

Regelstyrt offentlig etat i endring - ansattes kompetanse på helsefremmende arbeid

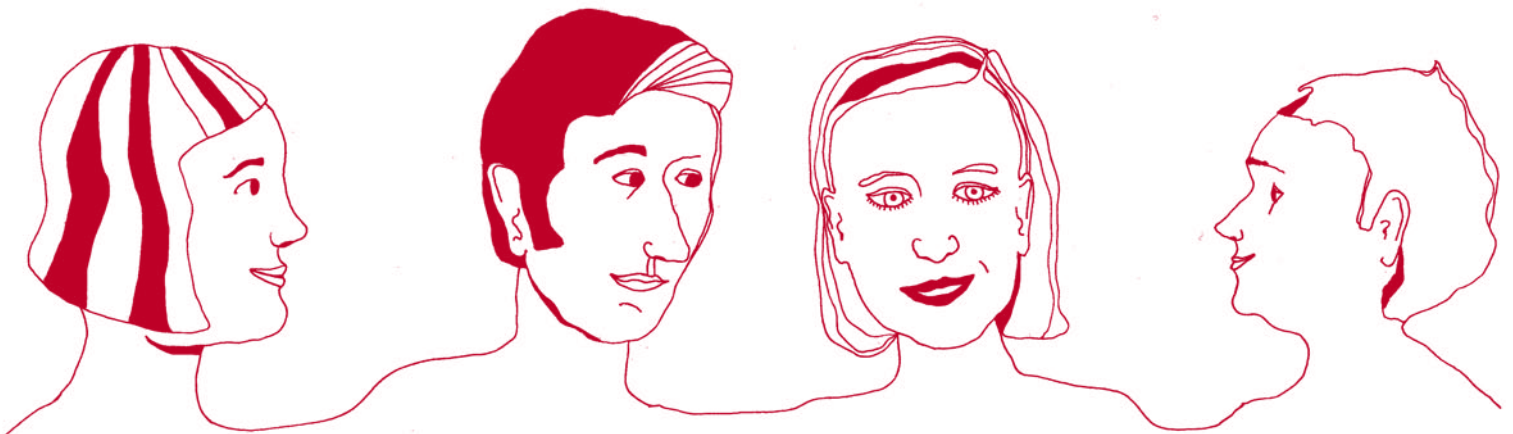
En utfordring for trygdeetatens ansatte for å oppnå suksess i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv etter "IA-avtalen"

Merete Andrea Risan

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:20



Regelstyrt offentlig etat i endring - ansattes kompetanse på helsefremmende arbeid. - En utfordring for trygde-
etatens ansatte for å oppnå suksess i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv etter "IA-avtalen".

© Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

ISSN 1104-5701

ISBN 91-7997-107-5



Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel ”Regelstyrt offentlig etat i endring – ansattes kompetanse på helsefremmende arbeid.” - En utfordring for trygdeetatens ansatte for å oppnå suksess i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv etter ”IA-avtalen”.				
Författare Merete Andrea Risan				
Författarens befattning och adress Rådgiver, Trygdeetaten i Buskerud Postboks 3630 N – 3007 Drammen				
Datum då oppsatsen godkändes 2005-06-01			Handledare NHV/extern Bengt Lindstrøm, universitetslektor, NHV Anne Inga Hilsen, forsker, AFI, Arbeidsforsknings- instituttet,	
Antal sidor 56	Språk – oppsats norsk	Språk – sammanfattning Norsk /engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-107-5

Sammanfattning Avhandlingens formål var en kompetansekartlegging av helsefremmende tilnærming i kontakten med brukere og bedrifter for ansatte i trygdeetaten i Norge. Etaten er en regelstyrt offentlig organisasjon i endring. Ved innføringen av ”Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv”(IA-avtalen), fikk trygdeetaten tildelt ansvaret for å bistå virksomheter i privat og offentlig sektor med implementering av målsettingen om et inkluderende arbeidsliv. Arbeidslivssentre ble etablert og rådgivere ansatt. I studien inngikk en spørreundersøkelse besvart av 25 rådgivere. Kommentarer i åpne spørsmål ble analysert med kvalitativ metodikk. Oppgaven belyser utfordringen med å implementere helsefremmende holdninger og metoder blant ansatte i en regelstyrt offentlig etat som trygdeetaten. Kartlegging og tolkning avdekker rådgivernes manglende kunnskaper om folkehelsearbeid. De har liten oversikt over sammenhenger mellom disse teorier/metoder og bistanden til bedrifter/brukere for å oppnå et mer inkluderende arbeidsliv. En spesiell utfordring ser ut til å være trygdefunksjonærenes holdninger til helse og sykdom. Begrensninger, årsaker og diagnoser har tradisjonelt et sterkt fokus. Det synes å være mindre bevissthet på helse som ressurs og betydningen av medvirkning/empowerment. Det ser også ut til å være et stort behov for mer kunnskaper om salutogenesis, dvs. betydning av opplevelse av sammenheng, mestring og trivsel på tross av sykdom og begrensninger.
Nyckelord Inkluderende arbeidsliv, helsefremmende arbeidsplasser, salutogenesis, empowerment, medvirkning, sykefravær



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay Managing Change in a strictly traditional Public Organization –Employees knowledge on Health promotion. - A challenge for the employees of The National Insurance Service to gain success in their work with a more Inclusive Workplace after the Tripartite agreement on a more inclusive workplace.”				
Author Merete Andrea Risan				
Author's position and address Adviser, The National Insurance Service in Buskerud Postboks 3630 N – 3007 Drammen				
Date of approval 2005-06.01		Supervisor NHV/External Bengt Lindstrøm, Senior Lecture, NHV Anne Inga Hilsen, Senior Researcher, AFI, Arbeidsforsknings-instituttet,		
No of pages 56	Language – essay Norwegian	Language – abstract Norwegian/ English	ISSN-no 1104-5701	ISBN-no 91-7997-107-5

Abstract

The aim of this study was to evaluate the employees of the Norwegian National Insurance Service, NIS, in their knowledge and experience on health promotion. NIS is a strictly traditional Public Organization ongoing managing change with the newly introduced reform “Tripartite agreement on a more inclusive workplace”. On behalf of the Government, the NIS has got the responsibility of assisting and supervising the Private and Public Organizations to improve and reach the aims set in the agreement. The National Insurance Services Workplace Centres were established and advisers were employed.

This study includes questionnaires answered by 25 advisers. Data, specific from comments in open ended-questions were analyzed by qualitative methods. The study shows the challenge of implementing attitudes and methods on Health Promotion in a strictly traditional Public Organization like NIS.

Analyzing the data shows a lack of knowledge in the advisers competence on Public Health theories and methods. They do not use elements of Health Promotion towards leaders and clients in private and public Enterprises in their supervising on “Inclusive Workplace”. A special challenge seemed to be the advisers own attitude towards health and disease

As a result of the analyses, recommendations for the employees/advisers of NIS are the need of more knowledge on Health Promotion, Empowerment and Salutogenesis.

Key words

Inclusive Workplace, Workplace Health Promotion, Salutogenesis, Empowerment, participation/employee involvement, sickness absence

” Regelstyrt offentlig etat i endring – ansattes kompetanse på helsefremmende arbeid”

- En utfordring for trygdeetatens ansatte for å oppnå suksess i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv etter ”IA-avtalen”

Merete Andrea Risan Rådgiver Trygdeetaten i Buskerud postboks 3630 N-3007 Drammen 0047 32 20 37 00	 Kirkebakken 3 3040 Drammen Norge Tlf. 0047 906 81 200 me-risa@online.no
--	--

Forord

Etter flere år med tradisjonelt sykdomsforebyggende og risikobasert rådgivningsarbeid innen personal, helse, miljø og sikkerhet (HMS), ble jeg introdusert for ideologier, teorier og metoder for helsefremmende- og forebyggende arbeid.

Endringen startet i 1998 da jeg ble kjent med ulike folkehelseprogram og konseptet helsefremmende arbeidsplasser som trainee i EU-kommisjonens helseforebyggende enhet i Luxembourg, den gang DGV F3. Det inspirerte til et nordisk kurs med tema ”Sunnhets pedagogikk” og resulterte i videreutdanning på Nordiska Høgskolan for folkehelsevetenskap (NHV) Gøteborg.

Teoriene som engasjerte mest var det som ”ga helse og god livskvalitet”, salutogenes, etter forsker Aron Antonovsky og ”dugnadsånden” fra empowerment med pionerene Freire og Rappaport. Metodene som spesielt inspirerte var løsningsfokuserete tilnærminger til bruk innenfor arbeidsliv og i arbeidsmiljøarbeidet.

Nye kunnskaper ga meg endrede oppfatninger av sykdom, helse og suksessfaktorer. Fokuset ble satt på det friske og mulighetene i stede for det syke og begrensningene. Interessen ble vekket for mekanismer og teorier som påvirker arbeidsmiljø og gir effekter som helsefremmende ledelse, betydningsfulle ansatte, lavere sykefravær og økt arbeidsglede.

En spesiell utfordring kom via ledelsen og de ansatte i Nedre Eiker kommune. Jeg fikk tillit og muligheter til å prøve ut teorier og metoder som prosjektleder i Friskprosjektet (2001). Det var en spennende periode med flere samarbeidspartnere i en utfordrende virksomhet.

Kompetansen på området ga meg annen forståelse og nye innfallsvinkler for min neste jobb som bedriftsrådgiver i trygdeetatens arbeidslivssenter, Senter for inkluderende arbeidsliv, Det interne samarbeidet i trygdeetaten med ulike oppfatninger og håndtering av situasjonene, i forbindelse med arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) og sykefravær gjorde meg bevisst på hvor vanskelig det er å integrere helsefremmende holdninger og metoder inn blant ansatte i en så regelstyrt offentlig virksomhet. Dette ble ytterligere forsterket da jeg fortsatte som rådgiver i et internt prosjekt innenfor et annet ansvarsområde, i prosjektet Tilbake til arbeid.

Utfordringen lokket så mye at jeg valgte problemstillingen til min masteravhandling, Master of Public Health, v/ NHV.

Drammen 30.3.05

MERETE ANDREA RISAN

1. Innhold

1. Innhold	
2. Introduksjon	s. 3
2.1 Innledning	s. 3
2.2 Bakgrunn	s. 4
2.2.1 Sykefravær og helsefremmende arbeidsplasser	s. 4
2.2.2 Inkluderende arbeidsliv	s. 5
2.2.3 IA: roller og ansvar i trygdeetaten	s. 6
2.2.4 Inkluderende arbeidsliv som en innovasjon	s. 7
2.3 Teori	s. 7
2.3.1 Begrepet helse	s. 8
2.3.2 Helsefremmende arbeid	s.12
2.3.3 Helsefremmende prosesser på arbeidsplass og arbeidsmiljø	s.14
2.3.4 Helsefremmende arbeidsplasser (HeFA)	s.16
2.3.5 Empowerment	s.17
2.3.6 Salutogenesis	s.19
2.3.7 Empowerment - salutogenesis, tilnærming og sammenheng	s.20
2.3.8 Den vanskelige medvirkningen	s.21
3. Problemstilling	s.24
4. Metode	s.25
4.1 Kvalitativ metodebeskrivelse	s.26
4.2 Forskning i eget felt	s.29
4.3 Spørreundersøkelse	s.29
4.4 Gjennomføring	s.30
4.5 Etske overvegninger	s.30
5. Resultater	s.31
5.1 Vurdering av spørreundersøkelsen	s.31
5.2 Kvalitative analyse av kommentarene	s.32
5.3 Tilnærming med Narrative Policy Analysis	s.33
6. Diskusjon	s.35
6.1 Spørreundersøkelsen – diskusjon av funn	s.35
6.2 Diskusjon mot problemstilling	s.37
7. Konklusjon	s.39
8. Takk til	s.42
9. Referanseliste	s.43
10. Vedlegg	s.46

2. Introduksjon

2.1 Innledning

Samfunnet generelt og trygdeetaten spesielt er i endring. Alt taler for at medvirkning får større og større betydning for arbeidslivet fremover. I en gjennomgang av arbeidslivsforskning i statlig sektor fra 1970-1996 i forhold til betydningen av medvirkning, fant Berg (1998) at kompetanseutvikling, kvalitetsutvikling, fornyelsesevne og helsefremmende arbeidsplasser i et støttende arbeidsmiljø er avhengige av positive og selvstendige arbeidstakere som deltar aktivt i virksomhetens prosesser. Større grad av medvirkning gjør at ansatte opplever å være mer betydningsfulle med økt engasjement og arbeids glede (Berg 1998, p.10). Endring og utvikling sett i lys av medvirkning er meget relevant for trygdeetaten. Regjeringen har som følge av et rekordhøyt sykefravær, vedtatt reformen: ”Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv” fra 2001(IA-avtalen). Trygdeetaten ble valgt til den utøvende myndighet med 19 nye Arbeidslivssentre og ca 300 nyansatte rådgivere. Etaten står ovenfor store og krevende utfordringer i arbeidet med en samlet serviceenhet for både individ og arbeidsliv. Enkeltpersoner, det vil si befolkningen, skal ha service i forbindelse med sine trygderettigheter. Trygdeansatte skal samtidig samarbeide internt og utføre et utadrettet arbeid i forbindelse med inkluderende arbeidsliv for virksomheter, ledere, arbeidstakere, sykmeldte og personer med nedsatt funksjonsevne.

Masteroppgavens problemstilling er:

”Hva er utfordringen med å implementere helsefremmende holdninger og metoder blant ansatte i en regelstyrt offentlig etat som trygdeetaten”.

Den er valgt på bakgrunn av interessen for den utfordringen det er å implementere holdninger og metoder for helsefremmende - og forebyggende arbeid inn i en stor offentlig etat hvor man følger tradisjonelle hierarkiske prinsipper og har en spesialisert arbeidsinndeling. Erfaringene viser at det ofte er slik at det indre livet i virksomheten selv avspeiler servicen og holdningene kundene blir møtt med. En offentlig etat som gir veiledning til arbeidsgivere samt står for direkte klientkontakt, saksbehandling, vedtak og utbetalinger til syke og mindre ressurssterke individer, har større sjanser til å lykkes dersom den har ansatte med helsefremmende holdninger og kompetanse på løsningsfokuset tilnærming. Det er vanskelig å se hvordan saksbehandlere og rådgivere skal kunne veilede syke og evt. deres ledere til å tenke aktivitet, tilrettelegging, restarbeidsevne, mestring og helse, dersom fokuset bare er på diagnose og sykdommens begrensninger.

I følge Ottowacharteret (1986 i Mæland 1999, p.71) er det tre hovedstrategier for det helsefremmende arbeidet: enabling (sette folk og grupper i stand til), advocacy/lobbying (politisk påvirkning og befolkningsmobilisering) og mediating (skape arenaer for samarbeidsrelasjoner). Det må presiseres at oppgaven er sett og skrevet av en praktiker som har fokuset i sistnevnte strategi. Et personlig engasjement er å knytte sammen gode krefter fra ulike arenaer på tvers av sektorer i formidlingen av en salutogen tilnærming til helse i arbeidet med inkluderende arbeidsliv i Norge. Det

innebærer en aktiv rolle som forandringsagent, hvor involverte parter påvirkes til å endre vante måter å tenke og arbeide på.

2.2 Bakgrunn

For å kunne gi en bakgrunn for valg av tema i oppgaven, er det nødvendig å beskrive hovedutfordringen: **det økende sykefraværet**.

Kapittelet vil først omhandle sykefravær på det nasjonale plan og deretter trekke det inn i et europeisk perspektiv. Helsefremmende arbeidsplasser med konseptet HeFA er en sentral del av dette bildet. Så omtales inkluderende arbeidsliv (IA), etableringen av trygdeetatens arbeidslivssentra, deres kompetanseutvikling og samarbeidet mellom rådgiverne her og saksbehandlere på trygdekontorene.

2.2.1 Sykefravær og helsefremmende arbeidsplasser

Sykefraværet vies for tiden mye oppmerksomhet både blant politikere, i fagmiljøer og i media. Geir Riise i Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) påpeker at mens sykefraværet og uførepensjonering øker i Norge, har aldri folkehelsen vært bedre med lengre levealder, mer folkeopplysning, et utall aktivitetstilbud, styrket økonomi og fravær av epidemier. Sykefraværet i landet har ifølge tall fra Rikstrygdeverket, vist en markant økning i siste ti-årsperiode. Registrerte nasjonale tall er for årene 2003: 8,2%, 2002: 7,8% og 2001: 7,4% (beregnet ut fra kvartalsvise tall).

Forskningsprosjekter er tidvis satt inn for evaluering av årsakssammenhenger og tiltaks anbefalinger for å kunne redusere sykefraværet. Generelt sett har man funnet at dårlig fysisk arbeidsmiljø og begrensede muligheter for å tilrettelegge egen arbeidssituasjon, gir utslag på fraværstatistikken (Nyrtrø 1997, p.14). Entydige resultater i form av reduksjon i større skala har vanskelig latt seg påvise. I følge en forskningsrapport omhandlende suksessfulle sykefraværestiltak i kommunal sektor, kan det tolkes slik at problemstillingen er multifaktoriell (Torvatn & Vedi 1999).

I europeisk sammenheng vil problemstillingen med sykefravær og arbeidsmiljø bli berørt av konseptet HeFA, eller "Workplace Health Promotion" (WHP) fra WHO's statement on healthy workplaces (1997). EU-nettverket "European Network of Workplace Health Promotion (ENWHP) ble etablert med formål å arbeide mot visjonen "Healthy People in Healthy Organizations" (www.enwhp.org).

Nettverket benytter konsensusdokumentet "Luxembourgdeklarasjonen"(1997) fra artikkel 129, no 645/96/EC som guidelines for arbeidet. En nasjonal tilpassning kom i 2002 med "Lillestrøm-erklæringen" (Statens arbeidsmiljøinstitutt).

På begynnelsen av 90-tallet var sykefraværet økende og kvalifiserte som tidligere nevnt for tiltak fra det offentlige. Konjunktorene i arbeidsmarkedet endret seg med økende ledighet mot midten av 90-tallet. Arbeidstakere var redd for å miste jobbene sine og sykefraværet gikk noe ned, for så å øke foruroligende når det igjen ble mangel på arbeidskraft.

Starttidspunktet for milepæler i samfunnsutviklingen er aldri lett å definere, men det er naturlig å trekke bakgrunnen for etableringen av IA-avtalen tilbake til

”Attføringsmeldinga” (Stortingsmeld.nr.39 1991-1992). Ordet attføring kan erstattes med rehabilitering, og meldinga omhandlet strategier for å motvirke utstøtningen og utestengning av yrkeshemmende fra arbeidslivet. Den inkluderte større organisatoriske og økonomiske endringer i arbeidsmarkedsetaten (aetat) og trygdeetaten i forhold til rehabilitering. En direkte konsekvens av dette og for å følge opp og håndtere de nye ordningene, ble Arbeidslivstjenesten (ALT) etablert som et landsdekkende 4 årig prosjekt med fylkesvise enheter organisert under aetat. Rammer, retningslinjer og nye samarbeidsformer i arbeidet fortsatte etter politisk godkjenning av ”Velferdsmeldinga” (Stortings meld.nr.35 1994-1995). Meldinga omhandlet satsningen på aktiv tilbakeføring til ordinært arbeid i stede for overgang til varige passive trygdeytelser. ALT var forløperen og erfaringsgrunnlaget i oppstarten for trygdeetatens arbeidslivssenter. Ca 80 konsulenter derifra ble også de første ressurspersonene i senterne da trygdeetaten etter politisk vedtak formelt overtok arbeidstakerne i enheten ALT 31.12.2001.

Tidlig i 1999 nedsatte Regjeringen en komite’ som skulle vurdere nye strategier og aktuelle virkemidler for å bekjempe det økende sykefraværet i arbeidslivet. Det såkalte ”Sandman-utvalget” med politiker og rådmann Mats Sandman som leder, ble etablert. Utredningen ble lagt frem som en norsk offentlig utredning, (NOU 2000:27), omhandlet og introduserte begrepet IA.

Kostnadene til sykepengeutbetalinger og de samfunnsøkonomiske konsekvensene påvirket Regjeringen til å utrede og vedta Stortings proposisjon nr.1, tillegg nr.1 2001-2002, også kalt IA-avtalen. Trygdeetatens arbeidslivssenter ble opprettet som myndighetenes verktøy for å understøtte avtalen.

2.2.2 Inkluderende arbeidsliv

Trygdeetatens arbeidslivssenter ble etablert som fylkesvise enheter i trygdeetaten 1.1.2002 etter at Regjeringen i oktober 2001 vedtok IA-avtalen. Den politiske styringen ble lagt til Arbeids- og administrasjonsministeren og Sosialministeren i samarbeide (fra juni 2004 slått sammen til ett departement). Som øverste styringsorgan står partene bak IA-avtalen. Prosjektet for inkluderende arbeidsliv i Rikstrygdeverket står som den utøvende myndighet.

Partene i arbeidslivet med NHO og Landsorganisasjonen (LO) i spissen underskrev avtalen. På vegne av sine organisasjoner signerte lederne seg derved til et forpliktende samarbeid om et mer inkluderende arbeidsliv.

IA-avtalen inneholder følgende tre delmål:

- 1) Sykefraværet skal reduseres med minst 20 prosent.
- 2) Flere med redusert funksjonsevne skal komme i arbeid
- 3) Den reelle pensjoneringsalderen skal økes.

