

Kontroll og sosial støtte – ressurser til å mestre hverdagens krav for arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester.



Høgskolen i Sørøst-Norge, Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Master i helsefremmende arbeid

Kandidatens navn: Helga Husevåg

Måned/årstall Mai 2017

Antall ord: 17 057

1. Opplysninger om oppgaven

<i>Forfatter</i>	Helga Husevåg
<i>Grad</i>	Master i helsefremmende arbeid
<i>Fakultet</i>	Fakultet for helsevitenskap
<i>Institutt</i>	Institutt for helsefremmende arbeid
<i>Veileder</i>	Torill Helene Tveito
<i>Innleveringsdato</i>	15.05.2017
<i>Oppgavens tittel</i>	Kontroll og sosial støtte – ressurser til å mestre hverdagens krav for arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester.
<i>Antall ord</i>	
<i>Søkeord</i>	Return To Work, Self Efficacy, RTW, SE, RTW-SE, Kontroll, Sosial støtte

2. Sammendrag

Bakgrunn: Hensikten med oppgaven var å finne ut om psykososiale forhold på arbeidsplassen kunne påvirke arbeidstakere sin tro på at de kan komme tilbake i arbeid etter sykefravær.

Undersøkelsen er rettet mot arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester i en kommune som er eller har vært sykmeldte i 16 dager eller mer i løpet av de siste 12 måneder.

Problemstilling: Kan krav, kontroll og sosial støtte på arbeidsplassen øke sannsynligheten for at arbeidstakere, som har hatt sykefravær utover 16 dager, i barnehager og helse og sosiale tjenester i en kommune, kommer tilbake i jobb?

Teorigrunnlag: Utgangspunktet for undersøkelsen er definisjonen av helse som en ressurs til å mestre hverdagens krav – i denne sammenhengen hverdagens krav på arbeidsplassen.

Helsefremmende arbeid forstås som prosesser som setter mennesker i stand til å ta kontroll over forhold som har betydning for helsen - i denne sammenheng prosesser på arbeidsplassen som setter mennesker i stand til å ta kontroll over forhold på arbeidsplassen som har betydning for helsen. Resultatene er diskutert med utgangspunkt i Tones and Greens empowerment modell for helsefremmende arbeid.

Metode: Problemstillingen er belyst med en undersøkelse hvor respondentene gir opplysninger om demografiske forhold, krav, kontroll og sosial støtte (KKS) samt Return to Work Self efficacy (RTW-SE). Svarprosenten ble 16,8 %.

Resultater: Hovedfunnene er at arbeidstakere med høyest utdanning opplever lavere RTW-SE og arbeidstakere som jobber turnus opplever mer sosial støtte enn de som jobber bare dagtid. Det så ikke ut til at verken opplevelse av kontroll eller sosial støtte hadde sammenheng med RTW-SE. Resultatene ble analysert med statistiske metoder og diskutert med utgangspunkt i Tones and Greens empowerment modell for helsefremmende arbeid.

Konklusjon: ledere som ønsker å øke arbeidstakeres RTW-SE kan tilrettelegge for mer sosial støtte fra ledere og kollegaer samt øke arbeidstakernes opplevelse av kontroll ved å styrke deres medvirkningskompetanse.

3. Abstract:

The purpose of this study was to find out if work related psychosocial factors were associated with employees` Return To Work Self Efficacy (RTW- SE). The study was conducted among employees in kindergartens and health- and social services in a medium sized norwegian kommune. The participants were employees that were, or had been, sicklisted for more than 16 days during the last twelve months.

Research question: Can job demands, control or social support in the workplace increase the probability for return to work for employees, with sick leave for 16 days or more, in kindergartens and health- and social services in a kommune?

Theory: the study is based on a definition of health as a resource to master the demands of everyday – in this case the workplace demands. Health promotion is defined as a processes of enabling people to increase control over, and to improve, their health – in this case processes in the workplace that enable people to take control over demands in the workplace. Tones and Greens empowerment model of health promotion is used as theoretic frame.

Method: Work related psychosocial factors were measured by a tool based on Karaseks model job demands, control and social support (KKS). Return to Work Self Efficacy (RTW-SE) was measured by the RTW-SE 19 scale. Basic demographic factors were also included in the questionnaire. Responcerate 16,8 %.

