater transkriberes slik at navn ikke kommer med. Surveyen er anonym. Eventuell bruk av kodelister oppbevares separat, og slettes seinest ved prosjektslutt. Data skal ikke brukes slik at de kan tilbakeføres til enkeltpersoner. Noen yrker har svært lav andel langtidssykefravær (eks leger), dette kan øke spekulasjoner og gjenkjenning, det kan derfor være nødvendig å utelukke informasjon om yrke i kombinasjon med annen casedata på personnivå, eller bruke svært grove kategorier. Det kan også være tilfeller i beskrivelser av casedata hvor det ikke må kombineres med informasjon om kjønn, alderskategori, og/eller foretak. Hvilke foretak som inngår i pilotprosjektet, og dermed studien, er imidlertid allment kjent. Unntak er dersom en informant ønsker å fortelle sin historie under fullt navn, eks suksesshistorier presentert på Helse Nords web. Ytterligere spesifisering av dette punkt er gjort i vedlegg A.

C) Lagring av data: Data registreres enten ved lydopptak eller på papir, disse transkriberes så til datafiler som oppbevares i pc i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten. Notatark og evt utskrift av transkriberinger lagres i låsbart metall skap i låsbart rom. Pc er beskyttet med brukernavn og passord, og står i låsbart rom. PC'n er beskyttet mot datahacking med Høgskolens ordinære datasikkerhetsrutiner

** Opplysninger om tredjeperson:* Ved fokus på årsaker til valg av yrke, energitapping/-skaping, ny innsikt og mulighet til å gjøre tiltak, kan det være at informanter kommer inn på relasjoner til familie, kolleger, nærmeste leder, foretaksledelsen, eller andre som representerer tredjepersoner. Guiden og hennes utøvelse av rollen som guide vil også berøres. Guide og nærmeste leder er aktører i pilotprosjektet og vil være informanter i det overordnede forskningsprosjektet, at de vil bli omtalt og vurdert i intervju og survey bør kunne avledes av annen informasjon og egen refleksjon fordi Helse Nord har i ulike sammenheng informert om at pilotprosjektet følgeforskes og evalueres. Dersom familie, kolleger eller andre i og

utenfor foretaket (ikke guide eller leder) omtales i intervju eller survey, er disse tredjepersoner som ikke blir informert om prosjektet. For å redusere mulige etiske dilemma knyttet til direkte personopplysninger om tredjeperson, skal eventuelle navn som nevnes ikke bli registrert (transkribering av opptak skal slette slike navn).

** Informasjon, frivillig deltakelse og samtykke:* Kan det tenkes av noen føler seg forpliktet til å delta i intervju fordi de er i en slags avhengighet ovenfor guiden eller arbeidsgiver? Det vil bli presisert i informasjon at hensikten med forskningen er å lære om pilotprosjektet, og deltakernes erfaringer er viktig, men det må presiseres at deltaking er frivilling og at hvorvidt de velger å delta i intervju og/eller survey, eller ikke, har ingen konsekvenser for deres fremtidige arbeidstaker relasjon til Helse Nord, eller ovenfor andre (eks NAV). Dette bør vies særlig omtanke i skriftlig og muntlig informasjon. For intervju med deltakere og deres ledere ble det laget to ulike informasjonsskriv som inneholdt skriftlig samtykkeerklæring. Guidene og særlig leder av pilotprosjektet, delvis også jurist hos Helse Nord, har deltatt i utforming av informasjonsskriv og samtykkeerklæringer, i tillegg til forsker. Det er også brukt aktuelle standardvendinger for informasjon og samtykke laget av Forskningsetisk komitee for medisin og helseforskning. Guiden, eller prosjektleder/-koordinator kontakter prosjektdeltakere som det ønskes intervju med, trolig via telefon. Det tas utgangspunkt i informasjons- og samtykke skrivet (justert siste gang i slutten av april som følge av presiseringer fra REK-Nord og NSD), som sendes med post/e-post enten før eller etter telefonen. Vedkommende kan da utfylle om viktigheten av å lære av prosjektet, og om frivillighet, samtykkeerklæring og konfidensialitet. De kan også ringe forsker for ytterligere informasjon.

For surveyer, sees innsendt svar på survey som den skriftlige samtykke, svaret skjer anonymt. Ad intervju med ymse andre, så gjøres det normalt ved at forsker ringer opp informanten, også her gis informasjon om formål, fokus, konfidensialitet, anonymisering, og frivillighet/samtykke, men det benyttes ikke skriftlig samtykke.

Guider får muntlig og email informasjon om datainnsamlingene generelt, samt spesielt om intervju med guider, dette har vært tema på flere arbeidsgruppe møter, og i emailer. De får i tillegg en personlig direkte forespørsel via telefon eller email.