Figur 1. IA-avtalen's delmål

2.2.3 IA, roller og ansvar i trygdeetaten

Trygdeetaten har på vegne av myndighetene, fått tildelt et ansvar for å kunne bistå virksomheter i privat eller offentlig sektor med å implementere målsettingen om IA. Ved undertegning av samarbeidsavtalen, blir hver virksomhet tildelt en rådgiver fra trygdeetatens arbeidslivssenter som sin kontaktperson. Ordningen med kontaktperson er at av de viktigste virkemidlene i samarbeidsavtalen. Denne rådgiveren skal bistå virksomheten i å arbeide målrettet for å nå målene i IA-avtalen.

I henhold til rolledokumentet for hele trygdeetatens IA-arbeid mot virksomhetene, (ref.nr. IA 8.1-016.1.0:mars 2004) betyr samarbeidsavtalen at IA-virksomheter skal møtes med spesielle tilbud, og at etaten har forpliktet seg til en ekstra innsats når det gjelder å gi støtte til disse virksomheter.

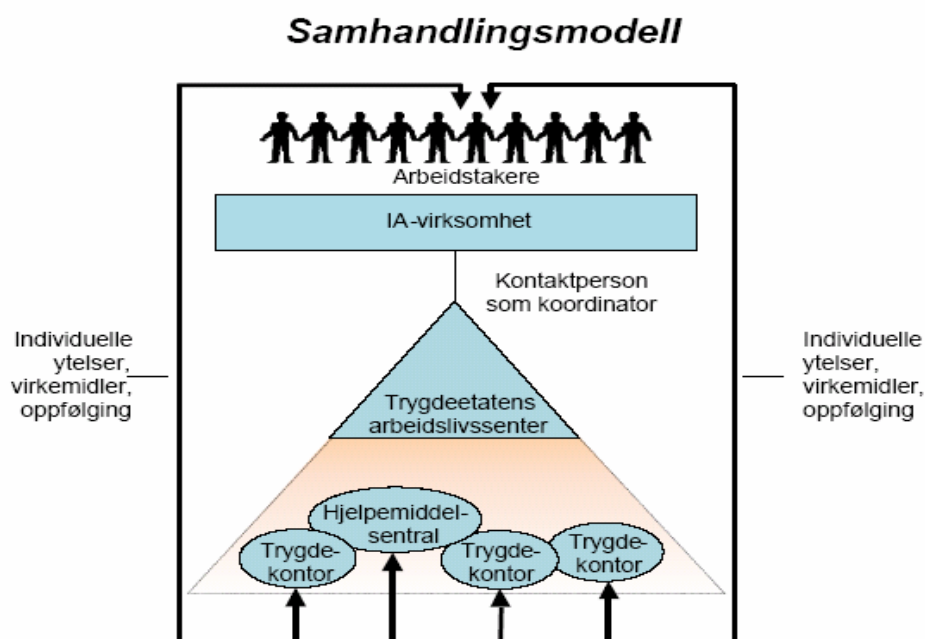
I rolledokumentets side fire defineres kontaktpersonens rolle som:

- er IA-virksomhetenes kontaktledd i trygdeetaten og representerer etaten ovenfor den enkelte IA-virksomhet
- har ansvaret for at virksomhetenes møte med etaten skjer mest mulig ubyråkratisk, og at samarbeidet blir styrt av brukers behov på en fleksibel måte
- har en koordineringsrolle innad i trygdeetaten, - både når det gjelder samarbeid om innsalg av nye avtaler og når det gjelder tjenesteutøvelse
- skal kunne trekke inn etatens øvrige kompetanse etter behov, - både fra arbeidslivssenteret, trygdekontoret og hjelpemiddelsentralen
- skal bidra til å bygge gode relasjoner mellom arbeidslivet og trygdeetaten, og at eksisterende kontakter og nettverk opprettholdes
- skal sørge for koordinering mot andre offentlige myndigheter der disse bør med i arbeidet for inkluderende arbeidsliv.

Videre i rolledokumentet er et ”*avgjørende moment at IA-virksomhetene opplever effektiv og koordinert sakshåndtering fra alle deler av trygdeetaten, og at etatsinterne rutiner ikke virker forsinkende*”. Det presiseres videre: ”*For å sikre dette, har kontaktpersonen en koordinatorrolle når det gjelder etatens tjenester til virksomheten*”. For å få dette til å fungere i praksis, er det viktig å se på kontaktpersonen som en teamkoordinator ovenfor IA-virksomhetene. Resten av teamet består av medarbeiderne fra de aktuelle trygdekontorene som er representert i virksomheten. Det skisseres en samhandlingsmodell (figur 2) hvor det står skrevet i rolledokumentet:

”*Kontaktpersonens koordineringsrolle innad i etaten bør utøves først og fremst på systemnivå, og ikke i den enkelte individsak. Dette gir kontaktpersonen mandat til å påvirke praksis også i trygdekontor og hjelpemiddelsentral, og bidra til en lærende organisasjon*”.

Siden oppstart har rådgiverne i arbeidslivssenterne fått høy prioritet i forhold til kompetanseheving og faglig påfyll. Resten av etaten trekkes også til en viss grad med. Opplæringen er organisert og arrangert sentralt fra prosjektgruppa for inkluderende arbeidsliv i Rikstrygdeverket. Målrettede tiltak for deler av trygdeetaten innenfor området inkluderende arbeidsliv, er også gjennomført. Spesielt fokus har aktivitetsprogrammet hatt med etablering av lokale team rundt utvalgte store IA-virksomheter. Det er forventet lokal oppfølging med rådgiveren på arbeidslivssenteret som koordinator og initiativtaker.



Figur 2. Samhandlingsmodell for IA-arbeid, fra RTV's rolledokument s.7.

2.2.4 Inkluderende arbeidsliv som en innovasjon

Flere forskningsmiljø har vært /er tungt inne i trygdeetaten og IA med ulike innfallsvinkler. Forskningsstiftelsen Fafo er spesielt koplet på med et omfattende følgeforskningsstudie rettet mot arbeidslivssenternes interne arbeid og rådgivernes utfordringer i forhold til bedriftene de er kontaktpersoner for. Deres siste rapport (nr.4) ble lagt ut i desember 2003, og den ble viet mye oppmerksomhet både sentralt hos politikere, i media og hos prosjektgruppa i RTV.

IA-avtalen har for alvor slått rot i Norge. Pr. 1.1.2004 var mer enn 50 % av alle sysselsatte i landet ansatt i en IA-virksomhet.

Fra forskningshold i følge Forskningsstiftelsen Fafo's rapport nr. 4 betegnes IA som en nasjonal innovasjon. IA er ingen omarbeidet og tilpasset utenlandsk modell, men kan betegnes som en innovasjon fordi den forsøker å skape en ny virkelighet i norsk arbeidsliv med bakgrunn i forskningens analyse av erfaringer og kunnskaper (Falkum i Fafo-notat 2003:18, p.5). I samme rapport henviser Falkum til egen (2003) og Holts (1977) definisjon av innovasjon.

2.3 Teori

For å kunne forklare noen av de fenomener og mekanismer som er knyttet til utfordringene i trygdeetaten i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv, vil kapittelet omhandle et utvalg relevante teorier og prinsipper. Hovedtyngden vil være hentet fra helsefremmende - og løsningsfokusert tilnærming.

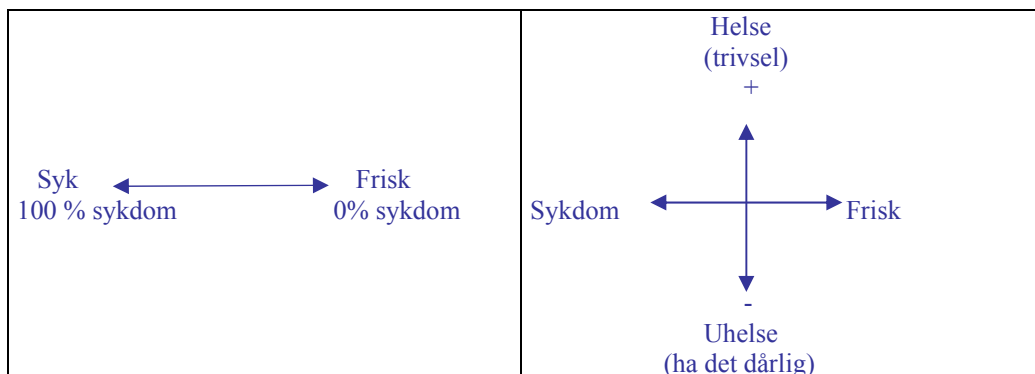
Utgangspunktet for alt arbeid i trygdeetaten er kundene, dvs. enkeltindividene som i Folketrygdloven omtales som ”medlemmet”. De er mottagere av sykepenger eller søker om ulike ytelser i forbindelse med sykdom, uførhet eller spesielle livssituasjoner. Noen er ansatt i bedrifter mens andre er uten arbeidsforhold. Som nevnt i trygdeetatens verdibok (RTV 2001): ”Publikum skal oppleve oss som en etat, uansett hvor i landet og på hvilket nivå de møter oss”.

Det mest spennende området for masteroppgaven er å fokusere på det interne samarbeidet og medvirkningen mellom trygdefunksjonærer fra forskjellige enheter. Samspillet vil stille krav til funksjonærenes positive og helsefremmende holdninger, samarbeidsevne og engasjement /motivasjon for aktivitet. Det vil være helt avgjørende i møtet med kundene at folk med redusert funksjonsevne eller sykdom skal se på seg selv som ”friske nok for livet”. – Også en boktittel på samling av case (Skavland 2002). I oppgaven er det spesielt interessant å se på medvirkning og endringsvilje i en regelstyrt offentlig organisasjon under omstilling. To grupper ansatte får spesielt fokus; rådgiverne på Arbeidslivssenteret og saksbehandlerne på trygdekontorets helseakse. Et meget interessant fokus er også hvordan de interne holdningene og kunnskapene kan fremme eller hemme samarbeidet om hovedmålet: **Et mer inkluderende arbeidsliv**. Begreper, ideologier, prinsipper og teorier som blir beskrevet nærmere er: Helse, helsefremmende arbeid, helsefremmende arbeidsplasser, empowerment, medvirkning, salutogenese m.fl.

2.3.1 Begrepet helse

Før helse defineres, må det gis et kort historisk tilbakeblikk på internasjonale milepæler. WHO utformet en definisjon av helse i sitt Konstitusjonsdokument fra 1948 (www.who.int). Lalonde-rapporten kom i 1974 og hadde et sterkt fokus på forebygging av det som senere ble kalt livsstilssykdommer. Alma-Ata konferansen i 1978 var et vendepunkt hvor det i regi av WHO ble vedtatt en resolusjon om helse for alle. Den ble fulgt opp i 1985 med en felles strategi for det helsefremmende arbeidet med ”Health for All 2000”. I 1986 ble WHO’s første ”Health Promotion Conference” avholdt i Ottawa i Canada, og ”Ottawacharter for Health Promotion” (1986) ble utformet. Ottawacharteret ble grunnleggende og styrende for forebyggende helsepolitikk både nasjonalt og internasjonalt. I Norge er NOU 1991:10, Stortingsmelding nr. 37 (1992-93) og NOU 1998:18 direkte resultater av charteret (Hauge 2003).

Teorier for helsefremmende arbeid kan vanskelig beskrives uten først å definere helsebegrepet. I følge den berømte engelske National Encyclopedia kommer health blant annet fra wholeness. På svensk /norsk kan ordet helse være utledet av hel og hell/lykke. En relevant observasjon er den direkte oversettelsen av ordet helse på flere språk. Ordet og betydningen har ingen relasjon til ordet sykdom verken på gresk, engelsk, germansk, latin eller hebraisk. Vi i Skandinavia har en almen oppfattelse av at helse og sykdom er motpoler på samme kontinuum (Medin & Alexanderson, 2000, p.37).



Figur 3. Sammenheng mellom helse og sykdom. Omarbeidet modell hentet fra Menchel & Østerblom, 2000 figur s.19 "Tibblins koordinat", etter Eriksson K. (1984).

Figur 3 viser i venstre rute den tradisjonelle måten å tolke sammenhengen mellom helse og sykdom. De er direkte avhengige av hverandre som motpoler. Slik det ser ut definerer trykdeetaten helse og sykdom med sykmeldingsblanketter der legen angir grad av syk i prosent, eksempel 100% eller 50%. I ruten til høyre er det i tillegg en parameter for den individuelle opplevelse av situasjonen uavhengig om man har en sykdom eller ikke. Til tross for en alvorlig sykdom med en diagnose, kan personen beskrive høy grad av trivsel, ha et godt liv og oppgi god helse. Samtidig kan en person uten sykdom/diagnose beskrive å ha det dårlig og være veldig syk.

Grunnmuren i alt helsearbeid i moderne tid er WHO's helsedefinisjon fra 1948: "Helse er en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosial velbefinnende og ikke bare fravær av sykdom og handikap".

Et tillegg i definisjonen av helse ble gjort av WHO's generalsekretær, Mahler, som inkluderte den åndelige og spirituelle dimensjon (1989). I "Health for All", ble definisjonen noe avdempet og mer beskrevet som evnen til å kunne leve et økonomisk og sosialt produktivt liv (Mæland 1999, p.26). Til tross for utvidelsen av helsebegrepet, står fremdeles helse i dikotomi til sykdom. Et flertall kritikere mener at WHO's helsebegrep beskriver en idealtilstand som aldri kan nås og dessuten er absolutt. Dette synet får stor betydning for retningen på folkehelsearbeidet videre med utvikling av teorier og strategier i et tverrvitenskapelig forum (Lindstrøm 1996). Her vokser de dynamiske helseteoriene fram til for eksempel Antonovsky's salutogenese (1979, 1987). I Norden er Phørn og Nordenfeldt de ledende, representert ved Lennart Nordenfeldt's definisjon på helse fra boka "Livskvalitet og helse": "å ha tilstrekkelig med ressurser for å virkeliggjøre sine vitale livsmål" (1991 i Menchel & Østerblom 2000, p.18). Peter Hjort har en beskrivende definisjon fra et seminar: "God helse er å ha overskudd i forhold til hverdagens krav" (1996 i Mæland 1999).

I avhandlingen velges det å benytte en litteraturstudie, metastudie av Medin og Alexanderson (2000) som en vesentlig referanse i forhold til tolkningen av

helsebegrepet. Forfatterne har gransket 92 publikasjoner om helse og 108 om helsefremmende. Sammenlagt databasesøk på henholdsvis 6 350 og 7 514 titler.

For å kunne beskrive hvorfor det er så mange oppfatninger av hva helse er og betyr både for fagfolk og den vanlige mannen i gata, er det nødvendig å betrakte hvilke grunnsyn som ligger bak. Noen vil tolke helse som en tilstand med fravær av sykdom i en eller annen grad. Andre mener helse er en lykketilstand. De fleste har en oppfatning av at helse har med livskvalitet å gjøre. Trygdeetatens rådgivere eller saksbehandlere vil handle forskjellig overfor sine kunder avhengig av hva den enkelte legger i helsebegrepet og eventuelt hvilket utgangspunkt de har fra sin utdanning, kunnskapsnivå og erfaringsbakgrunn. De ulike utgangspunktene vil betraktes ved å presentere systematiseringen av helsebegrepene i studien til Medin og Alexanderson (2000). De ulike omtalene av helsebegrep fra artikler og publikasjoner ble sortert i to teoretiske hovedretninger): Biomedisinske (1) som beskriver helse som en motpol til sykdom. Humanistiske (2) som beskriver flere syn på helse og sykdom som to dimensjoner med ulike sammenhenger.

<i>Biomedisinske</i>	<i>Deler av begge</i>	<i>Humanistiske</i>
Atomistisk-biologisk /mekanistisk retning Biostatistisk retning	Psykosomatisk retning Homeostatisk retning Behavioristisk retning	Holistisk retning Økologisk retning Teleologisk retning Salutogen retning

Figur 4. Oversiktsbilde; helseorienteringer, omarbeidet etter Medin & Alexanderson, 2000, figur s.40

Figur 4 med oversikt over helseorienteringer er en teoretisk og omfattende oversikt (Medin & Alexanderson figur 2.2). For å se en sammenheng i forhold til trygdeetaten og få en bedre forståelse av hva som ligger bak begrepene, plukkes ut og beskrives en retning fra hver av hovedgruppene. Deler av disse retninger benyttes senere i beskrivelser og argumentasjon. I forhold til trygdefunksjonærenes tilnærming til IA for å motivere og styrke personer som står i fare for fravær og frafall fra arbeidslivet, blir salutogenesen omtalt som en sentral retning. Det fordi fokuset for å lykkes i å komme tilbake til arbeid er på ressurser og muligheter og enkeltindividenes opplevelse av sammenheng tross sykdom og begrensninger.

I figur 5 beskrives to utvalgte hovedretninger nærmere.

<i>Teoretisk retning</i>	<i>Helsebegrep</i>	<i>Grunntanke</i>
<p>1) ATOMISTISK – BIOLOGISK/ MEKANISTISK tilnærming</p> <p>Teoretikere: Descartes, Kant, de La Mettrier, Doyal & Doyal m.fl.</p> <p>Utgangspunkt: Filosofi og naturvitenskap</p>	<p>Helse foreligger når alle deler av kroppen fungerer ut ifra hva som ansees å være normalt.</p>	<p>Kroppen er et mekanisk system og alle livsbetingende funksjoner må forstås som et maskineri i arbeid.</p> <p>Nøkkelbegrep: Dualisme mellom kropp og sjel, mekaniske naturlover.</p>
<p>2) SALUTOGEN tilnærming</p> <p>Teoretikere: Antonovsky</p> <p>Utgangspunkt: Medisinsk sosiologi</p>	<p>Helse fremkommer og oppnår man når individet har en opplevelse av sammenheng, SOC (Sense Of Coherence). Individene har generelle motstandsressurser, GRR (Generell Resistance Resources).</p>	<p>Helse og uhelse er ikke motpolarer, men sees på som en kontineum. Et helhetssyn på mennesket: Helse er avhengig av hvordan individet mestrer omverdenen. Fokus på hva som forårsaker helse (salutogenes) istedet for hva som forårsaker sykdom (patogenes).</p> <p>Nøkkelbegrep: begripelighet, håndterbarhet, meningsfullhet.</p>

Figur 5. Utvalgte teoretiske retninger av helse, utplukk fra Medin & Alexanderson 2000, Figur s.41.

En enklere klassifisering av helse, kan være å gruppere etter hva det oppleves som. Overnevnte metastudie sorterte i følgende fire kategorier:

- 1) Helse som en tilstand (diagnose, frisk ----- syk).
- 2) Helse som en opplevelse (forstå meningen med livet på tross av).
- 3) Helse som en ressurs (en energireserve, nå målet om velbefinnende).
- 4) Helse som en prosess (foranderlig og påvirkbart - miljø og mennesker).

Med en slik gruppering, kan trygdefunksjonæren enklere være i stand til å identifisere hva helse er for kundene /individene i deres spesielle situasjon, og hvordan de kan være med å bidra til en oppnåelse ut fra kundenes ståsted. I noen sammenhenger vil mangel på helse være en sykdomsdiagnose som utløser ytelser som gir kunden/individene et bedre liv med en annen økonomisk plattform. Med nødvendig oppfølging og tilrettelegging, kan arbeidsgiver være med på å gi kunden/individene en positiv livssituasjon på tross av alvorlig sykdom, lidelse eller handikap. I andre sammenheng kan saksbehandlers veiledning føre til at helse både kan være en ressurs og en del av en motivasjonsprosess for at kundene/ individene. Dette kan bidra til at den enkelte lettere kan endre sin livssituasjon ved selv å ta tak.

Det er signaler på en nyorientering i synet på helse og samfunnets innsats for helse, så tydelige at man fremover kan snakket om ett paradigmeskifte fra forebygging av sykdom **til styrking av helse**. Det er meget interessant for det helsefremmende arbeidet. Begrunnelse for denne påstanden finnes i målbeskrivningen for Europaregionen i ”Helse for alle” i mål 18:

” Innen år 2010 bør alle medlemsstater ha forsikret seg om at profesjonene innenfor helse- og helsevesen og i andre samfunnssektorer, har fått tilstrekkelige kunnskaper om og tilegnet seg en positiv tilnærming til helsearbeidet samt utviklet ferdigheter i forhold til å verne og fremme helsen ” (1998 i Medin & Alexanderson 2000, p.13).

For trygdeetaten som en del av *andre samfunnssektorer*, er det meget interessant å kunne definere hva som legges i begrepene *tilstrekkelige kunnskaper* og *positiv tilnærming til helsearbeidet*. Etaten har tradisjonelt stelt mer med å dokumentere diagnoser. I saksbehandlingen av vedtak har det vært mer fokus på at brukerne er syke nok for å ha rettigheter til de offentlige ytelsene man forvalter. Det er et paradoks i denne sammenheng hvor man skal stimulere til helse og muligheter på tross av sykdom. Ved utgangen av 2005, vil det bli meget interessant å se hvor etaten er i denne prosessen i forhold til mål 18 i EU’s ”Helse for alle” (1998). Det er halvvegs til 2010, men også ved slutten av prosjektperiode i forbindelse med det fireårige nasjonale prosjektet Inkluderende arbeidsliv.

2.3.2 Helsefremmende arbeid

Sykdomsforebyggende arbeid, også bare kalt forebyggende, konsentrere seg om å fjerne eller redusere risikofaktorer for skade, sykdom eller død. Helsefremmende arbeid dreier seg om å styrke helsen. Det er bruk av positive holdninger, mestringsfokus, bevissthet om ressurser og reell medvirkning fra de grupper man ønsker å rette sin innsats mot. Ideene bak helsefremmende arbeid er ikke nye, men den første internasjonale strategi for slikt arbeid kom med Ottawa-charteret (1986).