Results: The results show that employees with the highest education experience the lowest RTW-SE and employees working shift report highest levels of social support. The results showed no sign of controll or social support being related to RTW-SE. Results are analyzed statistically and discussed with Tones and Greens empowerment model for helath promotion.

Conclusion: leaders wanting to increase employees RTW-SE can act more supportive and increase their employees experience of control by strengthening their participation competence.

4. Forord

Da er jeg endelig i mål! Det har vært en litt lenger og mer krokete vei enn jeg så for meg, men det gikk bra til slutt!

Først vil jeg sende en stor og varm takk til min veileder Torill Helene Tveito for god faglig veiledning, anerkjennelse og oppmuntring underveis i en krevende prosess. Hun har bidratt sterkt til min mestringstro ved å gi meg mestringsopplevelser underveis.

Takk til min arbeidsplass NAV Arbeidslivssenter i Hordaland for delvis permisjon til å gjennomføre studiet. Takk til min daværende leder Bjørn Søyvik som oppmuntret meg til å begynne på studiet. Takk også til vår IKT ansvarlig, Vidar Husebø som har bidratt med hjelp slik at PC har fungert. Takk til familie og venner som har vist forståelse i disse årene – spesielt takk til Lasse som har hjulpet med å løse tekniske problemer og Anita som hjalp meg å lage forsidebildet.

Takk til kommunen som gav tilgang til arbeidstakere som var villig til å svare på undersøkelsen.

Mai 2017, Helga Husevåg

Innholdsfortegnelse

1.	Opplysninger om oppgaven	2
2.	Sammendrag.....	3
3.	Abstract:	4
4.	Forord	5
1	Innledning.....	10
1.1	Bakgrunn	10
1.2	Problemstilling.....	14
2	Setting.....	15
2.1	Settinger for helsefremmende arbeid.....	15
2.2	Kommunale barnehager og helse- og sosiale tjenester.....	17
2.3	Arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester	21
3	Teori	23
3.1	Helse – fravær av sykdom eller ressurs	23
3.2	Helsefremmende arbeid	24
3.2.1	Helsepedagogikk (HE)	25
3.2.2	Helsefremmende politikk (HPP)	26
3.2.3	Sosial ulikhet i helse.....	27
3.2.4	Helsefremmende arbeidsplasser	28
3.3	Forhold som påvirker RTW	29
3.3.1	Mestringstro/ Self-efficacy (SE)	30
3.3.2	Krav, kontroll og sosial støtte (KKS).....	32
3.4	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	35
3.5	Mitt ståsted	36
4	Metode.....	37
4.1	Forskningsdesign	37

4.2	Utvalg	37
4.3	Spørreundersøkelse.....	38
4.3.1	KKS.....	38
4.3.2	RTW-SE.....	38
4.4	Forberedelser.....	39
4.5	Metodekvalitet.....	39
4.6	Etiske vurderinger.....	40
4.7	Metodiske utfordringer.....	42
4.8	Gjennomføring.....	42
4.9	Analyse.....	43
5	Resultater.....	44
5.1	Demografi, KKS og RTW-SE.....	44
5.1.1	Bakgrunnsvariabler.....	44
5.1.2	Psykososialt arbeidsmiljø og RTW-SE.....	44
5.2	Sammenheng mellom KKS og RTW-SE.....	44
5.3	Forskjell mellom grupper for KKS og RTW-SE.....	44
5.4	Sammenligning av grupper (ANOVA).....	44
5.5	Andre funn.....	45
6	Diskusjon.....	46
6.1	RTW-SE.....	46
6.2	Krav.....	47
6.3	Sosial støtte.....	48
6.4	Kontroll.....	49
6.5	KKS og RTW-SE.....	51
6.6	Andre funn.....	53
6.7	Styrker og svakheter.....	54
6.8	Kritikk av teori.....	56

6.8.1	Krav – Kontroll – Sosial støtte	56
6.8.2	Return to Work Self Efficacy	57
7	Avslutning	58
7.1	Oppsummering og konklusjon.....	58
7.2	Videre forskning	58
	Litteraturliste	60
	Tabeller:	67