Referanser – ikke oppdatert

Abrahamsson, Kennet (red.) (2003) - Friskfaktorer i arbeidslivet.

Allebeck og Mastekaasa (2004). Risk factors for sick leave. Gjennomgang av forskning på sykefravær.

Alvesson, M. and Sköldbberg, K. (1994), "**Tolkning och reflektion: Vetenskapsfilosofi och kvalitative metod**", Lund: Studentlitteratur

Antonovsky, Aaron (1987). Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well.

Cochran, L. (1997). Career Counseling - A narrative Approach.

Dutton, J. & Glynn, M.A. (2007), POSITIVE ORGANIZATIONAL SCHOLARSHIP, in Cooper & Barling, Eds., Handbook of Organizational Behavior Sage Publications

Dutton, J. & Sonenshein, S. (2007), Positive Organizational Scholarship, in Lopez & Beauchamps, Eds., Encyclopedia of Positive Psychology, Blackwell Publishing

Eide, D.(2005a), "Kunnskap og følelser i organisasjoner - en kritisk integrasjon på ontologisk nivå", in Nyeng & Wennes, (Eds.), "*Kan organisasjoner føle?*-bidrag til en utvidet forståelse av forholdet mellom menneske, organisasjon og samfunn", Cappelen. ISBN-10:82-02-25670-4. p.101-118

Eide, D. (2005b) "Emotions: From 'ugly duckling', via 'invisible asset' toward ontological re-framing". In Härtel, C. E. J., Zerbe, W. J. & Ashkanasy, N. M. (Eds.) *Emotions in Organizational Behavior*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc. ISBN: 0805850988. p. 11-41

Eide, D. (2007), "Knowing and Learning in-practice in service: A relational and collective accomplishment", doctoral thesis, Tromsø University, ISV, ISBN 978-82-91636-57-3

Eide, D. & Lindberg, F. (2006), "På søk etter brudd i organisasjons- og konsumentforskning - konsistens ifølge ontologisk hermeneutikk". In Nyeng & Wennes, (Eds.), "*Tall, tolkning og tvil*". Cappelens Forlag.

Engelbrecht, S. (2005), Motivation and Burnout in Human Service Work - The Case of Midwifery in Denmark , Phd avhandling, Faculty of Psychology, Philosophy and Science Studies, Roskilde University

Flyvbjerg, B (1991a), "**Rationalitet og magt: Bind I. Det konkrete videnskab**", Odense: Akademisk

Forlag

Flyvbjerg, B (1991b), "**Rationalitet og magt: Bind II. Et case-baseret studie af planlægning, politik og modernitet**", Odense: Akademisk Forlag

Frankl, E.V (1994). Vilje til mening.

Fromm, E. (1992), "At have eller at være", Copenhagen: Hans Reitzels Forlag A/S

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

Hammersley, M. and Atkinson, P. (1983), "**Ethnography. Principles in Practice**", London: Routledge

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

Henriksen, J. (2007 5 oktober), "Statsbudsjettet: 20 millioner til forskning på sykefravær", Dagens Medisin, <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2007/10/05/statsbudsjettet-20-million/index.xml> , nedlastet 10 oktober

Holland, J.L. (1985). Making vocational Choices

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

Langslet, G.J. (2000), "LØFT: Løsningsfokusert tilnærming til organisasjonsutvikling, ledelsesutvikling og konfliktløsning", Oslo: Ad Notam Gyldendal

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

Nordenfeldt, ?, (2001)

Nicolini, D., Gherardi, S. and Yanow, D. (2003), "Introduction: Toward a Practice-Based View of Knowing and Learning in Organizations", in Nicolini, Gherardi and Yanow, Eds., **Knowing in Organizations. A practice-Based Approach**, New York: M.E.Sharp

Olsen, K.M. (2007), "Søkelys på arbeidslivet", 24 (1), xxx-xxx. ISSN 0800-6199, Institutt for samfunnsforskning

Pettigrew, A.M. (1990), Longitudinal field research on change: theory and practice
Pettigrew, A.M. (1997), "What is processual analysis"

Polkinghorne, D.E. (1988), "**Narrative knowing and the human sciences**", Albany: State University of New York Press

Prus, R. (1996), Symbolic Interaction and Ethnographic research

Roness, A. & Matthiesen, S (2002). Utbrent? Krevende jobber - Gode liv?

Tsoukas, H. og Chia, R. (2002), On organizational becoming: Rethinking organizational change

Stortingsmelding nr. 9, 2006-7

Ventegodt, Søren (1996). Arbejdslivskvalitet

Weick, K.E. (1995), Sensemaking in Organizations

Åsvang, G.B. (2007a), notat...

Åsvang, G.B. (2007a), notat...