I Ottawacharteret defineres helsefremmende arbeid som: *”Proessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse.”* I følge Mæland som beskriver charteret i sin bok (1999, p.64), skapes og utvikles helse i hverdagslivet. At folk selv er villige til å gjøre noe, er en viktig forutsetning i det helsefremmende arbeidet. Motivasjon er et viktig element.

Dette skaper utfordringer for rådgiverne i trygdeetatens arbeidslivssenter i arbeidet med et forsterket IA. Deres kunder og målgruppe for bistand er i hovedsak en personalansvarlig leder i bedriftene (IA-virksomhetene). Hvordan skal rådgiverne få til en mobilisering i bedriftene via kontaktperson, slik at arbeidstakerne blir motivert til å ta tak og stille krav til arbeidsgiver ut i fra sin situasjon? Hva må til for at de skal få ledernes fokus med bedrifts-, produkt- og personalutvikling ut ifra medarbeidernes forutsetninger, ressurser og behov? Rådgiverne må aktivt informere, introdusere og påvirke deres IA-kontakter til implementering av verktøy basert på løsningsfokustert tilnærming, medvirkning og prosessjobbing med holdningsendringer som resultat. Et viktig element for å lykkes er samhandling med saksbehandlerne på trygdekontorene. Disse har direkte kontakt med sykmeldte ansatte i IA-virksomhetene. Fokuset på reduksjon av sykefravær må dempes slik at helse og mestring kan få større innpass. De to andre delmålene i IA-avtalen kan synes å ha blitt tilgodesett med lite oppmerksomhet og ressurser.

Hanson (2004, p.74) trekker i sin bok "Helsepromotion i arbeidslivet", spesielt frem at charteret definerer "fremjande av helse som en ressurs".

I charteret s.5 står følgende:

"Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Good health is a major resource for social, economic and personal development and important dimensions of quality of life".

For å skape forutsetninger for helse ut i fra ordlyden i charteret, må det helsefremmende arbeidet samordnes mellom alle aktører i samfunnet fra topp ved Regjeringen via myndigheter, medier, sosial- og helsesektor og ned lokalnivå. På den måten blir "Health Promotion" en bred strategi for folkehelse som skal kunne håndteres politisk, økonomisk, sosialt, kulturelt, miljømessig, arbeidsmiljømessig og ut i fra faktorer som vil gi best mulig effekter på helsen (Hanson 2004, p.75).

Dette er sentralt i sammenheng med den store satsningen som er gjort i Norge på IA. Men er fremming av helse som en ressurs, på noen måte lagt inn i noen ledd av IA-strategien?

Helsefremmende arbeid krever ferdigheter i å stimulere individuelle, sosiale og politiske handlinger. Likeledes kunnskaper om mekanismer og reaksjoner. Det forutsettes mulighet til en mer likeverdig samarbeidsrelasjon mellom den som tar initiativ og den som involveres.

Ottawacharteret trekker frem følgende tre hovedstrategier:

- 1) å samarbeide med enkeltindivider og grupper slik at folk kan settes i stand til å ta vare på egen helse (enabling)
- 2) å arbeide for økt politisk og sosial aksept av helsefremmende budskap (advocacy)
- 3) å knytte sammen gode krefter i arbeidet for helse (mediating).

De som vil delta i helsefremmende arbeid, må endre sin tidligere tradisjonelle ekspertrolle og gå inn i nye roller med annen maktfordeling. I ekspertrollen går man inn tungt ovenfra med kunnskap og innsikt som man forvalter på vegne av samfunnet.

Eksperten/ saksbehandleren på trygdekontoret er den som definerer problemet og anviser løsninger. Motparten, det vil si kunden eller brukeren tar passivt imot. Mens den tradisjonelle relasjonen klient /ekspert (her: bruker/ saksbehandler), gjør mottageren avhengig av eksperten, er siktemålet innen det helsefremmende arbeid å oppnå uavhengige og sterke individer (Mæland 1999, p.72).

I Medin og Alexanderson's metastudie (2000) ble helsefremmende beskrevet i litteraturen som et mål, en prosess, eller som en av flere aktiviteter. Studien omhandlet hvordan helsefremmende ble definert og benyttet i litteraturen. To poler ble identifiserte i materialet. Utredninger og beskrivelser delte seg på samfunns- og individnivå. Flere på individnivå så helsefremmende som del av forebyggende arbeid med mål i forhold til livsstil, sykdom og skade (primær-, sekundær- og tertiærforebygging). Mer rettet mot å forhindre sykdom og mindre styrking av helsen. Mange på samfunnsnivå beskriver begrepet ut fra de handlinger som kan være helsefremmende og dette klassifiseres som paraplybegrep.

Felles hadde WHO's definisjon stor innflytelse og var nevnt i alle undersøkte lærebøker og artikler. Det ble poengtert ifølge studien:

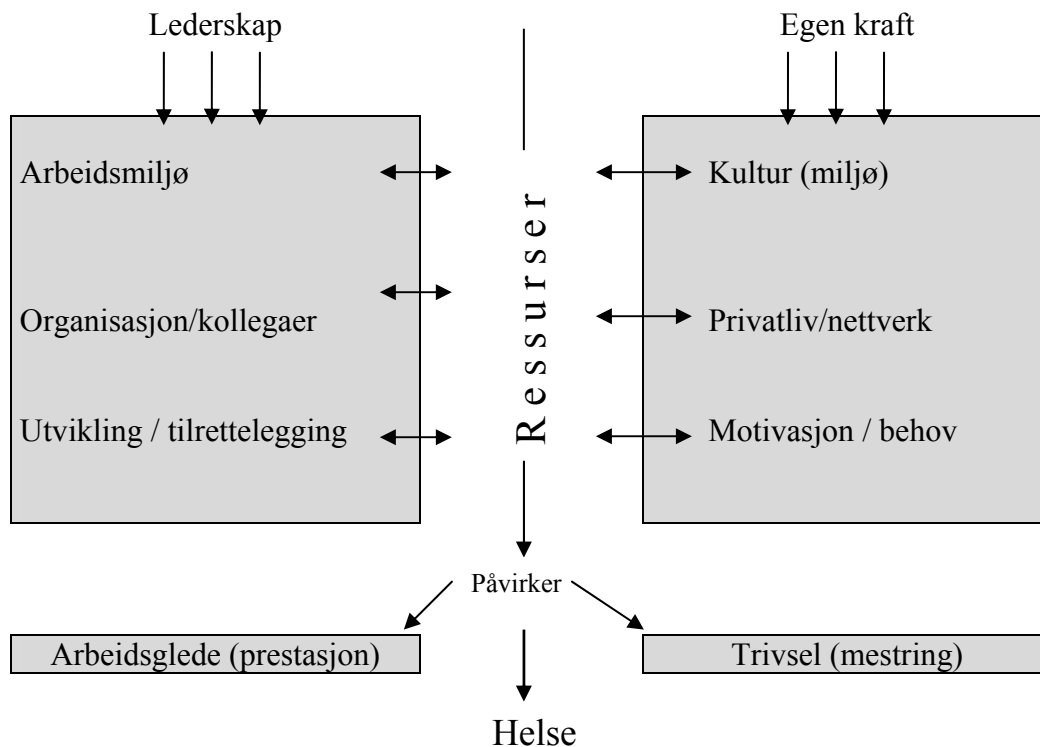
"Helsefremjande er en process før att genom stødjande miljøer og empowerment, mōjliggøre før individen att ta kontroll øver de faktorer som påverkar hennes helsa" (Medin & Alexanderson 2000, p.157).

2.3.3 Helsefremmende prosesser på arbeidsplass og arbeidsmiljø

Både trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten har som hovedmål å få flere ut i arbeidslivet. Saksbehandlere og rådgivere må i større grad motivere og styrke enkeltindividene. Samtidig må arbeidsgiverne påvirkes slik at forholdene på arbeidsplassene legges til rette for at de det gjelder gis reelle muligheter til å få eller beholde en plass i arbeidslivet. Rådgivernes kunnskaper om helsefremmende arbeid og positiv holdning er av avgjørende betydning.

For å få til helsefremmende prosesser på arbeidsplass, må fokuset settes på følgende tre hovedbegrep: lederskap, ressurser og egen kraft (Menckel & Østerblom 2000, p.10). Forfatterne mener man må ha et lederskap som ikke bare velvillig snakker om betydningen av god helse, men en ledelse som faktisk styrer mot målet god helse. Det må settes inn tilstrekkelige ressurser for å oppnå dette. Viktigst er det at menneskene /arbeidstakerne setter inn sin egen kraft, mobiliserer egne ressurser, våger og tilbys å være delaktige og engasjerte. Da startes viktige prosesser som gir utvikling, der hver og en er betydningsfulle ut i fra egne forutsetninger og ressurser.

En måte å lykkes på for å få til helsefremmende prosesser på arbeidsplass, er at arbeidslivssenteret og rådgivernes rolle stimulere til et støttende arbeidsmiljø i IA-virkosmhetene. Rådgiveren kan være med å påvirke arbeidsgiver til mer medvirkning, større åpenhet, mer toleranse og åpne for flere alternativer for å benytte personalressursene. Det gir utviklingsmuligheter for alle, også for de arbeidstakere som ikke har 100% arbeidskapasitet. Dersom man får til flere løsninger for enkeltindivider, dvs. gode eksempler, kan dette motivere både ledere og ansatte til å forsøke på ny eller se alternative muligheter.



Figur 6. Sammenhenger mellom helsefremmende arbeidsplasser, helse, lederskap og egen kraft. Tilpasset etter Menchel & Østerblom, 2000, p.11. Opprinnelse fra ILO & WHO-modell.

Norge har en lang tradisjon på vern- og sikkerhetsarbeid for arbeidslivet og kan skilte med egen lovgivning tilbake til 1892 med "Lov om tilsyn med arbeide i fabrikker" eller "Fabrikktilsynsloven". Det har fortsatt med "Lov om arbeidervern" (1977) eller "Arbeidsmiljøloven". Så ble fokuset på det som i moderne tid kalles helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid, HMS, med "Internkontrollforskriften" (1991) og "Forskriften om systematisk HMS-arbeid" (1997).

Utgangspunktet i vårt arbeidsliv er Arbeidsmiljøloven som er unik i internasjonal sammenheng. Lovens hovedmålsetning er i følge §1:

"Å sikre arbeidstakerne full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger og sikre trygge tilsetningsforhold og en meningsfylt arbeidssituasjon".

Utgangspunktet var en lov som skulle verne arbeiderne og beskytte mot arbeidsulykker, yrkesskader og belastninger. Det vil si risikobasert- og sykdomforebyggende arbeid (Mæland 1999, p.205). Loven legger opp til medinnflytelse fra arbeidstakerne og bygger på interne prosesser som en nødvendighet for oppnåelse av arbeidsmiljøforbedringer. Paragraf 12 og 13 er viktige i trygdeetatens sammenheng. De omhandler det psykososiale arbeidsmiljøet og tilrettelegging for personer med nedsatt funksjonsevne. Arbeidsgiver gis tilretteleggingsansvar på arbeidsplass. Det gis dermed rimelig mulighet for faglig og personlig utvikling, variasjon og kontroll over arbeidssituasjonen.

En av opphavsmennene til Arbeidsmiljøloven, Einar Thorsrud, var forsker på det som i dag kalles Arbeidsforsknings Instituttet (AFI). Sammen med Fred Emery formulerte han det som i ettertid er kjent som ”de psykologiske arbeidskrav” (1969 i Menchel & Østerblom 2000). Også i vår tids arbeidsliv har de psykologiske jobbkravene til Thorsrud og Emery relevans. De beskriver medvirkning og i høyeste grad et helsefremmende arbeidsklima.

Forskerne Thorsrud og Emery arbeidet mye sammen på 60-tallet med såkalt behovsforskning. Henviser til Maslows pyramide for behovshierarki fra 1954. Forskningsresultatene og Thorsrud selv hadde stor innflytelse på utformingen av Arbeidsmiljøloven, - spesielt § 12, kalt ”den psykososiale paragraf”. Forskningen hans ligger til grunn for mye av utviklingsarbeidet i arbeidslivet i Norge på 70- og 80-tallet. I hans tid ble det satt i gang flere større forskningsprosjektet på arbeidstakermedvirkning, blant annet de omfattende ”samarbeidsforsøkene”. Anne Marie Berg har utført en meta-studie hvor resultatene fra de ulike samarbeidsforsøkene i statlig sektor fra 1970–1996 er analysert og fellestrekkene oppsummert i rapport (1998).

DE PSYKOLOGISKE JOBBKRAV:

- Behov for et innhold i jobben som krever noe utover ren utholdenhet, og som betyr et visst minimum av variasjon selv om det ikke nødvendigvis innebærer noe stadig nytt i jobben.
- Behov for å kunne lære noe i jobben og fortsette å lære noe.
- Behov for å kunne treffe beslutninger, i det minste innenfor et avgrenset område som den enkelte kan kalle sitt eget.
- Behov for å se sammenheng mellom arbeide og omverdenen, i det minste slik at en kan se en viss forbindelse mellom det en utfører i arbeid, og det en regner som nyttig og verdifullt.
- Behov for å se at jobben er forenlig med en ønskverdig framtid, uten at det nødvendigvis innebærer avansement.

Figur 7. De psykologiske jobbkraav (Thorsrud & Emmery 1969).

2.3.4 Helsefremmende arbeidsplasser, HeFA

”The European Year of Health and Safety at Work” var i 1992. Dublin-konferansen for eksperter fra EU-landene ble avholdt og følgende ble sammenfattet i ett av punktene (oversatt og referert i Hanson 2004, p.83):

“WHP, Workplace Health Promotion er et nytt konsept som det råder uenighet om hvordan skal defineres og forklares. En tydeligere og mer samstemt beskrivelse hva WHP er som ide, teori og konkret innhold, trenger å utarbeides. Forskning og diskusjoner mellom aktører som er involvert i arbeidslivets helsearbeid må møtes over fag- og yrkesgrenser”.

Dette ble starten på det europeiske nettverket "European Network of Workplace Health Promotion", ENWHP, etablert i 1997 (Kuhn, Henke & Peters 1999).

Konseptet kalles altså "Workplace Health Promotion" (WHP) eller på norsk helsefremmende arbeidsplasser, omtalt som HeFA. Opprettelsen av nettverket hadde bakgrunn i to forhold. Det ene var rammedirektivet om sikkerhet og helse (CD 89/391/EC), som legger grunnlaget for en nyorientering av tradisjonell arbeidsmiljølovgivning og praksis. Det andre var den økende betydningen arbeidsplassen har som arena for folkehelsen (Menckel & Østerblom 1999, p.10).

Europasamarbeidet har hele tiden hatt utgangspunkt i de prinsipper som ble formulert i Ottawacharteret (Hanson 2004, p.82).

Nettverket ENWHP ble opprettet med de da 15 medlemslandene samt EØS-landene Norge, Island og Sveits. Nettverkets formål er at eksperter fra de ulike landene møtes jevnlig og diskuterer temaer med tilknytning til helsefremmende arbeid på arbeidsplass. Den viktigste oppgaven er å spre gode eksempler både skriftlig og i form av årlige ekspertkonferanser med ulike deltemaer (www.enwhp.org). Norge's kontraktør kommer fra Statens Arbeidsmiljøseneter (STAMI), og kontaktpersonen har ansvaret for å spre de gode eksemplene videre til myndighetene og næringslivet.

Nettverket utformet i 1997 policydocumentet Luxembourgdeklarasjonen. Dette dokumentet er benyttet som retningslinjer i alle medlemslandene. Flere land har forankret ideene, avholdt nasjonale konferanser og laget nye konsensusdokumenter på bakgrunn av denne deklarasjonen. I Norge ble "Lillestrømerklæringen" (STAMI 2002) til på en konferanse i november 2002. Partene bak IA-avtalen var deltagere og underskrev erklæringen. Hele landet var representert med deltagere fra Trygdeetatens arbeidslivssentre.

Konseptet HeFA tar for seg helheten i organisasjonen, og omfatter både arbeidsmiljø og personalpolitikk. Organisasjonen må inneha en kultur som er opptatt av de menneskelige ressursene. Med det menes både mulighet for personlig utvikling, tilrettelegging og vern i forhold til risiko. Det omtaler også produktutvikling, generelt utviklingsarbeid og kvalitets sikring. Det er i følge Luxembourgdeklarasjonen tre bærende elementer for å kunne oppnå helsefremmende arbeidsplasser:

- forbedringer av arbeidsorganisasjonen og arbeidsmiljøet
- fremme aktiv medvirkning
- oppmuntre til personlig utvikling

Satsningen er helt i tråd med Artikkel 129 i Traktat om Den Europeiske Union og programmet om innsats innenfor helsefremmende arbeid, informasjon, utdanning og trening. (no 645/96/EC).

2.3.5 Empowerment

Ett av de mest sentrale begreper og prinsipper for helsefremmende arbeid er empowerment. Det er et innarbeidet begrep, men har ikke en like dekkende oversettelse eller styrke som det engelske ordet. Innledningsvis kan nevnes en diskusjon som pågikk i Norsk legetidsskrift i forbindelse med utgivelsen av NOU 1998:18 og veilederen "Det er bruk for alle"(Hole 1999). Diskusjonen gikk på å finne det mest dekkende norske ordet. *Bemyndigelse* var ett av begrepene som skilte seg ut (Pål Gulbrandsen, tillitsvalgt

for legene). Hanson bruker det beskrivende ordet hverdagsmakt (2004). Litt interessant er at ordet på latin er utledet fra det samme som freedom og power (Encyclopedia 1980).

Aktiviteter og prosjekter med empowerment-inspirerte metoder er kjent fra 1960-tallet. Spesielt bemerket innenfor folkehelsestradisjonen er Pavlo Freire og hans arbeid med gategutter i Brasil. Rapporten var den første som nevnte empowerment som et konsept tidlig på 80-tallet. Det var da innenfor området sosial psykologi og i en sammenheng hvor han kritiserte manglende effekter av de tradisjonelle modellene for forebyggende folkehelsearbeid. I følge Mæland (1999, p.68) kan empowerment oversettes med "å vinne større makt og kontroll over". Videre er det slik at den helsefremmende ideologien bygger på at enkeltindividene og fellesskapet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen. Svenske forskere anvender ord som makt-mobilisering, selvforsterking eller økad egenmakt (Medin & Alexanderson 2000, p.83).

En forutsetning for empowerment er et samfunn som gjør det mulig for mennesker å påvirke sin egen helse. I praksis vil det si å føre en politikk som resulterer i at medborgerne får kunnskap og innflytelse over sin egen livssituasjon (Hanson 2004, p.76). Empowerment beskrives å være like mye en prosess som et resultat. "*Det er ikke bara något som sker utan en process som fremjas.*" Forfatterne henviser videre til Naidoo & Wills som fremholder at empowerment er basert på en "bottom-up-strategi" som krever spesielle ferdigheter og holdninger hos dem som vil lykkes (Medin & Alexanderson 2000, p.84).

I Bengt Starrins artikkel "Empowerment som tankemodell" (1997, p.12), diskuteres det flere oppfatninger av begrepet. Begrepet referer til den subjektive erfaringen og den objektive virkeligheten, til menneskets indre og ytre forhold, til innsikt og utsikt og til følelser og kunnskap. Han henviser til en artikkel av Swift & Levin (1987) og konkluderer med at empowerment er både en prosess og et mål. Starrin selv trekker det ned til at empowerment innbefatter et maktspekt.

Overført til trygdeetaten er balansen mellom makt og avmakt en interessant vinkling. Etaten har i høy grad en maktposisjon ovenfor grupper av enkeltpersoner i samfunnet. Ansatte skal saksbehandle for mindre ressurssterke personer og gi veiledning til ledere for å hindre utstøting og sykdom blant de ansatte. Holdningene trygdefunksjonærene viser ovenfor de sykmeldte kan ha en avgjørende betydning for enkeltindividenes opplevelse av helse, mestring, muligheter og ikke minst motivasjon til å finne løsninger. Trygdeetatens ansatte i de ulike avdelingene skal samtidig samarbeide internt om felles mål med lavere sykefravær, mindre trygdeutbetalinger, økt brukerperspektiv og bedre kvalitet på tjenestene. Altså i stor grad om det som kalles et inkluderende arbeidsliv i et velfungerende samfunn.

Myntet på samspillet internt i trygdeetaten for hvordan teamarbeidet mellom saksbehandlere og rådgivere skal fremme IA-arbeidet, er det relevant å nevne den psykologiske dimensjonen av empowerment. Rapporten er kjent for mye forskning innenfor denne dimensjonen hvor han blant annet sier at "*Empowerment is a sense of control over ones own life in personality, cognition and motivation*" (1995 i Eklund 1999). Motivasjon er en avgjørende komponent for å lykkes i forhold til nye

arbeidsmetoder og endrede roller. En relevant påstand hentet fra Israel et al. (1994 i Eklund 1999) er:

"Psychological empowerment refers to an individual's ability to make decisions and have control over his or her life. In addition psychological empowerment incorporates the establishment of a critical or analytical understanding of the social and political context, and the cultivation of both individual and collective resources and skills for social action".

Tolkningen av dette utsagnet internt i trygdeetaten kan sees i sammenheng med hvordan hver og en av trygdefunksjonærene ser på sin funksjon i teamarbeidet og har en forståelse for helheten. Samtidig må de kunne se hvilke prosesser som er nødvendige for samarbeidet i forbindelse med å sette bedriftene i stand til et aktivt IA-arbeid.