Vedlegg 1: godkjenning fra NSD

Vedlegg 2: Brev fra kommunen

Vedlegg 3: Informasjonsskriv til aktuelle deltakere

Vedlegg 4: Spørreskjema

1 Innledning

Denne oppgaven er resultat av en bestilling fra en mellomstor kommune på Østlandet som ønsket å foreta en spørreskjemaundersøkelse av arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, dvs. har vært sykmeldte i mer enn 16 dager. Gjennom prosjektet, som denne undersøkelsen er en del av, ønsker de å få kompetanse som bidrar til en varig endring i arbeidet med å forebygge uførhet.

Kommunen har de siste årene hatt et sykefravær på 8 % blant sine arbeidstakere og har en relativt høy andel arbeidstakere med overgang til uførepensjon. Kommunen har mange i befolkningen med psykiske lidelser og flere mottakere av uførepensjon enn resten av fylket deriblant mange unge uføre. Kommunen har signert samarbeidsavtale om inkluderende arbeidsliv (IA-avtale) for perioden 2014-2018 og har satt seg som mål at de skal være en helsefremmende arbeidsplass med sykefravær under 5 % og andelen arbeidstakere som går av med uførepensjon skal reduseres i avtaleperioden. Barnehager og helse og sosiale tjenester er valgt til å delta i undersøkelsen fordi enhetene i disse tjenestene har hatt høyt sykefravær over tid.

1.1 Bakgrunn

Sykefravær og overgang til uførepensjon har vært utredet i offentlige rapporter siden slutten av -90 tallet. I løpet av 1990 årene så myndighetene en betydelig økning i utgiftene til sykelønn og uførepensjon i det norske samfunnet og vurderte det som en utfordring å opprettholde de norske velferdsordningene dersom utviklingen fortsatte (St.prp. nr. 1 (1999-2000, 1999). Hypoteser basert på individuelle, organisatoriske, demografiske og sosiale/samfunnsforhold har forsøkt å forklare utviklingen, men det foreligger ikke entydige svar (NOU 2000:27, 2000; Ose, 2016). Arbeidsmiljø og situasjonen i arbeidsmarkedet har likevel blitt trukket frem som sentrale faktorer (NOU 2000:27, 2000; Ose, 2016). Sandman-utvalget fikk i oppgave å utrede årsakene til økningen i sykefraværet og uførepensjon og foreslå tiltak som kunne redusere sykefraværet og uføretilgangen (NOU 2000:27, 2000). Et av tiltakene utvalget foreslo var å skyve deler av utgiftene ved sykefravær over på arbeidsgivere og arbeidstakere. Som følge av sterk uenighet om dette forslaget inngikk regjeringen og de øvrige partene i arbeidslivet den første avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) i 2001

(Ose, 2010). Et av målene i avtalen er å redusere sykefravær og overgang til passive ytelser (Regjeringen, 2014).

Arbeid vil i seg selv være helsefremmende for de aller fleste fordi rollen som arbeidstaker er en vesentlig del av identiteten for mange (Waddell, 2006). Arbeid bidrar til økonomisk trygghet, skaper struktur og mening i hverdagen og bidrar til personlig vekst og utvikling (Dahl, Wel, Harsløf, & Helsedirektoratet, 2010; Stoltenberg, 2014; Waddell, 2006). Mange som har opplevd å være ute fra arbeidslivet i perioder har erfart at det kan påvirke helsen negativt og det å komme tilbake i arbeid kan påvirke helsen positivt (Dahl et al., 2010; Gerdtham & Johannesson, 2003; Paul & Moser, 2009; Stoltenberg, 2014; Waddell, 2006).

Arbeidstakere som er eller har vært sykmeldt er en sårbar gruppe. De som nylig har blitt sykmeldt har stort sett en helseutfordring som gjør det vanskelig å mestre oppgavene på arbeidsplassen og kan ha strekt seg langt før sykmelding (Jakobsen & Lillefjell, 2014). Det å bli sykmeldt kan oppleves som et nederlag og påvirke mestringsopplevelsen negativt. Langtidssykefravær kan redusere selvtilliten ytterligere (Haldorsen, Indahl, & Ursin, 1998), og det snakkes om at terskelen for å komme tilbake i jobb vokser jo lenger fraværet varer (Blekesaune & Pedersen, 2006).