I veilederen om styrking av folkehelsearbeidet i kommunene (Hole 1999, p.69), står en spesiell tiltalende forståelse av empowerment: *"At folk blir i stand til å definere sine egne problem og finne egne løsninger"*.

En slik måte å se det på krever ny forståelse av ekspertens-/den profesjonelles rolle i dennes arbeid. Folk oppnår kontroll over eget liv i en sammenheng hvor de deltar sammen med andre for å endre de sosiale og politiske realiteter de lever under. Empowerment vil kunne lede til sosiale- og miljømessige endringer. Miljømessige endringer kan defineres som arbeidsplassens holdninger og arbeidsgivers tilrettelegging. Enkeltmenneskene må oppleve å være betydningsfulle ut i fra de ressurser og den plass i arbeidsliv og samfunn de har.

Uavhengig av hvor gode intensjoner er, er det likevel et dilemma med empowerment-strategier. Man kan ikke gi empowerment til noen som ikke vil eller vil forstå. De kan derimot tilbys et handlingsrom slik at de oppdager og kan utvikle sine kunnskaper, funksjoner, selvbevissthet og holdninger.

I trygdeetaten står man igjen ovenfor rådgivernes og saksbehandlerens kunnskaper om helsefremmende arbeid og deres muligheter og evne til å påvirke og motivere enkeltindividene. Det er sentralt å trekke paralleller til at rådgiverne selv kan trenge dette handlingsrommet til å utvikle sine kunnskaper, erfaringer og holdninger i forhold til empowerment, medvirkning og løsningsfokuserte metoder. De må selv få en forståelse for betydningen av dette.

2.3.6 Salutogenesis

I følge Lindstrøm (1996, p.15) forsvant en av vår tids store medisinske filosofer ut av tiden da Aron Antonovsky døde i 1994. Antonovsky stilte spørsmålet omvendt av det tradisjonelle: Hva skaper helse? Han definerte det som "The origin of health". Han påsto at kaos, stress og endringer var en del av normaltilstanden og noe som alltid mer eller mindre er til stede for alle mennesker. Han fant det interessant hvordan vi tross dette kunne bevare eller oppnå helse. Han definerte ikke helsens natur i sin teori, men sier noe om helsens determinanter. Antonovsky går ut fra et salutogent perspektiv i stedet for et patogent, som har vært det grunnleggende for medisinsk forskning og praksis. Det definerer sykdom og sykkelighet. Pato = sykdom, genes = opprinnelse, saluto = helse.

I sitt grunnresonnement støtter Antonovsky seg på to begrep:

- 1) generelle motstandsressurser, GRR (General Resistance Resources) og
- 2) opplevelse av sammenheng, SOC (Sense Of Coherence).

GRR er alle faktorer, psykiske, fysiske og materielle som gjør det enklere for individene å se omverden som strukturert, forståelig og mulig å håndtere. GRR tilfører individet gode livserfaringer som gir grunnlaget for utviklingen av en sterk SOC, dvs. en opplevelse av sammenheng (Lindstrøm 1996, p.18). For å underbygge sine teorier, utviklet Antonovsky flere verktøy i form av veiledere og kartleggingsskjema for å kunne vurdere den individuelle SOC. Mest brukte er SOC-29 og SOC-13.

En sterk SOC betyr at mennesket har evnen til å se sammenhenger, akseptere dem, ta kontrollen og kunne takle ulike stressfylte situasjoner fordi de evner å sette det inn i en større sammenheng. Rett og slett å se en mening med det uansett hvor vanskelig eller tragisk en hendelse er.

I Antonovsky's originaltekst (1987, p.19) står det:

"The SOC is defined as a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that (1) the stimuli deriving from one's internal and external environments in the course of living are structured, predictable and explicable, (2) the resources are available to one to meet the demands posed by the stimuli, and (3) these demands are challenges, worthy of investment and engagement".

I sin videre analyse av SOC beskriver Antonovsky de tre hovedkomponentene:

- 1) Forståelighet/begripelighet – eller den kognitive komponenten.
- 2) Håndterbarhet – eller adferdskomponenten.
- 3) Meningsfullhet – eller den motiverende komponenten.

Satt inn i trygdeetatens arbeid er motivasjonskomponenten, "meningsfullhet" spesielt viktig. Utgangspunktet er rådgivernes utadrettede arbeid med IA, hvor motivasjon er avgjørende for å kunne stimulere lederne til utviklingsarbeid i sine IA-bedrifter. Samtidig er meningsfullhet nødvendig for å kunne tilrettelegge for de arbeidstakerene med redusert funksjonsevne. Saksbehandlerne på trygdekontorene skal ha et bruker- og hjelp-til-selvhjelps perspektiv hvor medvirkning er helt avhengig av at individene opplever dette meningsfullt. De skal bli motivert i møte med en saksbehandler som har innsikt og engasjement. For individer som holder på å falle ut eller allerede er ute av arbeidslivet, må alle SOC-komponentene være tilstede i større eller mindre grad for å lykkes. Spesielt avgjørende er det at bruker eller bedriftsleder ser hensikten /meningen og dermed er motivert for endring og aktivitet i nødvendige prosesser.

Antonovsky forsket og definerte SOC mest på individuelt nivå. I de senere år var han opptatt også av å beskrive SOC på et samfunnsnivå. På en internasjonal konferanse for medisinerer i 1992, holdt han foredrag og fokuserte de seks C-ene: Complexity, Conflict, Coherence, Chaos, Civility and Coercion. Han presenterte SOC som *"core of the organisation of a complex human system for successful processing of information and energy, which makes conflict resolution possible"*.

2.3.7 Empowerment og salutogenes; tilnæringer og sammenhenger

Det er hensiktsmessig med en oversikt over sammenhengen mellom salutogenes, SOC, og empowerment. Derfor henvises det til tidligere beskrivelser av Ottawa-Charteret (WHO 1986), under kapittelet helsefremmende arbeid. Begge konsepter er del av folkehelse teoriene med utgangspunkt fra begynnelsen av 80-tallet. Det er spesielt utsagnet *enabling* som har stort fokus. Det vil si at folk skal gjøres i stand til å ta kontrollen over egen helse og dermed eget liv. ”*Health promotion is the process of enabling people to increase control over and to improve their health*” (WHO 1986).

Både empowerment og salutogenes/SOC er dynamiske konsepter som er anvendbare både på micro, meso og macro nivå. Konseptene omhandler helse der det er en felles oppfatning av samspillet mellom den menneskelige natur, omgivelser og reaksjoner. Den vesentligste forskjellen på de to, er at SOC, har en mer overordnet forståelse av livet og dets samspillende komponenter for å oppleve god helse. Mens empowerment relaterer seg mer til ulike aspekter knyttet til makt og menneskers posisjon i forhold til det. Salutogenes kan sies å være mer en ideologi med et teoretisk rammeverk, mens empowerment er en metode mot et mål hvor resultatet er at noen blir ”empowered”. Empowerment kan både defineres som en prosess og et mål (dvs. resultat). Salutogenes med SOC, defineres som en prosess og en konstant bevegelse på et kontinuum mellom ulike variasjoner av helse eller friskhet og sykdom og måten å takle det på.

Trygdeetatens ansatte har en stor utfordring med å endre sitt tradisjonelt regelstyrt helhetssyn fra diagnoser, ekspertrollen og patogenese, til å tenke helsefremmende med fokus på muligheter, empowerment/medvirkning og salutogenese.

2.3.8 Den vanskelige medvirkningen

Trygdeetaten er en sterkt regelstyrt offentlig forvaltning som i stor grad er påvirket av politiske beslutninger i form av lovendringer og reformer. I forbindelse med reformprosesser og endringer, må etatens ledere og ansatte stadig omstille seg med endrede prioriteringer, omorganisering og nye arbeidsoppgaver. Samtidig må de medvirke til å opprettholde driftsresultater, effektivitet, service, trivsel og arbeidsmiljø. På tross av endringer må trygdefunksjonærene opprettholde et positivt og løsningsfokusert brukerperspektiv i dialog med enkeltpersoner eller arbeidsgivere. Det refereres til trygdeetatens verdibok (RTV 2001, p.4):

”*Vår viktigste oppgave er å gi brukerne god service og kvalitet i møtet med etaten.*”

Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv har påvirket til vesentlige endringer i fokusområder, arbeidsmåter og samarbeidsformer innenfor hele trygdeetaten.

I verdiboka side 19 står det: ”*Trygdeetaten skal ha en smidig organisasjon som kan løse oppgaver i et samfunn som endrer seg. Vi vil aktivt bidra til å utvikle trygdesystemet*”.

For å lykkes i prosessen stilles det krav til kunnskaper om omstillingsprosesser og aktiv bruk av medvirkning.

Det dreier seg om de ansattes deltagelse og innflytelse på statlige arbeidsplasser i forhold til medvirkning i endringsprosesser. To ulike begreper må defineres i denne sammenheng: medvirkning og medbestemmelse. Medvirkning dreier seg om å samvirke eller samhandle. Det vil si man som utøvende i en stilling i stor grad må tenke, utrede, samarbeide, beslutte og føre kontrollen selv. Medbestemmelse har utgangspunkt i forhandlingsretten og knyttes opp til tillitsvalgte og fagforeningsarbeid.

Medbestemmelse og medvirkning i statsforvaltningen har vært et tema for politiske utredninger og forslag i hele etterkrigstiden (Berg 1998, p.5). Mye tilsier at behovet for endringsdyktighet, læring og kompetanseutvikling, kvalitetsutvikling og kommunikasjon, ikke kan møtes med tradisjonell hierarkisk ledelse og fordeling av arbeidet eller oppsigelser og nyansettelser. Den mest vanlige ledelses- og styringsform i den offentlige forvaltning, er stadig basert på tradisjonell hierarkisk linjeledelse. Og i det siste tiår, innføring av mål og resultatstyring. Det er en helt åpenbart inngrodd skepsis blant norske ledere til å dele på makten og dermed en stor utfordring for statlige ledere å kombinere mål og resultatstyring med mer moderne ledelsesformer.

Et viktig argument mot medvirkning og medbestemmelse (demokrati) sett fra offentlige tjenestemenns side, har vært at forvaltningen er et utøvende organ for politisk fattede vedtak og som sådan ikke kan blande de ansattes meninger og interesser inn i beslutningsprosessene (Berg 1998, p.8). Tradisjonelt har det også vært en sterk skepsis til samarbeidsordninger fra fagbevegelsens side, fordi det har vært sett på som en trussel mot forhandlingsretten og medbestemmelse. Man står på krava som nesten utelukkende dreier seg om lønnskrav og økonomiske rettigheter. Fagbevegelsen har en utfordring med å finne fram til metoder for å forene direkte medvirkning med den avtalebaserte forhandlings- og drøftingsformen for medbestemmelse.

Det er nærliggende å sammenlikne med tidligere nevnte styringsmodell for empowerment. I folkehelsearbeidet er modellen tenkt i et brukerperspektiv. Den kan rettes mot arbeidstakerne eller konkret trygdefunksjonærene i forhold til sine ledere og kollegaer i andre avdelinger. Ut fra empowerment prinsippene er det en forutsetning for medbestemmelse, mestring og utvikling at de ansatte skal være delaktige i styrings- og beslutningsprosesser som omhandler deres hverdag og arbeid-/ansvarsområder. Ledelse- og styringsmodellen som blir beskrevet mest i statlig forvaltning er fremdeles den man kan kalle hierarkisk eller paternalistisk. Den er i sterk motsetning til ledelse med empowerment fokus. I følge kapittelforfatter Bengt Starrin (Forsberg et al.1997,p.15), har den paternalistiske modellen en flertusenårig historie hvor det ikke bare handler om utvikling og fremskritt, men om makt og undertrykkelse. Den mest grunnleggende tanken i denne modellen er forstillingen om en over- og underordning. Det paternalistiske tankesettet har fremdeles en sterk stilling i vårt samfunn. Det kan ikke undervurderes at makt gir posisjon og status både i arbeidslivet, i samfunnet og privat. Men makt behøver ikke innebære ”den enes død – den andres brød”. Makt kan være ekspanderende og sees på som fordeling av ansvar og ressurser. Når man veileder overføres og fordeles ikke bare kunnskaper og erfaring, men også en viss form for makt. Her er det i betydningen av å få styrke til bedre å kunne ta egne valg (Forsberg et al.1997, p.19).

Alt taler for at medvirkning vil få større og større betydning i utforming av arbeidslivet i tiden fremover. Kompetanseutvikling, kvalitetsutvikling og fornyelsesevne er avhengig av selvstendige arbeidstakere som deltar aktivt i virksomhetens prosesser.

En relevant studie fra Arbeidsforsknings Instituttet, AFI, omhandler det forfatteren kaller "Den vanskelige medvirkningen" (Berg 1998). Boka omhandler en omfattende etter- og meta-analyse av de såkalte "samarbeidsforsøkene i norsk arbeidsliv fra 1970-1996". Dette var en stor og ressurskrevende forsøksvirksomhet med et potensial for evalueringer og videre analyser/studier av norsk arbeidsliv. Bergs studie tar for seg resultater, effekter og sammenliknbarhet i de tidligere forsøkene. Utgangspunktet for samarbeidsforsøkene om medvirkning var politiske vedtak, meldinger og utredninger.

En av hovedbegrunnelsene for samarbeidsforsøkene i 1960-årenes Norge, var at man mente medvirkning i daglige beslutningsprosesser ville ha en sosialiserende effekt. Man antok at arbeidstakerne ikke bare ville bli mer kompetente og motiverte til deltagelse i bedriftens øvrige beslutninger, men også sosialiserte til økt demokratisk deltagelse i samfunnets prosesser (Berg 1998, p.147).

Det er en aktuell vinkling i forhold til teorien om empowerment og "bemyndigelse", ut i fra Hole's definisjon med at folk blir i stand til å definere egne problem og selv finne løsninger (1999, p.69). Det kan sammenliknes med IA-virksomhetene ved sine ledere og interne samarbeidsorganer.

Samarbeidsforsøkene var i gang i samme periode som forarbeidet til Arbeidsmiljøloven (1977). Einar Thorsrud var en av forskerne og ildsjelene bak forsøkene og lovteksten. I følge Berg er en av paragrafene i loven § 12, tilrettelegging av arbeidet, bygger på de psykologiske jobbkravene til Emmery og Thorsrud som ble utformet i forbindelse med samarbeidsforsøkene.

I sammenheng med arbeidet med inkluderende arbeidsliv og trygdefunksjonærenes rolle, er ett av de psykologiske jobbkravene spesielt relevant:

"Behov for å se sammenheng mellom arbeidet og omverdenen, i det minste slik at en kan se en viss forbindelse mellom det en utfører i arbeid og det en regner som nyttig og verdifullt".

Aksjonsforskning ligger til grunn for de ulike prosjektene som inngikk i ordningen med samarbeidsforsøkene. Spesielt fokus i Bergs studie har erfaringer og effekter fra offentlig sektor. Forsøkene for denne sektoren foregikk i siste periode. Oppdragsgiver var blant annet Direktoratet for Arbeidstilsyn. Noe av bakgrunnen var tidligere forsøk i privat sektor og Stortingsmelding 28: 1976-77, "Melding om medbestemmelse i offentlig sektor".

De første forsøkene og utviklingsprogrammene i offentlig sektor i 1978, sto Arbeids psykologisk institutt nå Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) for. Allerede her ble det lagt vekt på at metodikken som ble brukt også skulle skape en læringsarena for utviklingsarbeid (Berg 1998, p.84). Arne Ebeltoft utviklet etter hvert en metode for arbeidsmiljøarbeid med bred medvirkning kalt "dialogkonferanse-metoden" (1990, 1991). Senter for bedre arbeidsliv (SBA) hadde ansvaret for videreføringen av samarbeidsforsøkene fra 1987-1993. De var etablert som en stiftelse for å bistå norsk næringsliv og offentlig forvaltning til å bli mer konkurransedyktig og effektiv gjennom innføring av medvirkningsmodeller og utvikling av strategiske nettverk og allianser.

Berg stiller et sentralt spørsmål i innledningen i boka som kan rettes direkte mot trygdeetaten: ”Hvordan kan medvirkningsbasert utviklingsarbeid drives innenfor hierarkisk organiserte og sterkt regelstyrte statlige virksomheter, som samtidig er under kraftig ytre press for vesentlige, helst raske omstillinger?” Da er det nærliggende å tenke trygdeetaten, innføringen av IA og opprettelsen av de 19 arbeidslivssenterne. Saksbehandlernes har fått vesentlige endringer i sin oppfølging av sykmeldte hvor rådgiverne på arbeidslivssenterne nå er koordinatorene og den direkte kontakten til bedriftene.

Det virker som omstillinger totalt sett har vært mest vellykkede der hvor medvirkningsaspektet hadde vært størst og de formelle prosedyrene for drøfting og forhandlinger hadde vært fulgt. I følge en studie av Feiring (1997 i Berg 1998) om reorganisering av trygdekontor, hevdes det at en forutsetning for de ansattes trivsel i en endringsprosess er at det utvikles gode medvirkningskanaler.

Hva fant man så ut i samarbeidsforsøkene i statlig sektor? Prosjektene skulle bidra til å belyse hvordan praktiske former for direkte medvirkning kunne gjennomføres. Medvirkningsstrategien ble sett som sentral for nødvendig produktivitets- og omstillingsarbeid. Målet var å sikre bredt engasjement fra de arbeidstakerne som konkret berøres av oppgaver /problemer som ble tatt opp i de enkelte prosjekter. Man kan grovt oppsummere at medvirkning ble et middel (for å oppnå nye organisasjons- og arbeidsformer) og et mål (at de nye arbeidsformene skulle være medvirkningsbaserte) i de prosjekter som hadde størst kvalitetsprofil. Disse ble definert ut fra bestemte kriterier (Berg 1998, p.138).

I følge Berg er konklusjonen at man oppnådde medvirkning i de statlige prosjektene. Den internasjonale evalueringskomiteen for Senter for bedre arbeidsliv, SBA, anerkjente at man hadde fått til resultater i enkeltprosjektene, og særlig i statlig sektor. Den var ellers lite imponert over den norske innsatsen for å fremme medvirkning i arbeidslivet. Hovedkritikken var den manglende spredningseffekten forsøkene fikk. Dette skyldtes blant annet en skepsis fra partene i arbeidslivet på nasjonalt nivå til slike virkemidler.

På lokalt nivå, viste det seg at disse bekymringene var sterkt overdrevet. En rekke studier finner at deltagelse i beslutninger som direkte angår arbeidsprosessen og direkte medvirkning, virker bedre på arbeidstilfredshet og ytelse enn indirekte medvirkning og deltagelse i andre typer beslutninger. Forsøksprogrammene var formet slik at de skulle sikre direkte deltagelse i å stille diagnose, sette mål og beslutte strategier for problemløsning, ut i fra den oppfatning at slik deltagelse fremmer kommunikasjon og er en læringsprosess som sikrer bedre løsninger og engasjement. De har dermed et motivasjonselement og et læringsaspekt som kan overføres i den daglige samhandling. Mange av prosjektene har som siktemål å skape permanente medvirkningsbaserte organisasjoner. Noen kaller dette organisasjonslæring og lærende organisasjoner (Senge 1991, Berg & Eikeland 1997 i Berg 1998).

Trygdeetatens arbeidslivssenter og koordineringen av trygdeetatens IA-arbeid har potensialet til å bli et godt eksempel i forhold til medvirkning. Forutsetningen er at arbeidslivssenterne ikke isolerer seg for mye fra et likeverdig samarbeid med saksbehandlerne. Det er en økende tendens i dag til at rådgiverne ser ut til å samarbeide og utveksle erfaringer mer internt enn med andre.

3. Problemstilling

Masteravhandlingen vil ta for seg følgende hovedproblemstilling:

Hva er utfordringen med å implementere helsefremmende holdninger og metoder blant medarbeidere i en regelstyrt offentlig etat som trygdeetaten?

Denne problemstillingen er i seg selv delt opp i tre elementer som vil drøftes nærmere:

- 1) utfordringen med å implementere
- 2) helsefremmende holdninger og metoder
- 3) en regelstyrt offentlig etat

1) Mennesker tenderer til å fortsette med det vante og rutinemessige uten nødvendigvis å reflektere over hva de gjør, om det virker eller om det eksisterer andre handlingsformer. Omstillinger og endring skaper utrygghet og kan være en trussel mot effektiviteten og samarbeidet i en etat med store saksmengder. IA har siden etableringen 1.1.2002 tvunget fram nye rutiner og andre samhandlingsformer. Rådgiverne på arbeidslivssenteret er gitt en koordinerende rolle i forhold til saksbehandlerne i samarbeidet om IA-virksomhetene. De har utfordret den tradisjonelle trygdeetaten til å sette kundene mer inn i en større sammenheng og gi muligheter for andre måter å jobbe på. Et tankekors for å kunne lykkes med implementering, er hva slags holdninger og respekt rådgiverne har for etablerte samarbeidsformer og saksbehandlernes erfaringer.

2) Trygdeetaten er en offentlig forvaltning med gitt myndighet til å saksbehandle og innvilge ytelser som primært er knyttet til sykdom (dvs. diagnoser) og redusert funksjonsevne i forholdet til en mulig arbeidssituasjon. Den største utfordringen kan komme til å bli hvordan trygdefunksjonærene ser på sykdom og helse. Satt på spissen er stønadsøkerne bedre stillet for å innvilges en trygdeytelse des mer alvorlig diagnose og jo sykere og mer ressursvake de kan dokumentere at de er. I oppgaven er det sentralt å kartlegge om og i hvilken grad de som rådgir og saksbehandler i forhold til IA, har helsefremmende holdninger. Skaper de nødvendig motivasjon og stimuli til egeninnsats for deres ”kunder”, det vil si ledere, ansatte og brukere på tross av sykdom og diagnose?