Debatten om sykefravær dreier seg i hovedsak om årsaker til sykefravær og har derfor en patogen tilnærming (Green & Tones, 2010). Tiltakene som beskrives dreier seg i stor grad om hvordan ulike typer behandling, rehabilitering eller forebyggende tiltak gir utslag i redusert sykefravær. Kommunen har besluttet at den skal være en helsefremmende arbeidsplass. Med en helsefremmende tilnærming dreies oppmerksomheten fra forhold som gjør at ansatte er sykmeldt og faller ut av arbeid til forhold som gjør at ansatte holder seg friske og kommer raskt tilbake i jobb etter sykefravær (Antonovsky, 2012; Hanson, 2004). Forhold som gjør at arbeidstakere kommer tilbake i jobb etter sykefravær er lite belyst både nasjonalt og internasjonalt. En bokanmeldelse i Tidsskrift for samfunnsforskning har påstått at spørsmålet om hvordan en skal få langtidssykmeldte tilbake i arbeid ikke har fått like stor oppmerksomhet som en kanskje skulle ønske (Bungum, 2007). De senere årene har blant annet Solveig Ose ved SINTEF har forsket på IA-avtalen og stiller spørsmålet: Hvorfor kommer ikke folk tilbake på jobb når de er friske nok til det? Hun konkluderer slik:

Man må altså gå bak og finne årsaken til den enkelte sykmelding og ikke anta at det er skulk, latskap, slappe leger, dårlige arbeidsgivere og annet som ligger bak en sykmelding. Det er som oftest mye mer komplisert enn som så (Ose, 2013, p. 22).

Undersøkelser av hvilke forhold som bidrar til at arbeidstakere kommer tilbake i jobb tar ofte utgangspunkt i en eller flere konkrete diagnoser. Det er utarbeidet flere modeller som beskriver prosessen sykemeldte ansatte går gjennom på veien tilbake i arbeid (Bultmann & Brouwer, 2013; Franche & Krause, 2002). Modellene er kritisert for ikke å forholde seg til hvordan utvikling av stadiene skjer i samspill med omgivelsene (Murphy & Bennett, 2002). En sykmelding har en medisinsk diagnose som årsak oppgitt på sykmeldingsblanketten. Det ser ikke ut til å være en tydelig sammenheng mellom diagnosen arbeidstakere blir sykmeldt for og om vedkommende kommer tilbake i jobb (Return To Work (RTW)). Andre forhold ser ut til å spille en rolle i forhold til RTW (Ose, 2010) og i løpet av sykefraværet får diagnosen mindre betydning, og psykologiske og sosiale forhold får større betydning for RTW (Bultmann & Brouwer, 2013).

Arbeidsmiljøet ser ut til å være en medvirkende faktor til sykmelding, men denne sammenhengen er lite undersøkt (Ose, 2010). Samspill mellom mennesker, kulturen på arbeidsplassen og samfunnet omkring påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet (Soklaridis, Ammendolia, & Cassidy, 2010). I tillegg ser det ut til at Samarbeid mellom ulike aktører i helse og sosiale tjenester, arbeidsmarked og jobbmobilitet kan påvirke om arbeidstakere kommer tilbake i jobb (Ose, 2013; Sandmark, 2011).

Muskel og skjelettlidelser samt lettere psykiske lidelser er de største diagnosegruppene for sykmeldte (Ose, 2016). Undersøkelser av tiltak på arbeidsplassen for å få personer med muskel- skjelettlidelser eller lettere psykiske lidelser tilbake i jobb etter sykefravær har vist at effekten av tiltakene i beste fall er liten (Odeen et al., 2013; Palmer et al., 2012). Evalueringer av tiltak som skal øke sannsynlighet for å komme tilbake i jobb eller redusere antall sykefraværsdager har vist at ingen tiltak er klart bedre enn andre (Carroll, Rick, Pilgrim, Cameron, & Hillage, 2010; Sandmark, 2011; Skollerud, 2011). Sammenhengen mellom tiltak og effekt er svak og de mest ressurskrevende tiltakene kan være mindre effektive enn enkle målrettede tiltak med lave omkostninger (Carroll et al., 2010; Palmer et al., 2012).

Sosiale relasjoner på arbeidsplassen har i de fleste tilfeller en helsefremmende effekt og ser ut til å ha betydning for RTW (Béland, Birch, & Stoddart, 2002; Ose, 2013). Relasjoner på arbeidsplassen mellom leder og arbeidstaker og mellom kollegaer viser seg å ha vesentlig betydning for arbeidstakers helse og RTW uavhengig av diagnoser eller tiltak (Durand, Corbiere, Coutu, Reinharz, & Albert, 2014; Soklaridis et al., 2010). Kvaliteten på relasjonen i form av en støttende tilnærming og gjensidig tillit til at både leder og kollegaer vil hverandre vel ser ut til å ha stor betydning (Carroll et al., 2010; Jakobsen & Lillefjell, 2014; Sandmark, 2011).

Sentral ledelse og nærmeste leder sammen med tillitsvalgte har betydningsfulle roller i sykefraværsarbeidet (Durand et al., 2014). Tydelige forventninger til ledere fra sentral ledelse og tillitsvalgte om å ivareta arbeidstakerne har betydning for hvordan nærmeste leder kan utøve sin rolle overfor arbeidstakerne, også de med helseutfordringer. Nærmeste leder må også selv oppleve å få støtte fra sine overordnede (Durand et al., 2014; Lien & Gjernes, 2009).

Erfaring med å få ta i bruk personlige ressurser og kompetanse og få anerkjennelse for den jobben en gjør både fra nærmeste leder og kollegaer styrker mestring, skaper indre motivasjon og påvirker arbeidstakere sin helse positivt (Jakobsen & Lillefjell, 2014; Lien & Gjernes, 2009; Sørensen, Mac, Limborg, & Pedersen, 2008).

I tillegg til sosial støtte fra leder og kollegaer ser det ut til at opplevelse av å kunne påvirke og ha en viss grad av kontroll over forhold både på arbeidsplassen og i privatlivet har betydning for RTW (Carroll et al., 2010; Durand et al., 2014; Jakobsen & Lillefjell, 2014; Sandmark, 2011; Shaw, Kristman, & Vezina, 2013).

Tro på egen mestring (Self Efficacy (SE)) er en faktor som går igjen i artikler om RTW (Bultmann & Brouwer, 2013; Cole, Mondloch, & Hogg-Johnson, 2002; Dionne et al., 2007; Franche & Krause, 2002; Volker, Zijlstra-Vlasveld, Brouwers, van Lomwel, & van der Feltz-Cornelis, 2015). Forventningen om og troen på at en er i stand til å komme tilbake i jobb (Return To Work Self Efficacy (RTW-SE)) er den faktoren som i størst grad kan forutsi faktisk RTW både for arbeidstakere sykmeldt for de største diagnosegruppene som for eksempel muskel og skjelett plager, psykiske lidelser, kreft, revmatiske sykdommer og hjerte-

kar sykdommer (Bultmann & Brouwer, 2013; Cole et al., 2002; Dionne et al., 2007; Franche & Krause, 2002; Shaw et al., 2013; Volker et al., 2015).

Det kan se ut som det ikke alltid er forhold på arbeidsplassen som gjør at ansatte blir sykmeldt, men forhold på arbeidsplassen, særlig psykososiale forhold, ser ut til å ha betydning for om arbeidstakere kommer tilbake i arbeid etter sykefravær. Disse forholdene finner jeg det interessant å undersøke nærmere.

1.2 Problemstilling

Med bakgrunn i bestilling fra kommunen og bakgrunn for temaet beskrevet over har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Kan kontroll og sosial støtte på arbeidsplassen øke sannsynligheten for at arbeidstakere, som har hatt sykefravær utover 16 dager, i barnehager og helse- og sosiale tjenester, kommer tilbake i arbeid?