3) Den siste delproblemstilling er en nødvendig vurdering om interne forhold er lagt til rette for og i hvilken grad de trygdeansatte har mulighet for reell medvirkning. Saksbehandlere og rådgivere kan med medvirkning oppnå at det gis mer rom for individuelle tolkninger av regelverk og mer bruk av kreativitet og utradisjonelle arbeidsmetoder i forhold til service, oppfølging, veiledning og opplæring.

4. Metode

I oppgavens empiriske del, brukes en kombinasjon av kvalitative og kvantitative metoder med utgangspunkt i et semi-strukturert spørreskjema med enkelte åpne spørsmål for frie kommentarer. Den kvantitative delen er ikke statistisk beregnet, men beskriver tendenser. Kommentarene er hovedmaterialet som analyseres og tolkes med kvalitativ metodikk. Det inngikk 4 spørsmål med frie kommentarer som sees i figur 8.

<p>Spørsmål 25) (23 kommentarer) :</p> <p>Kan du eventuelt gi noen eksempler på hva du mener er helsefremmende arbeide innenfor ditt fagområde med bistand til IA-virksomheter.</p>
<p>Spørsmål 26) (22 kommentarer) :</p> <p>Dersom du har svart JA på at du har en bevisst strategi i din dialog med virksomhetene for å legge igjen kompetanse (sp. 1), kan du kort beskrive hva den går ut på.</p>
<p>Spørsmål 27) (ingen kommentarer) :</p> <p>Dersom du har svart NEI på at det er noen sammenheng mellom inkluderende arbeidsliv og helsefremmende arbeidsplasser (sp. 6), vil du da gi en kort begrunnelse for dette.</p>
<p>Spørsmål 28) (31 kommentarer) :</p> <p>Kan du kort nevne de største utfordringene Rådgiverne i Arbeidslivssenterne står ovenfor for å lykkes i sitt arbeide med et inkluderende arbeidsliv og dermed gode resultater for de tre delmålene.</p>

Figur 8. De åpne spørsmål i kartleggingen.

I arbeidet med analysemetode henvises det til Silverman, tabell 19.2 (Murcott 1997 i Silverman 2000) 1. *How did you go about your research?* 2. *What overall strategy did you adopt and why?* 3. *What design and techniques did you use?* 4. *Why these and not others?*

En narrativ tilnærming med analyse av relevante dokumenter (meta-analyse basert) benyttes i tillegg som en forsterkning av sammenhenger og mulige konklusjoner. ”Narrative policy analysis-tilnærmingen” er vurdert anvendelig fordi masteroppgavens beskrivelser av og henvisninger til dokumentasjon, offentlige utredninger, lover, samfunns-endringer og milepæler i seg selv forteller en historie.

Det er historien om to parallelle løp for helsefremmende- og sykdomsforebyggende arbeid med:

- 1) folkehelseeretning
- 2) arbeidsmiljøeretning

Sentralt i historien er å identifisere elementer av helsefremmende tilnærming eller sammenhenger i forbindelse med IA-dokumentasjon fra 2001. Denne dokumentasjonen er politisk vedtatt og utarbeidet i Arbeids- og Administrasjonsdepartementet.

Metodebeskrivelsen som følger legger vekt på argumentasjon for å kunne kombinere flere metoder i samme studie, det vil si både kvalitativ og kvantitative. Spesielt for bruken av ”Narrative Policy Analysis” er dette aktuelt.

4.1 Kvalitativ metodebeskrivelse

Generelt brukes kvalitativ metodikk for å fremskaffe kunnskaper om karaktertrekk, sammenhenger og fenomen i en menneskelig ramme med opplevelser, følelser, erfaringer og motiver. Analyse materialet er vanligvis tekst eller observasjoner etter samtaler (Malterud 1993, p.201). Kvalitative analysemetoder inneholder systematisk innsamling, organisering og tolkning av materialet hentet fra samtaler, intervju eller observasjoner. Kvalitative analyser /undersøkelsesmetoder er basert på forståelsen av forskning som en systematisk og reflekterende prosess for utvikling av kunnskap som skal kunne erfaringsoverføres og etterprøves mellom ulike settinger. Derfor må forskerne være forberedt og kunne bruke fastsatte strategier og guidelines for sine undersøkelser og samtaler. Malterud hevder at kvalitative analyser gjerne kan legges til en kvantitativ studie for å oppnå bedre forståelse av betydningen og sammenhengen av evt. funn. Prinsippene for meta-analyser bør nøye vurderes når kvalitative og kvantitative studier skal analyseres sammen. Seriøse og innovative meta-analyser bør kunne utvikle fornuftige kombinasjoner av kvalitative- og kvantitative studier ved å benytte potensialet i de to helt ulike tilnærmingene. Funn fra kvalitative og kvantitative analyser/studier, kan selvfølgelig bli slått sammen og komplimentert av en tilleggende analyse. Men til en slik meta-analyse er det mest egnet å bruke fremkomne resultater og ikke ved å legge sammen og mikse analysemateriale fra kvalitative- og kvantitative analyser. (Malterud 2001, p.487).

I vurderingen av flere alternative metoder refereres til Hammersley (1992 i Silverman 2000,p.11):

"The process of inquiry in science is the same whatever method is used, and the retreat into paradigms effectively stultifies debate and hampers progress."

Silverman forklarer dette med at dersom vi ønsker å etablere beste kriterier og særlige kjennetegn for kvalitativ forskning, så er det nødvendig at vi forstår likhetene ved enhver systematisk tilnærming. Det gjelder beskrivelser og forklaringer enten metoden er kvalitativ eller kvantitativ.

Malterud påpeker at kvalitative analyser og studier bør følge en fastsatt struktur for å ha høyest mulig objektiv kvalitet og være overførbare og sammenlignbare. Det henvises til anbefalte guidelines publisert etter Malterud i "Family Practice" fra 1993 (10:201-206).

"The specific purpose of this model is to enhance quality in medical qualitative research by procedures and their accountability. However, these matters underlie all kinds of scientific inquiry, and should probably more often be explicitly questioned and accounted for in all sorts of medical research." (Malterud 1993, p.205).

RESULTS (5)
ANALYSIS (4)
MATERIAL (3)
SAMPLING (2)
PROBLEMSETTING (1)
INTEREST / IDEA

Figur 9. Research Model modifisert etter Malterud (1993, p.202).

Silverman har en litt annen tilnærming og sier at i praksis så trenger forskeren å beskrive følgende (Silverman 2000, p.235):

- det faktiske datamaterialet du har studert/vurdert
- hvordan du har fremskaffet disse dataene (mulig tilgang og samtykke)
- hvilke påstander du kan sette ut i fra datamaterialet (representativt for en mål-/befolkningsgruppe eller en case studie av enkeltpersoner)
- metodene du har brukt for å samle /fremskaffe disse dataene
- hvorfor du har valgt akkurat disse metodene
- hvordan du har analysert ditt datamateriale
- fordelene og ulempene ved din måte å analysere datamaterialet

Bruken av Narrative Analysis-tilnærming i sammenheng som i denne masteroppgaven er uvanlig, men hensikten skal være en understøttelse for den kvalitative delen med analyse og tolkning av rådgivernes kommentarer. Uforutsett store organisasjonsendringer gjorde kartleggingen lite aktuell i forhold til slik den var planlagt. Svarprosenten var i tillegg under 50. Det var ønskelig å kunne benytte svarene og se trender, men om mulig satt inn i andre rammer. Metoden "Narrative policy analysis" er på ingen måte benyttet fullt ut i oppgaven, men har gitt inspirasjon og ideer for å få en større forståelse av sammenhengene. Dette er en ide og en tilnærming for å tydeliggjøre funn i den opprinnelige kvalitative metoden. Dersom Narrative Policy Analysis-metodikken skulle følges, ville dette blitt så omfattende at konsekvensen måtte bli en ny avhandling med annen angrepsvinkel. En slik avhandling kunne både vært spennende og relevant, men kartleggingen og spørreundersøkelsen av arbeidslivssenteret ville i den sammenheng vært unyttig og bortkastet.

I innledningen av sin metodebok i "Narrative Analysis"(1993) sier Riessman: "*The study of narrative does not fit neatly within the boundaries of any single scholarly field*". Og fortsetter med følgende: "*Story telling, to put the argument simply, is what we do with our research materials and what informants (/information) do with us.*" Riessman påpeker at narrativer er noe som alltid responderer på spørsmålet "*and then what happen?*" Det er hentet fra en definisjon av Labov og Waletzky (1967 i Riessman 1993, p.17) der det argumenteres med at historier følger kronologiske sekvenser.

Det står beskrevet at alle narrativer nødvendigvis ikke behøver å være historier i lingvistisk forstand. Uten å gå i dybden, nevnes flere ulike eksempler som "habitual narratives", "hypothetical narratives" og "topic-centered narratives". Sistnevnte er aktuell i forbindelse med masteroppgaven. Riessman beskriver den som "*snapshots of past events that are linked thematically*" (1993,p.18). Narrativer slik det er vanlig å benytte dem, blir kalt "Natural narratives" (Labov & Waletzky 1967 i Riessman 1993). Slike analyser er avhengig av mye mer enn innholdet i en fortalt historie. Det være seg måten den blir fortalt på, stemmebruk, pauser, stemninger, følsomhet m.m. Skriftlige historier som brev, biografier, forskeres utredninger, vitenskaplige presentasjoner, rapporter, teorier m.m. kan analyseres ved bruk av narrative analysis, men vil kreve andre metoder i tillegg (Riessman 1993, p.69).

Der det utføres både kvalitativ og kvantitativ analyse i samme studie, råder Riessman til å benytte åpne spørsmål for å få frem fortellinger /historier (narrativer) og samtidig ha de tradisjonelle lukkede – eller avkrysningsspørsmål. Forskjellige metoder for datainnsamling kan brukes for ulik informasjon man ønsker, men det må også tolkes forskjellig ut fra hva man har anvendt. Riessman advarer at det er ikke tvil om at studenter som krysser grenser for ulike tradisjoner for metodevalg, må trå varsomt for at dette skal bli akseptert (Riessman 1993, p.55).

Det bekreftes at narrative analysis kan brukes i kombinasjon med andre kvalitative analyser, også i kombinasjon med kvantitative. Men det er ingen enkel kombinasjon. Narrative analyse har en svært forskjellig tilnærming i forhold til de fleste andre vitenskapelige metoder. Riessman avslutter på s.70 med:

”Narrative analysis is one approach, not a panacea, suitable for some research situations but not others. Narrative analysis allow for systematic study of personal experience and meaning: how events have been constructed by active subjects”.

I den metanarrative analysen av helse- og miljødokumentene i Ontario i Canada (Iannantuono & Eyles 1999), gis det en beskrivelse av politiske dokumenter/strategier som er velegnet også for dokumentasjonen på IA-området. I følge studien kan politiske rammer og retningslinjer (policies) som skal veilede og påvirke til aktivitet, sees på som hypotetiske løsninger på definerte problem. Definisjonen av problemene er derfor kjernen i politikken /strategien i dokumentene og nøkkelen til å forstå hensikten og logikken. Retningslinjene/strategien kan være både misvisende og helt malplassert i forhold til det spesifikke problemområdet de skal håndtere og forbedre. Derfor er dette en del av ansvaret til de som analyserer, definerer og reformulerer hva dette kan bety for aktivitet og resultater på kort og lang sikt.

Iannantuono og Eyles argumenterer for å forstå sammenhengen i dagens situasjon, så må man se tilbake på påvirkninger og hvilke hendelser som ligger bak i tid. Det kan gi svar på hvorfor dokumentene har fått det innholdet og de formuleringene de har. Viktig er det også å se på hendelsene som har kommet til etter at det offentlige dokumentet ble introdusert (1999, p.140).

4.2 Forskning i eget felt

Rådgiverne i Trygdeetatens arbeidslivssenter var målgruppen for den empiriske del av Masteroppgaven. Som ansatt rådgiver ved et arbeidslivssenter og masterstudent med valgte problemstilling, er det en spesiell utfordring å forske i egen etat.

Pål Repstad's bok om tverretattlig samarbeid i teori og praksis, ”Dugnadsånd og forsvarsverker” (2004), tar spesielt opp fordeler og begrensninger ved å analysere sin egen organisasjon. I følge forfatteren er det lite relevant litteratur på området. Men det har faktisk vært ført en diskusjon om forskning i eget felt innenfor antropologi, sosiologi og aksjonsforskning siden 60-tallet. Et sentralt bidrag tidlig i diskusjonen er den norske filosofen Hans Skjervheim's bok ”Deltakar og tilskodar” (1957). Det kan også refereres til den svenske sosiologen Joachim Israel, som har skrevet boken ”Om konsten att blåsa upp en ballong ini” (1982) med forskning innefra organisasjonen. Repstad henviser selv til den svenske sosiologen Bo Eneroth som har mye erfaring på forskning innen eget felt. Eneroth mener det utelukkende er positivt. Hverdagskunnskap er verdifullt og bør få økt status, sier han. Studerer man forhold i egen organisasjon økes

ofte engasjement og endringslyst, men med den forutsetning at engasjementet er koplet til solidaritet med organisasjonens hovedmål (Repstad 2004, p.237). Bevisstgjøring, dialog og objektivitet er vesentlige for å få tilstrekkelig distanse.

Den største kilden til begrensning er om man som direkte involvert bare er i stand til å anlegge et "froskeperspektiv" på forholdene og dermed ikke ser skogen for bare trær. For å konkludere med den positive side, siterer Repstad Lars Goldschmidts konklusjon om sin erfaring med rollekombinasjon saksbehandler/ forsker:

"Det er min påstand at jeg på denne måte før og under prosjektperioden kom det tætteste en forsker kan komme til indlevelse i "the practical consciousness of the agent" og adgang til faktuelle opplysninger og observasjoner der ellers ville være utilgjengelige for en udenfra kommende" (1991 i Repstad 2004).

4.3 Spørreundersøkelse

Spørreundersøkelsens formål var å kartlegge kompetanse og holdninger hos et representativt utvalg av rådgivere, for å oppnå større oversikt over rådgivernes bakgrunn og tidligere erfaringer fra helsefremmende og forebyggende arbeid (vedlegg 1). Fokuset var i hovedsak på kvantitativ metode.

Spørreskjemaets elementer er personlige faktaopplysninger inkludert fag- og erfaringsbakgrunn for rådgiverne, påstander formulert fra mål i Lillestrøm-erklæringen (erklæringens pkt. 5) og begreper hentet fra teoriene i referanselitteraturen. I utformingen av skjemaet benyttes enkelte elementer fra en studie i Vestfold fylke (prosjektoppgave, STAMI 2001) der fokuset er på kunnskapsnivået på bruk av folkehelseperspektivet inn i bedriftshelsetjeneste- og arbeidsmiljøarbeidet.

Etter innsamling av kartleggings skjemaer og avsluttet undersøkelse, ble materialet vurdert til å være for lite. En svarprosent på under 50 % ble altfor lav til å kunne gi konklusjoner som var representative for rådgivergruppen. Ingen funn eller konkretiseringer skilte seg spesielt ut for å gå videre med i eventuelle intervju. Analysegrunnlaget var rett og slett for dårlig, og det ble nødvendig å evaluere opprinnelig forskningsmetode. Flere alternative angrepsvinkler ble vurdert, men med de raske endringene i trygdeetatens nye enhet og flere uforutsette utfordringer, utpekte det seg etter hvert en mulig metode. Ved nærmere granskning av spørreundersøkelsen, fremkom et egnet materiale i form av til sammen 5 A-4 sider med kommentarer i fritekst som besvarelser på kartleggingens tre åpne spørsmål. Kommentarene ble funnet relevante å gå videre med i en kvalitativ analyse.

4.4 Gjennomføring

Fire av Trygdeetatens 19 arbeidslivssenter ble valgt ut etter dialog med ledelsen. Det ble gitt felles muntlig informasjon i forbindelse med en konferanse i juni 2003. Fylkene er: Østfold, Vestfold, Telemark og Buskerud, med til sammen 56 rådgivere (pr. 1.7.2003). Mer enn 50 skjemaer med følgebrev ble sendt ut via e-mail. Det er vanskelig å angi eksakt antall mottagere da mailsystemet i trygdeetaten har en felles adresserubrikk for hvert arbeidslivssenter (alle + senterets navn).

Responser ble lav med 25 besvarelser. Uke 25 som deadline for innlevering, med nær forestående sommerferie, var sannsynligvis et ugunstig tidspunkt. Et interfererende element kan ha vært at senterne i perioden 1.6 – 1.9. hadde oppstart for tre til fem nyansatte. Den mest sannsynlige årsak til lav svarprosent var trolig en særdeles uheldig førsteutsendelse. Muligheten til å besvare elektronisk var ikke kvalitetssikret godt nok, til tross for bruk av fagperson i utforming av skjema. Enkelte rubrikker og avkrysningsbokser var sperret. Nytt skjema ble sendt ut to ganger og siste gang med ”bruksanvisning”. Uansett hyggelig følgetekst, ga det undersøkelsen et amatørmessig førsteinntrykk. Flere rådgivere kan ha mistet interessen. Praktisk kunne man krysse av manuelt og benytte brev eller fax som ble poengtert ved hver henvendelse.

De totalt 25 besvarelsene ble mottatt etter forlengelse av svarfristen og tre purringer. Sisteurring (september 2003), gikk direkte til lederne med anmodning om å oppfordre sine rådgivere til å besvare (- ingen respons). Fra første henvendelse ble utsendt til siste besvarelse var mottatt, gikk det ca seks måneder. Fylkesvis er antallet besvarelser fordelt på følgende måte: Buskerud 11, Vestfold 6, Telemark 4 og Østfold 4. Syttiseks kommentarer ble avgitt på de fire spørsmålene. Materialet ble lest, vurdert og utsagnene plassert i kategorier for videre analyse. Under arbeidet ble kommentarene naturlig brutt opp i flere elementer fordi det opprinnelig var sammensatte uttalelser med innhold fra flere setninger. Delingen fremkom spontant og underveis i analysen. Totalt ble det så 101 utsagn å arbeide videre med.

4.5 Etske overveininger

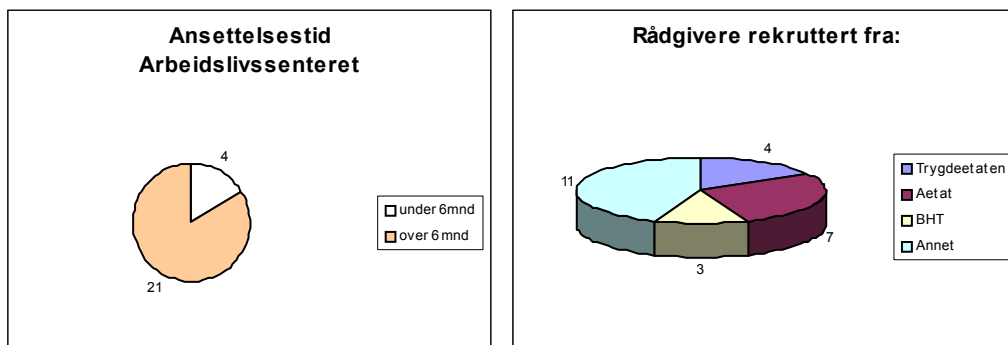
Studien med spørreundersøkelsen ble utført på en etisk forsvarlig måte slik at den tilfredsstilte reglene fra det norske Datatilsynet. I den utsendte kartleggingen ble personvernet godt ivaretatt. Formålet med spørreundersøkelsen og informasjon om håndtering av opplysningene var vedlagt i veileder til avkrysningskjemaene. Kun omslagsarket hadde opplysninger om navn og arbeidssted. Dette ble kodet, ID-arkene skilt fra spørreskjemaene og deretter forsvarlig oppbevart av masterstudenten. Nødvendige tillatelser til innsyn, intervjuer m.m. ble innhentet fra ansvarlige personer i relevante instanser. Rikstrygdeverk og Fylkestyngdekontor har vært rette instanser for informasjon og klarering av studiens praktiske del. Informasjonskrav og nødvendig forankring er oppfylt. Tilbakemelding planlegges gitt til de aktuelle arbeidslivssentre og kopi gis til Fylkestyngdedirektøren i Buskerud etter at avhandlingen er godkjent.

5. Resultater

5.1 Vurdering av spørreundersøkelsen

Opprinnelig planlagte analysemetoden ville kreve mer statistisk tallmateriale. Lederne av de fire arbeidslivssentrene besvarte ut i fra den bakgrunn av en henvendelse med innsending av flere generelle faktaopplysninger. Ønskede tall fra denne regionen var i forhold til antall ansatte, kjønnsfordeling, alder og tidligere ansettelsesforhold. Til sammenlikning står disse totaltallene for senterne i parentes. Av de 25 (56) rådgiverne som svarte, var flertall menn 14/11 (27/29).

Aldersgruppen mellom 30-50 år var best representert med 16 personer, 9 (18) var over 50 år og ingen (0) under 30 år. Kun 4 hadde hatt jobb på Arbeidslivssenteret i mindre enn 6mnd. Nesten tre ganger så mange har mest yrkeserfaring fra offentlig sektor og 18 har ledererfaring. Like mange kommer fra annen jobb som de som sammenlagt var fra trygdeetat og arbeidsmarkesetaten (inkludert Arbeidslivstjenesten). Koplet sammen med siste ansettelse i bedriftshelsetjeneste, er tallet 13 av 25 (31 av 56).



Figur 10. Fra kartleggingen: rådgivernes erfaringer og bakgrunn fra siste arbeidssted.

Under spørsmålet om hovedvekt av utdanning, ble det krysset av i flere rubrikker (30 kryss). Økonomi og ledelse scoret flest. Av 11 kryss var 3 i kombinasjon med helse som igjen var fagbakgrunn til 7 rådgivere. Antall års utdanning utover grunnskole, dvs. inkludert videregående, var i snitt 7,9 (6,7 i regionen).

Atten rådgivere svarer at de bruker en bevisst form for strategi i dialogen med virksomhetens kontaktpersoner. Tre har ikke hadde hørt om helsefremmende arbeidsplasser (HeFA), mens halvparten kjente til innholdet i konseptet. Like mange som visste om HeFA, hadde kjennskap til Lillestrømerklæringen fra november 2002, men 9 rådgivere kjente ikke til innholdet i erklæringen. Alle rådgiverne ser sammenheng mellom IA, og HeFA. Tjueen mener at det er forskjell på det sykdomsforebyggende og det helsefremmende aspektet i dialogen med arbeidsgiver. Tjue rådgivere svarer at temaet ikke har vært oppe på faste møter eller opplæring på Arbeidslivssenteret. Alle har hørt om "LØFT" (Langslet 2000), og 23 rådgivere mener de bruker dette bevisst i dialogen med bedriftene. Femten har hørt om empowerment, men 17 sa de ikke hadde kunnskaper eller erfaring fra folkehelsearbeid. Ti av 11 personer ser sammenhenger mellom arbeide med IA og folkehelse. Flertallet er helt enig i at HeFA er holdningskapende arbeid.

5.2 Kvalitative analyse av kommentarene

Etter at spørreundersøkelsens kvantitative del I til og med del III var analysert, ble siste del IV med rådgivernes kommentarer viet spesiell oppmerksomhet. Delen besto av fire åpne spørsmål med muligheter for egne kommentarer. Se fullstendig liste over kommentarene i vedlegg 2.

Når de skriftlige uttalelser var gjennomgått for alle spørsmål, ble de ut fra logikk systematisert i kategorier. Dermed fikk kategoriene nye navn som var kortere og mer dekkende med den hensikt at alle spørsmålene skulle vurderes i sammenheng. Kategorier var ikke fastsatt på forhånd, men utkrystalliserte seg underveis, etter innhold og betydning. De oppsto på den måten at kommentarene ble analysert og tolket ut i fra hva rådgiverne egentlig fortalte. Da fremkom det en variasjon på fem til sju kategorier avhengig av spørsmålene. Fortsettelsen ble en videretolkning for å kunne gruppere og finne korte og mer dekkende begrep på veg til en felles kjernekategori. Det fremkom fire hovedkategorier:

Roller, kommunikasjon, kompetanseoverføring, medvirkning (empowerment).

Spørsmål nr. 25 var helt åpent og nøytralt i analysen fordi det kom først. De to neste ble i større eller mindre grad påvirket av resonnetet fra spørsmål 25. Grupperinger ble satt opp etter som de fremkom og kategoriene fikk etter hvert dekkende navn i forhold til innholdet. Fem utsagn lot seg vanskelig kategorisere og ble vurdert som ”usorterte”. De er tilnærmet likt fordelt på de tre spørsmålene og ville ha liten betydning i analysen av sammenhengen. I kommentarene som ble gitt, analysert og tolket, kom **DIALOG** fram som kjernekategori for rådgiverne i deres kontakt både internt, med samarbeidspartnere og med IA-virksomheter.

Metodikken kan belyses med et eksempel fra en av kommentar i spørsmål 25:

”Påvirke /påpeke bedriftens strategiske mål – har de et menneskelig fokus?”

Uttalelsen ble først sortert i gruppen *holdningsskapende arbeid*, så hovedkategori *kommunikasjon* for å ende opp kjernekategori *dialog*.

Resonnetet bak **dialog** som kjernekategori kan begrunnes med følgende:

Mange av uttalelsene rådgiverne gir, handler om hvilke roller de skal ha ovenfor ulike personer i forskjellige settinger. Rolleavklaring er en forutsetning for at rådgiveren som kontaktperson skal lykkes med kompetanseoverføring til IA-virksomhetene. Dialog er en absolutt nødvendighet for rådgiverens kommunikasjon med bedriftens kontaktperson fra ledelsen. Leder må videre ha en bevisst dialog med alle sine ansatte for å oppnå at kompetanseoverføringen setter i gang en nødvendig prosess i bedriften. Den skal styrke, utvikle og tilrettelegge for ressursene i personalet. I tillegg må bedriften ha en åpen tone hvor de ansatte har reell medvirkning, og alle har en stolthet for å jobbe i denne bedriften. Resonnetet fører til at kjernekategori **DIALOG** skiller seg ut som en absolutt forutsetning for å lykkes.

5.3 Tilnærming med Narrative Policy Analysis

En narrativ tilnærming og samordning med eksisterende kvalitative analyse ble gjennomført etter kunnskaper om tidligere nevnte studie av policy-dokumenter ved Mc Masteruniversitetet i Ontario, Canada. Den ble publisert i ”Health & Place” 1999 av Adele Iannantuono og John Eyles (Volum 5, Issue 2: 139-156). Spesifikt omhandler studien: ”Environmental health metanarratives: an analysis of policy making in Ontario, Canada”. Den tar for seg et offentlig samordningsdokument for helse og miljø med tittelen: ”Our Environment, our Health”. En sterkt forenklet tilnærming med inspirasjon fra Ontario-studien ble gjort i forhold til den kvalitative analysen av kommentarene i

masteroppgaven. Regjeringens dokument, IA-avtalen trer inn i plassen til samordningsdokumentet "Our Environment, our Health" i denne tilnærmingen.

(1) FOLKEHELSELOVGIVNING:

WHO's Konstitusjonsdokument (1948).
"Lalonde-rapporten" (1974).
"Alma-Ata konferansen" (1978).
Antonovsky, "The Mystery of Health" and SOC-scale (1979).
"Ottawacharteret for Health Promotion" (1986).
Direktiv for sikkerhet og helse fastsatt av EU-kommisjonen i 1989 (CD 89/391/EC).
"The European Year of Health and Safety at Work", m/"Dublin-konferansen" (1992).
"Fourth International Conference on Health Promotion", Jakarta (1997).
"European Network of Workplace Health Promotion, ENWHP" (1997).
"Luxembourgdeklarasjonen" (fra artikkel 129, no 645/96/EC) (1997).
Europaregionen i "Helse for alle" (1998) spesielt mål nr.18.
NOU 1998:18 og veilederen "Det er bruk for alle" (1998/1999).
"Lillestrømerklæringen" (2002).
St.meld. nr.16, 2002-2003, "Resept for et sunnere Norge"
fylkesvise handlingsplaner: "Folkehelseprogrammet i Buskerud" (2004).
NOU 1991:10, Stortingsmelding nr.37 (1992-93).
NOU 1998:18, som er direkte resultater av Ottawacharteret (Hauge 2003).

(2) ARBEIDSMILJØLOVGIVNING:

"Lov om tilsyn med arbeid i fabrikker eller Fabrikktilsynsloven" (1892).
"De psykologiske arbeidskrav" v/ Emery og Thorsrud (1969).
Samarbeidsforsøkene i norsk arbeidsliv fra 1970-1996.
Stortingsmelding 28: 1976-77, "Melding om medbestemmelse i offentlig sektor" (1976).
"Lov om arbeidervern eller Arbeidsmiljøloven" (1977).
Arbeidsmiljøloven. - spesielt § 12, "den psykososiale paragraf" (1977).
Senter for bedre arbeidsliv, SBA, videreførte samarbeidsforsøkene fra 1987-1993.
"Internkontrollforskriften" (1991).
"Forskriften om systematisk HMS-arbeid" (1997).
"Attføringsmeldinga" (St.meld. nr. 39, 1991-92).
"Velferdsmeldinga" (St.meld.nr.35. 1994- 95).
Aetat Arbeidslivstjenesten, ALT (etablert 1994).
"Sandman-utvalget" laget NOU 2000:27 (2000).
"**Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv" (St.prp.nr.1, tillegg nr.1 2001-2002).**
Trygdeetatens Arbeidslivssenter (oppstart 1.1.02).
FaFo-rapport på IA (2004).
Trygdeetatens rolledokument for IA-arbeid (ref.nr. IA 8.1-016.1.0:mars 2004).

Figur11. Dokumenter i de to hovedgrupper i oppgavens Narrative Policy tilnærming.

I hovedtrekk ble dette utført på følgende måte:

Aktuelle dokumenter og hendelser ble markert i teksten i masteroppgaven. De ble plukket ut og sortert i to retninger. Deretter lages en modell med to bokser hvor den ene er lovgivning /dokumentasjon for **folkehelseretningen** (1) og den andre er

arbeidsmiljøretningen (2). Dette er satt inn i en kronologisk oversikt med relevante politiske hendelser i aktuelle perioder for å kunne vurderes i sammenheng. Hovedtrekk i dokumentene er betraktet ut fra fokuset i masteroppgaven. Det argumenteres for om elementer av helsefremmende arbeid identifiseres spesielt i IA-avtalens ordlyd (2001). Figur 11. er et viktig resultatet av den narrative policy tilnærmingen.

6. Diskusjon

Studien med kartleggingen av rådgiverne i trygdeetatens arbeidslivssenter er kun et ørlite bidrag inn i utfordringen med en stor offentlig etat under omstilling. Men i et samfunns-perspektiv hvor utbetalinger til sykepenger og uførestønader er gedigne, vil alle innfallsvinkler på positive endringer være verdifulle innspill.

I diskusjonens kapittelet som følger, vil først spørreundersøkelsen og de mest relevante funnene bli omtalt. Deretter trekkes problemstillingen inn og settes i sammenheng med fremkomne kategorier og interessante kommentarer fra analysen. Dette vil videre bli vurdert opp mot fremsatte teorier og knytte seg opp mot trygdeetaten og rådgiverne på arbeidslivssenteret.

6.1 Spørreundersøkelsen – diskusjon av funn

Analysen baserer seg på 25 skriftlige besvarelser gitt av rådgivere som tilhører fire arbeidslivssentre. Kartlegging bestående av tre deler med henholdsvis 10 og 24 strukturerte spørsmål med avkrysningsalternativer og fire åpne spørsmål med mulighet for kommentarer i fritekst. Analyse er metodisk ut fra besvarelser, sannsynlighet og relevant resonnement fra en person som frem til 1.9.04 har vært ansatt som rådgiver på ett av arbeidslivssentrene. Anvendte teorier og metoder er utførlig beskrevet i tidligere kapitler. Spørreskjema og besvarelser finnes i vedlegg nr. 1 og 2.

Sett i lys av at arbeidslivssenteret ble etablert 01.01.2002 og spørreundersøkelsen foregikk i juni 2003, har de fleste rådgiverne maksimal ansettelsestid. Ut i fra dette kan det konkluderes med at det er de mest erfarne rådgiverne som har besvart. I forbindelse med ansettelsesprosesser som foregikk i tre perioder, hadde arbeidsgiver et stort utvalg søkere med høy kompetanse å plukke medarbeidere fra.

Rådgiveren er godt utdannet, spesielt innenfor økonomi og ledelse i mulig kombinasjon med helsefag. En kommentar til det høye utdanningsnivået, er at det totalt i regionen finnes flere med trygdefaglig bakgrunn enn i kartleggingen. I følge andre statistiske undersøkelser er utdanningsnivået i trygdeetaten lavere enn i befolkningen generelt. Folk med annen erfaringsbakgrunn hever snittet i vår undersøkelse. En annen årsak kan være at de mest velutdannede vil ha mest interesse av å besvare og gi innspill til en masteroppgave.

Rådgiveren har mest yrkeserfaring fra offentlig sektor med personal- og HMS-arbeid. Har vært leder, og ikke usannsynlig, sist ansatt i aetat eller trygdeetaten.

De med bakgrunn fra aetat, trygdeetaten og bedriftshelsetjeneste har tidligere kompetanse på sykefraværsoppfølging og attføringsarbeid. Alle rådgivere i enhetene aetat Arbeidslivstjeneste fikk i oppstart tilbud om overflytting til trygdeetatens arbeidslivssenter. Flertallet av rådgivere herifra hadde kompetanse fra utadrettet

forebyggende arbeid som HMS (helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplass). Mer usikkerhet knyttet til om de med erfaring fra trygdeetaten kan ha utviklet et hovedfokus på diagnoser og grad av sykkelighet i forbindelse med sin saksbehandlerbakgrunn.

Alle i undersøkelsen ser sammenheng mellom IA og HeFA. Lillestrømerklæringen som er et konsensusdokument for helsefremmende arbeidsplasser i Norge, har fått lite fokus internt på senterne. Mange kjente ikke til innholdet til tross for at prosjektgruppa i RTV var en av partene som signerte avtalen, og flere av rådgiverne deltok på konferansen. Flertallet svarte likevel bekreftende på uttalelser hentet fra erklæringen. En antagelse er at HeFA sansynligvis ikke har fått nok forankring i RTV. Konseptet har ikke i stor nok grad blitt sett på som en del av satsningsområdene for IA. Trolig har diskusjonene i trygdeetaten stilnet av med bakgrunn i dette. HeFA har derimot blomstret mer i system som tradisjonelt er forvaltere av folkehelsearbeid, d.v.s i regi av Fylkeslegene. Arbeidslivet er tatt med som satsningsområde etter Stortings meld. nr.16, 2002-2003, ”Resept for et sunnere Norge” (pp.67-69) og fylkesvise handlingsplaner, som ”Folkehelseprogrammet i Buskerud” (2004, pp.14-15). Fokuset er dessverre fremdeles rettet mest mot livsstil og fysisk aktivitet for ressurssterke personer og mindre mot mestring for mennesker som er syke eller opplever en vanskelig livssituasjon.

Et interessant funn i spørreundersøkelsen er at rådgiverne helt klart mente at IA-arbeidet omfattes både av sykdoms-/skadeforebyggende- og helsefremmende arbeid. Likevel sa kun en tredjedel at de hadde kunnskaper eller erfaring med folkehelsearbeid.

Det kan bety at få av rådgiverne hadde kunnskaper om at begrepet **folkehelsearbeid** består av **helsefremmende- og forebyggende arbeid**. Merk at under halvparten besvarer at de ser det er sammenheng mellom IA-arbeid og folkehelse. Flere har hørt om empowerment. Alle kjenner til løsningsfokusert tilnærming (LØFT) som er en profilert løsningsfokusert metodikk (Langslet 2000). Flertallet svarte bekreftende på at fokus på helsefremmende arbeidsplasser er holdningsskapende arbeid.

Spørreundersøkelsens strukturerte fakta- og informative del kan kun benyttes til å angi antagelser på rådgivergruppens bakgrunn og kompetanse.

Den kvalitative analysen av kommentardelen er mer omfattende og vil kunne beskrive tendenser i forhold til rådgivergruppens holdninger på det helsefremmende området. Analysen av kommentarene i kartleggingens siste del ble sammenfattet med kategorier som skilte seg spesielt ut. Dette oppfattes å være kjernen i hva rådgiverne beskriver i forhold til de tre spørsmålene.

Kategoriene ble slått sammen etter et resonnement og delt inn i følgende hovedgrupperinger:

Roller, kommunikasjon, kompetanseoverføring og empowerment.

DIALOG, fremkom som felles kjernekategori for rådgiverne i deres kontakt både internt, med samarbeidspartnere og med IA-virksomheter. Dialog er både en forutsetning for rådgiverens suksess med kompetanseoverføring til IA-virksomhetene og for at virksomheten kan motta og få til en helsefremmende utvikling internt i bedriften. Dialog er den måten kompetanseoverføring foregår. Alt er språk, og hvis man ikke kommuniserer, kan kompetanse vanskelig deles.

6.2 Diskusjon mot problemstilling

Studiens problemstilling er som tidligere beskrevet i kapittel 3:

”Hva er **utfordringen med å implementere (1) helsefremmende holdninger og metoder (2)** blant ansatte i en **regelstyrt offentlig etat (3)** som trygdeetaten?”

For å kunne analysere, diskutere og konkludere deles inn i tre elementer, understreket og markert med tall ().

Utfordringen med å implementere vil først og fremst være avhengig av de mulighetene det finnes for medvirkning i trygdesystemet. For etaten vil det i stor grad være påvirket av politiske beslutninger (kap.2.3.8, Den vanskelige medvirkningen). I en av kommentarene beskrives det: *”Dette er et tema som trenger tid for å lykkes. Jeg er ikke overbevist om at vi får nødvendig tid fra politiske krefter som er imot hele tiden (spørsmål 25).”*

Dernest er vellykket implementering avhengig de rollene trygdeetatens ansatte tar på seg i forhold til sine kunder som er bedrifter, ledere og brukere. Stor grad av medvirkning vil kunne gi trygdefunksjonærene handlingsrom som åpner for kreativitet, mer rom for skjønn i opplæring og saksbehandling og en entusiasme som følger etter de gode eksempler. En kommentar sier: *”at vi fortsatt klarer å skape entusiasme og begeistring” (spørsmål 28).*

Empowerment (kapittel 2.3.5) er et stikkord i forhold til medvirkning hvor etaten nettopp skal jobbe etter brukerperspektivet med individuelle oppfølgingsplaner for de fleste ytelsene. I følge Arbeidsmiljøloven’s §12 og §13, er arbeidsgiver pålagt å lage slike planer i samarbeid med den sykmeldte arbeidstaker. Det forutsetter tilstrekkelige kunnskaper om viktigheten av brukerens utgangspunkt, evner og ønsker. En kommentar lyder: *”oppmuntre til å skape arenaer for dialog mellom leder og ansatte hvor temaet er: hva må være på plass for at du skal få lyst til å gå på jobben?”*

Ett av suksesskriteriene for implementering av inkluderende arbeidsliv er å skape entusiasme og motivasjon. Det vil si å få ledere, ansatte, de syke og kollegaer til å tro på løsninger ved å fokusere på ressurser og mestring. Antonovsky har beskrevet ”opplevelse av sammenheng” (SOC) i sin teori om Salutogenesis (kapittel 2.3.6). I en salutogen tilnærming stilles spørsmål om hvorfor man faktisk har helse og ikke hvorfor man er syk. De tre komponentene i SOC er forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet. Sistnevnte er motivasjonsfaktoren. Dersom rådgiverne veileder slik at individet ser sammenhenger og forstår hvor de må begynne og hva som skal til av støtte/tilrettelegging, så har man stor mulighet for å lykkes.

I en profesjon som innvilger stønader for individets økonomiske livsgrunnlag, kan trygdefunksjonæren lett innta en maktposisjon. Stønadmottageren opplever tilsvarende avmakt med mulig forsterket sykdomsfølelse. Enkeltindivider må gis anledning til å definere sine egne problem, finne egne løsninger og få støtte til å gjennomføre dem. En slik måte å se det på krever ny forståelse av ekspertens-/den profesjonelles rolle i dennes arbeid.

Medin & Alexanderson påstår at en forutsetning for empowerment er: ”Et samfunn som gjør det mulig for mennesker å påvirke sin egen helse, må føre en politikk som fører til at medborgerne får kunnskaper og innflytelse over egen livssituasjon (kap.2.3.5).

Implementering er stor grad avhengig av samarbeid og koordinering slik at alles fagkompetanse og ansvarsområder blir benyttet for å gi best mulig målrettet service til den enkelte person eller bedrift. Kommentarer fra rådgiverne: ”Skape gode relasjoner og samhandlingsmønstre (spørsmål 28). Bistå bedriften med å bli en lærende organisasjon, hvor medbestemmelse og dialog er en del av kulturen – holdningsarbeide /motivasjon” (spørsmål 25).

Problemstillingens andre element tar for seg ”helsefremmende holdninger og metoder”. En forutsetning for argumentasjon er å sette seg inn i hva trygdeetaten og rådgiverne vil beskrive som de viktigste verdiene i begrepene. Hvilket grunnsyn gjenspeiles i trygdeetaten?

Hentet fra Medin & Alexanderson, beskrives to grunnsyn:

1. Kroppen er et mekanisk system og alle livsbetingende funksjoner må forstås som et maskineri i arbeid (atomistisk-biologisk/mekanistisk tilnærming) = diagnosefokus.
2. Et helhetssyn på mennesket. Helse er avhengig av hvordan individet mestrer omverdenen. Det som forårsaker helse (salutogenes), istedet for hva som forårsaker sykdom (salutogen tilnærming) = mestringsfokus.

Forståelsen og verdien av helse vil være helt avgjørende for trygdefunksjonærene i sin veilederfunksjon ovenfor bruker og bedrift. Det fryktes at dersom rådgiverne fortsetter å ha sykdom og sykdomsforebyggende bistand med sykefraværsoppfølging m.m. som hovedfokus, vil en evt. reduksjon i sykefraværstallene kun være kortvarig. En rådgiver sier følgende: ”Ved å presisere at det store spørsmålet egentlig er: hva er den gode arbeidsplassen her hos dere? Hva er det gode arbeidsliv? Mer fokus på holdninger enn på virkemidler og ordninger”(spørsmål 25).

Det henvises til figur 3 i oppgaven hvor helse og sykdom settes i sammenheng.

Medin & Alexanderson sorterer helse i fire kategorier (kapittel 2.3.1), en tilstand, en opplevelse, en ressurs og en prosess.