Hypotese:

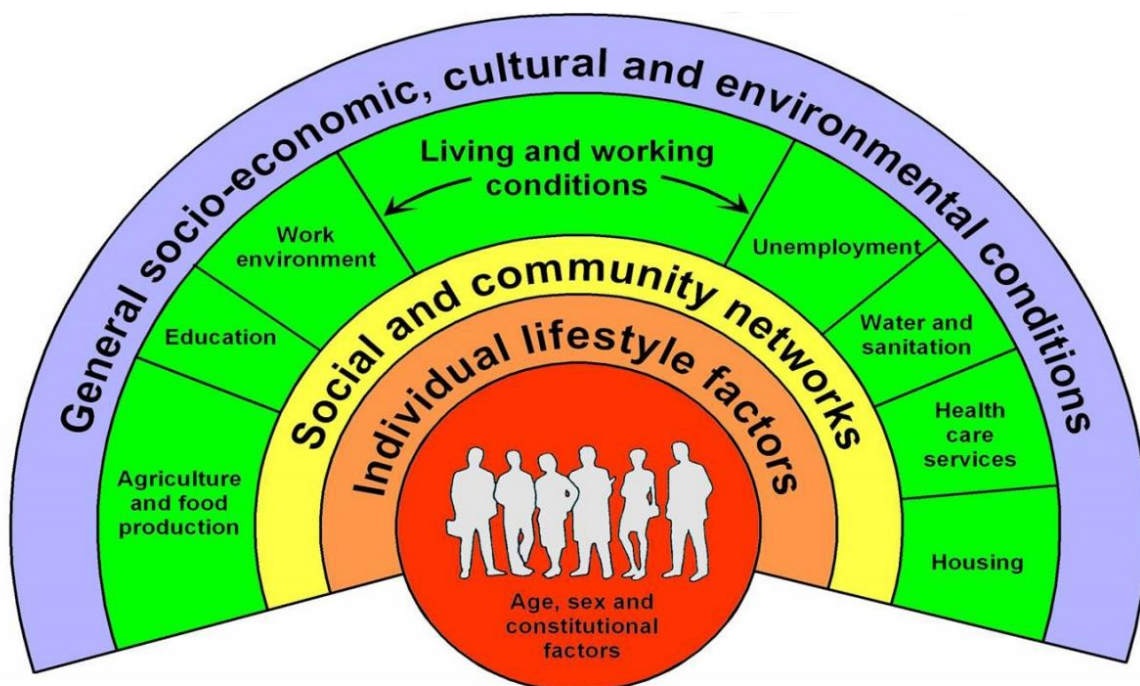
Dårlige psykososiale forhold kan ha betydning for om arbeidstakere kommer tilbake i jobb når de er eller har vært sykmeldt.

2 Setting

2.1 Settlinger for helsefremmende arbeid

Helse utvikles i hverdagslivets settlinger, der mennesker leker, lærer, elsker og arbeider (WHO, 1986), som for eksempel hjem, skole, lokalsamfunn, arbeidsplass eller helse- og omsorgstjenester.

Settingstilnærmingen i helsefremmende arbeid har en sosialøkologisk forståelse av helse som legger til grunn at mennesker befinner seg i en sammenheng og påvirker og påvirkes av sine omgivelser (Dahlgren & Whitehead, 1991; Hanson, 2004). Helse kan ikke betraktes løsrevet fra settingen den enkelte befinner seg i. Genetisk utgangspunkt, levekår som økonomi, bolig, utdanning, arbeid og lønn, livsstil og sosiale relasjoner, forhold i lokalsamfunn og i global sammenheng er alle med og påvirker helse hos hver enkelt (Green & Tones, 2010). De ulike faktorene i omgivelsene (determinantene) og det komplekse samspillet mellom dem er illustrert i modellen til Dahlgren og Whitehead (fig.1).