For trygdeetaten med hovedoppgave å gi service og innvilge ytelser til svakere grupper, vil helse sett som en ressurs være helt avgjørende. Nordenfeldt’s definisjon er meget relevant: ”Helse er å ha tilstrekkelig med ressurser for å virkeliggjøre sine vitale mål”. En av kommentarene: ” i dette inngår også å fremholde at arbeidet i seg selv er helsefremmende fordi arbeidet bidrar til at mennesker kan utvikle og realisere seg selv”.

Trygdeetaten må følge med i samfunnsutviklingen og i større grad integrere folkehelse strategier fra WHO og EU i sitt IA-arbeid. Kun en tredjedel av rådgiverne hadde kunnskaper eller erfaring med folkehelse, og få så sammenheng mellom dette og IA. Som det står i målbeskrivelsen for Europaregionen i ”Helse for alle”:

”Innen år 2010 bør alle medlemsstater ha forsikret seg om at profesjonene innenfor helse- og helsevesen og i andre samfunnssektorer, har fått tilstrekkelige kunnskaper om og tilegnet seg en positiv tilnærming til helsearbeidet samt utviklet ferdigheter i forhold til å verne og fremme helsen”.

Ottawacharteret definerer helsefremmende arbeid som ”prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse”. Når helsefremmende prosesser tilpasses arbeidsplass, må det fokuseres på en ledelse som styrer mot målet: God helse. Det må

settes inn nok ressurser, de ansatte må bruke egne ressurser og få muligheter for utvikling og tilrettelegging. En rådgiver sier: *”Skape forståelse for at menneskelig arbeidskraft må ”gjødsles” for at energien skal beholdes og utvikles, og at ”gjødslingen” må skje ut fra individuelle behov”*(spørsmål 28).

Enkeltmenneskene må oppleve å være betydningsfulle ut i fra de ressurser og den plass i arbeidsliv og samfunn de har. Veiledning må fokusere på hvilke løsninger som er mulig og ikke bare se begrensningene. Det må rådgiverne være seg meget bevisst. Som en av rådgiverne sier: *”LØFT-fokus, (løsningsfokuset tilnærming) på ressurser; hva får dere til /hvor vil dere /hva skal til for at osv. vil også fremheve veiledningsperspektivet: vi kan ikke fortelle folk hva de bør gjøre, men heller stille de gode spørsmålene som får folk til å reflektere sjøl”*(spørsmål 26).

Det siste element i problemstillingen omhandler utfordringen i å forankre helsefremmende holdninger og metoder i en tung regelstyrt offentlig etat/trygdeetaten. Medvirkning og samhandling er forutsetninger for å myke opp og kunne samarbeide mer på tvers av enheter og ansvarsområder. Brukeren er i fokus (kapittel 2.3.8.). Kjernekategori DIALOG fra kommentaranalysen veier tungt i denne sammenhengen. Fra kommentarene: *”Forutsetter at det er god samhandling mellom etatene; trygdekontorene, aetat, hjelpemiddelsentralen og legene. Er det propper der, vanskeliggjøres servicen og raske avgjørelser i enkeltsaker”* (spørsmål 28). Og: *”Flere ting, men ofte er det en god start å bidra til at aktørene våger å gå inn i saker /områder, selv om de føler at de er inkompetente. Aksepten for hverandre i virksomheten bygges i hverdagen, og det er når medvirkning blir ekte og relasjonen blir trygg at det helsefremmende arbeidet får vekstbetingelser.* Trygdeetaten er i sterk omstilling etter innføringen av IA-konseptet og over 300 nye rådgiverstillinger på landsbasis. Mange i etaten har fått endret arbeids- og ansvarsområder. Berg stiller et interessant spørsmål: *”Hvordan kan medvirkningsbasert utviklingsarbeid drives innenfor hierarkisk organisert og sterkt regelstyrt statlige virksomheter som samtidig er under kraftig ytre press for vesentlige, helst raske omstillinger?”* Fremover er det lagt vekt på et langt større fokus på teamarbeid hvor rådgiveren har et koordineringsansvar i forhold til arbeid mot IA-virksomhetene. Rådgiverne har underforstått fått tildelt et stort ansvar for det interne samarbeid. De skal være ganske så bevisste sin integrerende rolle i forhold til saksbehandlerne. Fra kommentarene: *”Konflikt mellom rollen som byråkrat og rollen som igangsetter (insitament)/katalysator og rådgiver.* Arbeidet med IA krever i stor grad kompetanse på endringsprosesser, helsefremmende arbeid, betydningen av interne ressurser og reell medvirkning. Som en rådgiver sier: *”Lære av hverandre gjennom å gjøre ting sammen. Avklare forventninger til samarbeidet”* (spørsmål 26).

Det kan virke som om trygdefunksjonærer med evne til samarbeid og kompetanse på helsefremmende arbeid og løsningsfokuset tilnærming, er ett av flere suksesskriteriene for å lykkes med et inkluderende arbeidsliv. De ser ut til å ha potensial til å oppnå positive resultater i forhold til redusert sykefravær og aktivisering av personer med nedsatt funksjonsevne i sin kontakt og arbeid med IA-virksomhetene.

7. Konklusjon

Svarene i spørreundersøkelsen er rådgivernes egenvurdering innenfor et smalt teoretisk område i forhold til kompetanse og innsats i IA-arbeidet. Hva som faktisk skjer i praksis, hvor helsefremmende og hvor god dialog hver enkelt rådgiver har med sine IA-virksomheter, sier kartleggingen ingenting om. Trukket ut i et brukerperspektiv kan en stille spørsmål om hvordan en ansatt i en IA-virksomhet opplever å bli fulgt opp av både leder og trygdeetaten når han/hun faktisk blir syk. Møtes vedkommende av en saksbehandler med helsefremmende- og positive holdninger på trygdekontoret? Og har da de helsefremmende holdningene blitt overført fra rådgiveren på Arbeidslivssenteret til leder, som igjen viser omsorg og følger opp med tilrettelegging for den som har blitt syk? Samstemmer holdningene og handlingene til rådgiveren og saksbehandleren som faktisk er fra samme etat, trygdeetaten? Og forsterker de hverandre for å oppnå et inkluderende arbeidsliv?

Enkelte subjektive observasjoner og antagelser er det ønskelige å komme med i konklusjonen. Bakgrunnen er at studenten har vært ansatt i trygdeetaten siden 2001, og forskning er gjort i eget felt. Fra arbeidsplassen på arbeidslivssenteret i Buskerud, ble observasjoner gjort på at ”innovasjonen Inkluderende Arbeidsliv” ikke hadde samme betydning i hele trygdeetaten. Rådgiverne profilerte IA og gode eksempler på aktive IA-virksomheter, men de var ikke så opptatte av et likeverdig samarbeid med saksbehandlerne på trygdekontorene. Det kunne se ut som om de samarbeidet og utvekslet mer erfaringer med hverandre og rådgivere i andre fylker. Det ble observert at fokuset på diagnoser og sykdom absolutt var til stede i rådgivergruppen. Det må også stilles spørsmål om i hvilken grad saksbehandlerne faktisk hadde reell medvirkning i forhold til sitt arbeid ovenfor IA-virksomhetene og de sykmeldte. Årsaken var at rådgivergruppen så ut til å være en tett sammensveiset enhet, men ikke spesielt inkluderende i forhold til egen etat. Samarbeidet med saksbehandlerne kunne se ut til å være haltende. Noe urovekkende er at rådgiverne i følge rolledokumentet, er koordinatorene for etatens arbeid ovenfor IA-virksomhetene og deres sykmeldte.

Den narrative tilnærming med granskningen av dokumenter for de to retninger; folkehelse (1) og arbeidsmiljø (2), viser at koplinger til helsefremmende begreper /uttalelser forekommer kun én gang i IA-avtalen (2001). Det er formuleringen: ”*aktiv dialog mellom*”. Ordlyden tolkes helsefremmende med stor velvilje. Intensjonsavtalen er utgangsdokumentet for etatens rolledokument som gir sterke føringer for trygdeetatens arbeid og interne ansvarsfordeling i forbindelse med inkluderende arbeidsliv. Det er et meget viktig styringsdokument for rådgivernes arbeid på arbeidslivssenteret og fraværet av helsefremmende fokus gir svært dårlige signaler for å kunne arbeide ut fra folkehelse teorier og metoder.

En antagelse etter analysen av spørreundersøkelsen, narrativ tilnærming til aktuell dokumentasjon og interne erfaringer fra organisasjonen, er at det kan synes som rådgiverne i trygdeetatens arbeidslivssenter har begrensede kunnskaper om folkehelsearbeid. Av 25 sa 17 at de ikke hadde kunnskaper eller erfaringer fra dette. Mer enn halvparten så ikke sammenheng mellom IA-arbeidet og folkehelse. Det refereres til tidligere omtalte begrep og teorier. Som masterstudent og ansatt i trygdeetaten, mener jeg at rådgiverne må ha et minimums kunnskapsforhold til

helsebegrepet og empowerment. Det synes som om et fåtall oppfatter likhetene mellom det mer arbeidsmiljørelaterte begrepet medvirkning og folkehelsens empowerment. Rådgiverne ser ut til å reflektere mindre over hva som skal til for å få en syk person til å føle seg frisk nok til å kunne fungere i arbeidslivet. Deres fokus er tilsynelatende mer på årsaker til sykdom enn vilkår for helse. For å oppnå resultater i form av syke mennesker som lykkes å vende tilbake til arbeidslivet, forventes det en minimums kompetanse av rådgiverne. De forventes å være i besittelse av tilstrekkelige kunnskaper om mekanismer som stimulerer til motivasjon og mestring både hos enkeltpersoner og ledelsen som skal satse på IA.

Tradisjonelt innenfor norsk næringsliv, har de fleste som er bedriftsrådgivere, kompetanse og erfaring fra organisasjonsutvikling og kvalitetssikring. De innehar dermed kunnskaper på forebyggende arbeid som i vesentlig grad er risiko- og sykdomsforebyggende og knyttet til arbeidsplass og produksjon, eks. HMS og QA. Personalutvikling eller HR (Human Resource) er i liten grad koplet til folkehelse teorier. Sammenhengene er ikke innlysende for dem. Slik enkelte rådgivere svarte, mener flere at folkehelse hører til helsevesenets ansvar. Tilnærmingen med Narrative Policy Analysis understreker at det synes å være en generell oppfatning av to separate arenaer med forskjellige teorier og metoder for at mennesker skal være betydningsfulle og mestre livene sine. Logisk er det urimelig fordi individet er en og samme person i arbeidslivet på dagtid eller med familie og aktiviteter på kvelden. Opplevelsen av sykdom og nederlag, eller helse og suksess tas med enten man er på jobb eller i hjemmet.

Utfordringen fremover er å implementere helsefremmende holdninger og metoder inn blant de ansatte i trygdeetaten. Da først vil man ha mulighet for å lykkes med å få brukerne til å erverve og mestre et meningsfylt arbeidsforhold på tross av ressurs- eller helsemessige begrensninger.

For å få dette til må folkehelse teorier og metoder spesielt omhandlende empowerment /medvirkning, trekkes mye mer inn i offentlig forvaltning i arbeidet med kundene (arbeidsgivere og brukere). Påstanden gjelder i stor grad IA-arbeidet med verdisyn, samarbeid, holdninger og kompetanse for rådgiverne på Trygdeetatens arbeidslivssenter.

Da først kan man lykkes med å oppnå et mer inkluderende arbeidsliv slik som Arbeids- og Sosialminister (tidligere Helseminister) Dagfinn Høybråten beskriver på pressekonferanse høsten 2004:

”- veien inn i arbeidslivet skal bli bredere mens veien ut må bli smalere”.

8. Takk til

I arbeidet med Masteroppgaven er det først og fremst min mann, Torbjørn – dr. Solberg, jeg vil gi en stor takk for uvurderlig støtte og evig optimisme når det så som mørkest ut. Oppgaven ville garantert blitt lagt på hylla uten hans varme støtte.

Jeg vil også takke mine foreldre, bror, sønner og gode venninner for deres interesse og oppmuntrende tilrop. Det til tross for en felles oppfatning av at dette var en komplisert oppgave over et vanskelig og kanskje litt kjedelig tema.

En annen viktig person som virkelig fortjener en stor takk er min alltid tilgjengelige, optimistiske bi-veileder, Anne Inga Hilsen på Arbeidsforskningsinstituttet. Hun ble min personlige rettleider uten honorar ut ifra stor velvilje, engasjement, forskererfaring fra IA og trygdeetaten samt et sterkt ønske om at jeg skulle lykkes med dette. Hun har utrolig mye kompetanse å dele med seg, og det er henne jeg kan takke for at dette ble en leveringsklar vitenskapelig avhandling.

Jeg må samtidig takke min hovedveileder Bengt Lindstrøm, universitetslektor på NHV. Han bidro med mye kreativitet og var en god diskusjonspartner i våre møter på Nordiska både i korte pauser innimellom kurs og på mine studieuker høst og vår 2004. Det skjedde mye utviklingsarbeid i disse ukene. Han var dessuten den som først åpnet mine student-øyne for helsefremmende arbeid med sin ”helse-flod”. Senere deltok jeg på hans inspirerende kurs om Antonovsky og Salutogenese. Han er en spesielt dyktig og engasjerende foreleser som jeg har fått mye kunnskaper av.

Til slutt vil jeg takke for all velvilje i trygdeetaten med fylkestrygdedirektør i Buskerud, Ingeborg Sølvérud, i spissen. Kollegaer på Arbeidslivssenteret må takkes, Ole og Audunn spesielt. Med sine besvarelser og støttende kommentarer, har de bidratt til at dette faktisk ble en masteravhandling. Mitt ønske er at de som takk kan få tilbake nye og forhåpentligvis nyttige kunnskaper om helsefremmende arbeid ut fra erfaringene, teoriene og diskusjonene i denne oppgaven.

En STOR takk for støtten til dere ALLE!

MERETE

9. Referanseliste

- Antonovsky A. (1991) *Helsans mysterium (Unravelling the mystery of health)*. Natur och Kultur, Stockholm.
- Antonovsky A. (1979) *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Berg A.M. (1998) *Den vanskelige medvirkningen – arbeidstakermedvirkning i staten 1970 – 1996*. Arbeidsforskningsinstituttets skriftserie nr.5. Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Eklund L. (1999) *From citizen participation towards community empowerment – an analysis on health promotion from citizen perspective*. (Academic dissertation). University of Tampere.
- Encyclopedia Britannica (1980) *Vol 5*. William Benton Publisher 1943 – 1973, Chicago, USA.
- European Network Workplace Health Promotion. www.enwhp.org
- EU Council Directive (1989) no 89/391/EC, Brussel.
- EU Artikkel 129 (1996) *Traktat om Den Europeiske Union og programmet om innsats innenfor helsefremmende arbeid, informasjon, utdanning og trening*, no 645/96/EC, Brussel.
- Falkum E. (2004) Har vi en arbeidsgiverpolitikk - utdrag fra forskningsstiftelsen Fafos rapport, *Rehabiliteringsmagasinet BRIS/RTV nr.1*, p. 61-63.
- Forsberg E., Hagquist C. & Starrin B. (1997) *Empowerment som modell i skola, omsorg och arbetsliv*. Gotia, Stockholm, p. 9-32.
- Hanson A. (2004) *Helsopromotion i arbetslivet*. Studentlitteratur, Malmö.
- Hauge H. & Mittelmark M.B.(red) (2003) *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Fagbokforlaget, Bergen.
- Healthy Employees in Healthy Organisations (1999) ENWHP.
- Hole S.P. (1999) *Det er bruk for alle, kortversjon av NOU 1998:18*. Kommuneforlaget, Oslo.
- Iannantuono A. & Eyles J. (1999) Environmental health metanarratives: an analysis of policy making in Ontario, Canada. *Health & Place*, **5**, p.139-156.
- Kvale S. (1997) *Den kvalitative forskningsintervjuen*. Studentlitteratur, Lund.

- Kuhn K., Henke N. & Peters V. (1999) *European Network Workplace Health Promotion (ENWHP)-final Report 1998*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Lindstrøm B. (1996) (Kumlin red) Antonovsky och salutogenesen i den postmoderna folhelsovetenskapen. Stockholm. *Svenska forskningsrådets rapport 9/96*, p. 15-20.
- Luxembourgdeclaration (1997) *Workplace Health Promotion in European Union*. ENWHP.
- Lillestrømerkleringen (2002) *norsk utgave fra artikkel 129 no 645/96/EC*. Statens arbeidsmiljøinstitutt, Oslo.
- Malterud K. (1993) Shared Understanding of the Qualitative Research Process, Guidelines for the Medical Researcher. *Family Practice* **10**, p.201-206.
- Malterud K. (2001) Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet* **358**, p.483-488.
- Medin J. & Alexanderson K. (2000) *Begreppen Hälsa och hälsofrämjande – en litteraturstudie*. Studentlitteratur, Lund.
- Menchel E. & Österblom L. (2000) *Hälsofrämjande prosesser på arbetsplatsen*. Arbetslivsinstitutet, Stockholm.
- Mæland J.G. (1999) *Forebyggende helsearbeid – teori og praksis*. Tano Aschehoug, Bergen.
- Nordenfelt L. (1991) *Livskvalitet og helse: teori og kritik*. Almquist & Wiksell, Falkøping.
- NOU (1998) *Det er bruk for alle – styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. NOU 1998:18. Norges offentlige utredninger, Oslo.
- Nytrø K. (1997) *Sykefravær – årsaker og muligheter, en oversikt over årsaker til fravær og muligheter for forebygging, KS FOU-satsning på arbeidsgiverpolitikk*. SINTEF IFIM, Trondheim.
- Repstad P. (2004) *Dugnadsånd og forsvarsverker – tverretatlig samarbeid i teori og praksis*. Universitetsforlaget, Oslo.
- Riessman C.K. (1993) *Narrative Analysis – Qualitative research methods series 30*. SAGE Publication, London.
- RTV (2001) *Trygdeetatens verdibok*. Rikstrygdeverket, Oslo.
- RTV (2004) *Inkluderende arbeidsliv – en samlet beskrivelse av trygdeetatens roller, ansvar, oppgaver*. Dokument IA 8.1- 016.1.0. Rikstrygdeverket, Oslo.

Silverman D. (2000) *Doing Qualitative Research – a practical Handbook*. SAGE Publications, London.

Statens Arbeidsmiljøinstitutt, www.stami.no

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge, Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.

Stortingsmelding nr. 35 (1994-1995) *Velferdsmeldingen*. Oslo: Sosial- og Arbeidsdepartementet.

Stortingsmelding nr. 39 (1991-1992) *Attføringsmeldinga*. Oslo: Sosial- og Arbeidsdepartementet.

Stortingsproposisjon nr.1 tillegg 1 (2001-2002) *Intensjonsavtalen for et inkluderende arbeidsliv*. Oslo: Arbeids- og Administrasjonsdepartementet.

Torvatn H. & Vedi C. (1999) *Idebok for kommunalt sykefraværarbeid*. SINTEF IFIM, Trondheim.

World Health Organization (1998) *Health 21 – The health for all policy for the WHO European Region – 21 targets for the 21st century*. World Health Organisation, Region Office for Europe, Copenhagen.

World Health Organization (1948) *Konstitusjonstekst*. www.who.int

World Health Organization (1986) *Ottawacharteret for Health Promotion*. WHO.

World Health Organization (1997) *Statement on Healthy Workplaces – Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta 21-25 July 1997*. WHO.

KARTLEGGINGSSKJEMA - SPØRREUNDERSØKELSEN:

Vedlegg 1

Merete Risan (rådgiver og deltidsstudent)
Trygdeetatens Arbeidslivssenter i Buskerud
postboks 3603
3007 Drammen
tlf. 32 20 24 59 / 48 10 10 49 - FAX: 32 20 24 51
e-mail: merete.risan@trygdeetaten.no



En spørreundersøkelse med deltagere fra Arbeidslivssentrene i :
TELEMARK, VESTFOLD, ØSTFOLD, BUSKERUD (Skagerak-
regionen).

Svarskjema har nummeret (fylles ut av Merete):.....

Navn på rådgiveren som svarer :.....

Ditt arbeidsstedet, dvs. Arbeidslivssenteret i :.....

NB! Spørreskjemaene kodes med nummer av intervjuer. Svarene vil bli behandlet konfidensielt ved at forsiden fjernes før databehandling. Navnet kan bli hentet frem igjen da noen få intervjuobjekter velges ut fra hvert av arbeidslivssenter. Intervjuer er den eneste som vil ha tilgang på identitet og vil følge etiske retningslinjer for personvern ved denne type spørreundersøkelser.

De som absolutt ikke ønsker å oppgi sitt navn har full anledning til det. Arbeidsstedet må utfylles. Alle besvarte spørreskjemaer er verdifulle i undersøkelsen.

Medvirkende arbeidslivssentrene vil få skriftlig tilbakemelding med funn og konklusjoner for denne kartleggingen. Lederne vil bli informert underveis og invitert til samarbeide.

Innledning:

Dette er del av en Masteroppgave i helsefremmende- og forebyggende arbeide (MPH) ved **Nordiska Helsovårdhøgskolen** i Gøteborg. Studenten er rådgiver ved Arbeidslivssenteret i Buskerud. Forventes gjennomført i løpet av 2003 (Ferdig oppgave med frist senest 1.5.04). Planen er laget i dialog med Fylkestrygdedirektøren i Buskerud, med løpende informasjon til leder av Arbeidslivssenteret i Buskerud og med forankring i prosjektgruppa i RTV.
En av veilederne er Anne Inga Hilsen på Arbeidsforsknings instituttet, AFI.

Helsefremmende arbeidsplasser og dialog med næringslivet

- En utfordring for rådgiverne i Trygdeetatens nye Arbeidslivssentre for å oppnå suksess i arbeidet med et mer inkluderende arbeidsliv og redusert sykefravær.

Formål

Studiens formål er å evaluere status og beskrive betydningen av den helsefremmende tilnærming i rådgivernes kommunikasjon med næringslivet som et av flere suksesskriterier.

Underforstått avdekke i hvilken grad og på hvilke måte rådgiverne tar i bruk denne retningen med et "friskt" perspektiv i sin dialog med ledere og tillitsvalgte i bedriftene de er kontaktpersoner for. Er de bevisste i bruk av helsefremmende strategi for kompetansen de legger igjen hos kontaktpersoner i virksomhetene de har dialog med ? Studien vil analysere teorier satt opp mot sammenhengen mellom suksess og rådgivernes kompetanse, holdninger og kommunikasjon med næringslivet.

Intensjonen er å evaluere rådgivertjenesten i Trygdeetatens arbeidslivssentra med hensikt å gi lokale- og sentrale myndigheter dokumenterte anbefalinger om iverksetting av relevante kompetansehevende tiltak for å oppnå regjeringens tre vedtatte mål i Intensjonsavtalen.

For den enkelte rådgiver kan det bety spennende tilbud om nye kunnskaper.

2003-06-10

I) Informativ del - rådgivernes bakgrunn

a) Kjønn

kvinne

mann

b) Alder:

under 30år

50år

mellom 30 og

over 50år

c) Hvor lenge har du

arbeidet

på Arbeidslivssenteret:

mindre enn 6mnd

ca 1år

over 1 år

d) I år, har du mest yrkeserfaring fra

(sett ett kryss):

offentlig sektor

privat sektor

e) Har du arbeidserfaring fra tidligere med:

personalarbeide

HMS-arbeide

f) Er du:

Leder

Tillitsvalgt

Verneombud

Annet

g) Har du vært:

Leder

Tillitsvalgt

Verneombud

Annet

h) Var din siste jobb innenfor:

Trygdeetaten

Aetat

Arbeidslivstjeneste

Bedriftshelsetjeneste

Annet

i) Hva er hovedvekten av

utdanningen din innenfor(sett

ett kryss):

helse

pedagogikk

Økonomi/ledelse

teknisk

håndverk

annet

j) Hvor mange års utdanning har du utover grunnskole:

II) Kunnskapsfaglig del 1

- 1) Bruker du bevisst noen form for strategi i din dialog med kontaktpersoner i virksomhetene
for å legge igjen kompetanse ?
JA - **NEI**
- 2) Har du hørt om konseptet ”Workplace Health Promotion” (WHP) og / eller ”Helsefremmende arbeidsplasser (HeFA) ?
JA - **NEI**
- 3) Kjenner du innholdet i konseptet WHP/ HeFA ?
JA - **NEI**
- 4) Har du hørt om ”Lillestrøm-erklæringen” ?
JA - **NEI**
- 5) Kjenner du innholdet i denne erklæringen ?
JA - **NEI**
- 6) Ser du noen sammenhenger mellom inkluderende arbeidsliv og helsefremmende arbeidsplasser ?
JA - **NEI**
- 7) Tenker du over at det kan være forskjell på det sykdomsforebyggende og det helsefremmende aspektet i den dialogen du har med arbeidsgiver ?
JA - **NEI**
- 8) Er dette et tema som har vært opp på møter /opplæring på ditt arbeidslivssenter ?
JA - **NEI**
- 9) Har du hørt om ”LØFT” (og/ eller ”Reteaming”) ?
JA - **NEI**
- 10) Bruker du elementer av dette bevisst i dialogen med kontaktpersonene i virksomhetene ?
JA - **NEI**
- 11) Kjenner du begrepet ”empowerment” ?
JA - **NEI**
- 12) Har du kunnskaper om og /eller erfaringer fra folkehelsearbeid ?
JA - **NEI**
- 13) Hvis JA, ser du noen sammenheng mellom arbeide med inkluderende arbeidsliv og folkehelse?
JA - **NEI**

III) Kunnskapsfaglig del 2

Er du enig eller uenig i følgende påstander:

14) Arbeide med inkluderende arbeidsliv omfattes både av sykdoms- /skadeforebyggende og helsefremmende arbeide:

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

15) Sykdoms- /skadeforebyggende arbeide er mer effektivt enn helsefremmende arbeide:

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

16) Rådgiverne på Arbeidslivssenteret skal rådgi ledelsen til å ta ansvar for å bygge opp engasjement og forståelse for betydningen av helsefremmende tiltak i organisasjonen:

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

17) Rådgiverne skal bidra til å skape en kultur i virksomhetene for god omgangstone som fører til at hver og en blir sett og føler at de er betydningsfulle:

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

18) Helsefremmende arbeidsplasser skapes når arbeidsplasser åpner opp og imøtekommer den enkeltes behov, ressurser og potensiale og kan utvikles gjennom deltagerstyrte prosesser:

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

19) Folkehelsearbeide drives bare av helsepersonell som f.eks fylkeslegen, kommunehelse-tjenesten og primærlegen :

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

20) Arbeidslivssenteret har en rådgivende rolle i det sykdoms- /skadeforebyggende arbeidet ved en virksomhet, men ikke i det helsefremmende arbeidet:

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

21) Rådgivning om helsefremmende arbeide bør drives av andre aktører enn Arbeidslivssenterets ansatte.

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

22) Bedriftshelsetjenesten er de som bør jobbe aktivt med konseptet helsefremmende arbeidsplasser:

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

23) Arbeide med helsefremmende arbeidsplasser er holdningsskapende arbeide :

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

24) Jeg ser ikke den store forskjellen mellom sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeide:

Helt enig Helt uenig
1 2 3 4 5 6

IV) Kommentar del :

25) Kan du eventuelt gi noen eksempler på hva du mener er helsefremmende arbeide innenfor ditt fagområde med bistand til IA-virksomhetene

.....
.....
.....

26) Dersom du har svart JA, på at du har en bevisst strategi i din dialog med virksomhetene for å legge igjen kompetanse (sp.1), kan du kort beskrive hva den går ut på.....

.....
.....

27) Dersom du har svart NEI, på at det er noen sammenheng mellom inkluderende arbeidsliv og helsefremmende arbeidsplasser (sp.6), vil du da gi en kort begrunnelse for dette.....

.....

28) SÅ TIL SLUTT : Kan du kort nevne de største utfordringene Rådgiverne i Arbeidslivssenterne står ovenfor for å lykkes i sitt arbeide med et inkluderende arbeidsliv og dermed gode resultater for de tre delmålene

.....
.....
.....

MERETE TAKKER FOR HJELPEN OG ØNSKER EN RIKTIG GOD SOMMER !

Til spørsmål 25) :

”Kan du eventuelt gi noen eksempler på hva du mener er helsefremmende arbeide innenfor ditt fagområde med bistand til IA-virksomheter.”

- Holdningskapende arbeide. Se muligheter. Åpne for innspill fra de ansatte hvor de ser muligheter for endringer. Fokuserer på det positive.
- At vi sørger for at det lages en arena for dialog; at lovpålagte organer, oppgaver og møteplasser fungerer evt. m/ bistand i bedriftsinterne utvalg
- At vi orienterer om metodikk for å kartlegge hvordan arbeidsmiljøet fungerer og oppleves.
- Forebyggende arbeid.
- Påvirke /påpeke bedriftens strategiske mål – har de et ”menneskelig fokus”?
- Påvirke /påpeke bedriftens evt. Målstyringsdokumenter.
- Rutiner for personaloppfølging.
- Informasjon om kosthold, søvn, fysisk aktivitet, røyking, livsstil m.m. I dette inngår også å fremholde at arbeidet i seg selv er helsefremmende fordi arbeid bidrar til at mennesker kan utvikle og realisere seg selv. Arbeidsplassen er en viktig arena for at man skal oppleve å lykkes og mestre hverdagen.
- Bruk av LØFT i dialog med bedriftene. Bidra til å etablere dialog mellom leder og ansatt med utgangspunkt i LØFT.
- Viktigst med en grunnholdning om viktigheten av å generelt sikre både den fysiske og psykiske helse gjennom aktiviteter og impulser.
- Holdningsendringer for ledere til å bry seg om den syke og prøve tilrettelegge for vedkommende. Motivere arbeidsplassen til å ha sosiale aktiviteter som stimulerer til å lage samhold og kameratskap. Akseptere hverandres gode og svake sider.
- Kurs: ift motivasjon og arbeidsglede, Kommunikasjon: hverdagsdialogen, den gode samtalen med aktiv lytting, stille åpne spørsmål, tilbakemeldingskultur, god planlegging og samtaler
- Gode rutiner /oppfølging ift. nyansatte
- Samtaler ved avslutning av et arbeidsforhold.
- Struktur, rutiner, kommunikasjon med god dialog, opplysning og samtalepartner.
- Ved å presisere at det store spørsmålet egentlig er: hva er den gode arbeidsplassen her hos dere? Hva er det gode arbeidsliv? Mer fokus på holdninger enn på ”virkemidler og ordninger”.
- At ansatte får være med å ta beslutninger, lage retningslinjer for egen arbeidsplass, blir informert om det som skjer i bedriften, får medbestemmelse i størst mulig grad, gis ansvar og blir stilt krav til. Ansatte må tas på alvor.
- Bistå bedriften med å bli en lærende organisasjon, hvor medbestemmelse og dialog er en del av kulturen – holdningsarbeide /motivasjon.
- Fokus på lederskapets betydning og forankring i ledelsen, fokus på dialog og samspill leder – medarbeider.
- Lederopplæring og erfaringsutveksling. Oppmuntre til å skape arenaer for dialog mellom leder og ansatt hvor tema :”hva må være på plass for at du skal føle lyst til å gå på jobben ?”

- Når jeg klarer å overbevise den enkelte ansatte om at det er han/hun – ikke arbeidsgiver – som har hovedansvaret for egen helse, og at de snarest bør ta konsekvensen av nettopp det. Jeg oppfordrer dem til å gå kritisk igjennom hvordan de lever, dvs. hva de spiser og drikker, beveger seg /trener, og hvordan de har det sosialt både i og utenfor arbeidstiden. Og selvsagt oppfordres de som røyker til å slutte med den slags. Samtidig gjør jeg arbeidsgiver oppmerksom på det klare ansvaret han/hun har for å legge definerte forhold til rette på arbeidsplassen, både det psykiske og det fysiske.
- Flere ting, men ofte er det en god start å bidra til at aktørene våger å gå inn i saker /områder, selv om de føler at de er inkompetente. Aksepten for hverandre i virksomheten bygges i hverdagen, og det er når medvirkning blir ekte og relasjonen blir trygg at det helsefremmende arbeidet får vekstbetingelser.
- Jeg mener helsefremmende arbeide er et område som fortrinnsvis skal jobbes med fra BHT der det finnes. Der man ikke har BHT vil jeg veilede ledelsen og arbeidstakerrepresentanter slik at de får fokuset på nærværsfaktorer og evt. Fraværsfaktorer. Å ha fokuset på arbeidsmiljø, både det fysiske og psykososiale er viktig i dette arbeidet. At ledelsen blir lært opp i hva som ligger i begrepet medinnflytelse og informasjon.

Til spørsmål 26) :

”Dersom du har svart JA på at du har en bevisst strategi i din dialog med virksomhetene for å legge igjen kompetanse (sp.1), kan du kort beskrive hva den går ut på.”

- Være ydmyk i forhold til eksisterende arbeid/struktur/kultur i bedriften og la bedriften definere behov i utgangspunktet, men være klar på hva vi kan gjøre;
- formidle kompetanse og forslag til tiltak
- jeg gjør ikke jobben for dem, men jeg hjelper de å gjøre jobben slik at de klarer det selv neste gang.
- Forsøke å synliggjøre resultater av tiltak, anslå langsiktig konsekvens av et tiltak.
- Støtte lederne i å være tydelig i sin kommunikasjon.
- Støtte lederne i å stille krav til arbeidstakerne.
- Den varierer fra bedrift til bedrift.
- Vi må fokusere på at medarbeidere er 24-timers mennesker slik at vi må se arbeid og fritid under ett og hvordan det ene kan påvirke det andre.
- Gir opplæring til ledere og tillitsvalgte.
- Skape forståelse for IA-tankegangen og gjøre ledere og andre involverte i stand til å gjennomføre IA-arbeidet gjennom å styrke, veilede og oppmuntre.
- Stimulere og direkte lære dem om aktive sykmeldinger. Lære dem aktivt hva aktiv sykmelding er og hvordan det kan brukes. Styrke ledernivå på kommunikasjonskunnskap og dialog for eksempel.
- Skape gode relasjoner
- Få god informasjon om hva som er gjort i virksomheten tidligere i forhold til HMS, arbeidsmiljøkartlegging. Bevisst ta tak i det som er gjort for å motivere til videre arbeid/læring
- Gi eksempler ut fra virksomhetens situasjon informasjon om hva vi kan tilby, men samtidig vektlegge betydningen av arbeid i egen virksomhet.

- Opplyse muntlig og skriftlig, eksempler, lære av erfaring, kurs med aktiv oppgaveløsning, involvere ledere, saksbehandlere og tillitsvalgte.
- LØFT: fokus på ressurser; hva får dere til /hvor vil dere/hva skal til for at osv. vil også fremheve veiledningsperspektivet; vi kan ikke fortelle folk hva de bør gjøre, men heller stille de gode spørsmålene som får folk til å reflektere sjøl.
- Prøver å legge igjen kompetanse på de områdene som er aktuelle for bedriften. Må lytte til deres behov, og prøve å finne ut hvor de trenger økt kompetanse.
- Lære av hverandre gjennom å gjøre ting sammen. Avklare forventninger til samarbeidet.
- Jeg bistår organisasjonen i det arbeidet de selv definerer som viktig innen rammen av IA. Jeg kan også bistå med metoder for god kartlegging av deler av virksomhetens behov for bistand. Jeg gjør ikke jobben for dem, men avklarer hva de selv må gjøre og hvor vi andre kan bistå. Jeg er tydelig på at IA er jobben deres.
- Oppmuntre til arbeidsmøter mellom leder og ansatt hvor de drøfter praktiske løsninger for å oppnå IA-målene. Bruker også LØFT-spørsmål der det er naturlig.
- Jeg peker på at min rolle er å være veileder som hjelper dem med å komme på sporet, og de deretter skal klare seg selv. Dette betyr selvsagt ikke at jeg trekker meg ut, men at jeg fortsatt vil være deres rådgiver og samtalepartner om IA-arbeidet, samtidig som jeg /arbeidslivssenteret vil bidra med kursing og opplæring når og hvor det er nødvendig.
- Jeg er bevisst på kompetanseoverføring allerede når jeg er ute på min første informasjonsrunde. Dette også for at bedriften får økt sin kompetanse som kan være nyttig selv om de ikke skriver avtale. Jeg bruker praktisk folkelige eksempler slik at de lett kan fatte hva og hvordan de bør jobbe med IA. Prøver å være veileder fremfor rådgiver der det er mulig og nyttig. Tilbyr kurs med mer dybdekunnskap.

Egen liten ”oppskrift” fra en av besvarelsene:

1. Alltid bygge relasjoner mellom virksomheten og meg/oss
2. Samtaler med virksomheten, utfordringer de selv ser, gripe virkeligheten hos virksomheten.
3. Foreslå mulige grep (etter en stund, kanskje etter 2.møte, alt er situasjonsbetinget og sikkert farget av de prosessene en selv har mest tro på)
4. Starter prosessen ut fra de signaler bedriften selv gir, og som regel er dette tema som i alle fall tangerer innpå konseptet vårt.
5. Hvis kompetanseoverføringa skjer på måter som ligner kurs, kalles de alltid IA-verksted. Dette tar ofte Alvoret vekk fra opplegget, ved at vi sammen snakker ut kompetansen gjennom samtaler /rollespill og presentasjoner. Er jeg heldig så snakker vi oss gjennom konkrete utfordringer som bedriften har der og da.

Til spørsmål 27) : Ingen kommentarer fordi ingen svarte nei på spørsmål 6.

”Dersom du har svart NEI på at det er noen sammenheng mellom inkluderende arbeidsliv og helsefremmende arbeidsplasser (sp.6), vil du da gi en kort begrunnelse for dette.”

Til spørsmål 28) :

”SÅ TIL SLUTT: Kan du kort nevne de største utfordringene Rådgiverne i Arbeidslivssenterne står ovenfor for å lykkes i sitt arbeide med et inkluderende arbeidsliv og dermed gode resultater for de tre delmålene.”

- Å klare måloppnåelse på delmål 2 med dagens arbeidsledighetstall. Utfordringen blir å finne ”salgsargumenter” for å motivere bedriftene.
- Gi bedriftene trygghet for at dette ikke bare er et nytt ”trendy” prosjekt som ikke får støtte og oppmerksomhet etter en viss periode. Overvinne ”såpebobleangsten” og populistiske politikere.
- Stikkord er ”troverdighet”
- Konflikten mellom rollen som byråkrat og rollen som igangsetter (insitament)/ katalysator og rådgiver.
- Få ledelsen til å engasjere seg.
- Få bedriften til å jobbe med /gjøre noe med: holdninger, kultur, arv og tradisjon.
- Ovenfor ansatte: skape forståelse ovenfor sitt medansvar.
- Ovenfor ledere: skape forståelse for ”empowerment”
- Skape forståelse for at menneskelig arbeidskraft må ”gjødsles” for at energien skal beholdes og utvikles, og at ”gjødsling” må skje ut fra individuelle behov.
- Dette er tema som trenger tid for å lykkes. Jeg er ikke overbevist om at vi får nødvendig tid fra politiske krefter som er imot hele tiden.
- Vi må overbevise bedriftene om at IA arbeidet faktisk lønner seg økonomisk, og på andre måter, men særlig økonomisk. Vi må fokusere og etterleve at vårt arbeide er ubyråkratisk og funksjonelt anlagt. Vi må kunne vise til resultater, statistisk og gjennom konkrete eksempler fra nærmiljøet.
- Nok ressurser til å ”være” i bedriftene. Fokus på tiltak istede for holdningsskapende arbeid. Saksbehandling.
- Skape gode relasjoner og samhandlingsmønstre.
- Skape en holdningsendring om arbeidsgivers ansvar og også arbeidstakers ansvar.
- Være tydelige og klare på at økonomiske virkemidler kun er et lite tiltak i å skape helsefremmende arbeidsplasser
- Skape vilje og forståelse på å bruke tid på ulike prosesser i virksomheter
- At vi jobber sammen med BHT’ene og ikke motarbeider hverandre. Vi er begge viktige partnere og bør jobbe mot samme mål.
- Skape tro på at helsefremmende arbeidsplasser er god investering, også når det gjelder økonomi.
- Å implementere IA-tankegangen hos alle ledere og ansatte og holde fokuset på dette personaladministrative området over tid, samt prioritere dette i bedriftenes personalstrategi.
- PT har vi og ”alle” for stort fokus på delmål1 og kvantitet opp mot innhold. Det kan virke som om det er mest ønske om raske løsninger. Konjunktorene spiller heller ikke på lag med oss for tide.
- Stramt arbeidsmarked, lav bemanning med store krav til effektivitet og tempo, negativ omtale fra politikere, manglende engasjement fra partene, vanskelig tilgang på virkemidler.
- Fremstå som troverdige og leveringsdyktige i bedriftene over tid. Se sine begrensninger, og bruke kollegaer når det er behov. Ikke slite oss ut i hjelperjobb.

- NOK folk og tid. God forankring hos toppledelsen i bedriftene (topplederen skal være hovedaktør i implementeringen av alt IA-arbeidet. Bistand fra støttefunksjoner –attføring/personal, som kan stå for det adm/praktiske arbeidet.
- IA avtaler på virksomhetsnivå med korte linjer mellom virksomhet og IA-rådgiver (liker ikke konsernavtaler fordi de lager mer byråkrati og for mange involverte) Adgang på arenaer for beslutninger. Adgang på arenaer for informasjonsspredning.
- Hensiktsmessige og troverdige virkemidler (jfr tilbaketrekking av tilretteleggingstilskuddet)
- Entydig støtte fra partene i arbeidslivet (ikke bare NHO)
- Rådgivernes kompetanse på trygd og organisasjon, ledelse og pedagogisk innsikt og praksis.
- Å møte bedrifter som kun er interessert i økonomisk vinning og ikke ser at de kan få en winn-winn situasjon ved å lytte til de ansatte. Å møte ledere som mistror ansatte generelt.
- Å få både de ansatte og ledere til å forstå at mye av IA-arbeidet dreier seg om å endre og /eller etablere de riktige holdninger i forhold til hele HMS-aspektet. Videre at det er de selv, i fellesskap, som skal gjøre arbeidet, og at vår rolle er veiledning og rådgivning. Å få den enkelte ansatte til å forstå at det er først og fremst han/hun som har ansvaret for egen helse – ikke arbeidsgiveren.
- At vi fortsatt klarer å skape entusiasme og begeistring.
- Forutsetter at det er god samhandling mellom etatene; trygdekontorene, aetat, hjelpemiddelsentralen og legene. Er det propper der, vanskeliggjør det servicen og raske avgjørelser i enkeltsaker, som igjen påvirker de 2 første delmålene. Utfordring i at jeg klarer å legge igjen kompetanse og forståelse hos lederen som er den som har ansvaret for at inkluderende arbeidsliv blir en del av hverdagen i bedriften (sammen med de ansatte.)