Source: Dahlgren and Whitehead, 1991

Fig. 1 (Dahlgren & Whitehead, 1991)

Med en sosialøkologisk tilnærming til helse vil fokus på livsstil og hva hver enkelt kan gjøre for å bedre sin helse ha begrenset betydning (Green & Tones, 2010). Det vil være mer interessant å dreie fokus fra individ til befolkning, fra målgruppe til interessent og fra enkeltårsaker til et helhetlig perspektiv (Dooris, 2009). Settingstilnærmingen kjennetegnes derfor av en helhetlig systemtenkning med fokus på endring og utvikling i hele settingen (Dooris, 2009; Hodgins & Griffiths, 2012). Settingstilnærmingen avgrensner konteksten for helsefremmende arbeid til for eksempel arbeidsplass, skole eller lokalsamfunn (Dooris, 2009). Den enkelte setting oppfattes likevel ikke isolert men som del av en større helhet hvor ulike settinger påvirker og påvirkes av hverandre (Green & Tones, 2010). En arbeidsplass vil være del av et lokalsamfunn som består av mange ulike settinger. Disse er del av en kommune i et fylke som består av flere kommuner og så videre (Dooris, 2012). Settingstilnærming til helsefremmende arbeid krever en helhetlig og koordinert tilnærming med samarbeid på tvers av fag, sektorer og enheter (Green & Tones, 2010; WHO, 1986). Prosessen i arbeidet kan også være del av resultatet (Poland, Lawrence, & Rootman, 2000; South & Woodall, 2012).

Helsefremmede arbeid med utgangspunkt i settingstilnærmingen vil ikke være det samme som en helsefremmende aktivitet i en setting (Dooris, 2012; Green & Tones, 2010).

Whitelaw beskriver ulike former for settingstilnærming der hovedskillet går mellom helsefremmende arbeid rettet mot deltakerne i en setting og helsefremmende arbeid med hele settingen (2001). Den siste kategorien har en helhetlig tilnærming der både problemet og løsningen ligger i settingen. Interessentene i settingen har selv ekspertkunnskap både om utfordringer og mulige løsninger og medvirker derfor aktivt i prosessen med å finne de rette tiltakene (Whitelaw S., 2001). Medvirkningstrappen beskriver ulike grader av medvirkning fra tilsynelatende medvirkning til reell medvirkning. De øverste trinnene i medvirkningstrappen innebærer reell medvirkning eller makt til å påvirke (Arnstein, 1969). En helhetlig tilnærming til helsefremmende arbeid i følge Whitelaw og Arnstein vil derfor dreie seg om å mobilisere menneskelige ressurser i settingen ved å myndiggjøre deltakerne og legge til rette for likeverdig samarbeid og aktiv medvirkning slik at menneskene i settingen kan benytte sin kunnskap om settingen til å finne løsninger og dermed påvirke sin hverdag (Green & Tones, 2010). Ottawacharteret slår fast at helsefremmende arbeid foregår i hverdagens settinger der mennesker lever og arbeider. Arbeidsplassen vil derfor også være en setting for helsefremmende arbeid (Bunton & Macdonald, 2002).

2.2 Kommunale barnehager og helse- og sosiale tjenester

Kommunen ønsker å undersøke hva som kan medvirke til at arbeidstakere i barnehager og helse- og sosiale tjenester som har vært sykmeldt i mer enn 16 dager kommer tilbake i arbeid. Barnehager og helse- og sosiale tjenester i kommuner har høy andel kvinnelige arbeidstakere (Børhaug, Helgøy, Homme, Lotsberg, & Ludvigsen, 2011; NOU 2010:13).

Kjønnsfordelingen i denne type tjenester for hele landet er for barne- og ungdomsarbeidere 86 % kvinner, førskolelærere 93 % kvinner, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere 90 % og for sykepleiere 92 % kvinner (SINTEF, 2014). Det er ikke grunn til å tro at kjønnsfordelingen er annerledes i denne kommunen. Tjenestene er typiske kvinnearbeidsplasser som har oppstått som følge av samfunnsutviklingen i etterkrigstiden, særlig fra -70 tallet og utover fordi kvinner i økende grad deltok i arbeidslivet utenfor hjemmet. Endringen førte til et behov for å ivareta omsorgsoppgavene kvinner tradisjonelt hadde (SINTEF, 2014).

Barnehagene var i starten en oppbevaringsplass, men i løpet av de senere årene har det pedagogiske innholdet blitt prioritert og barnehagene har utviklet seg til å bli organisasjoner med formelle strukturer, faglig innhold og krav til formell kompetanse som gjør at de som arbeider i barnehagene har kunnskap om barns utvikling og behov (Børhaug et al., 2011). Som organisasjoner er disse tjenestene ganske unge. Kommunale pleie og omsorgstjenester har utviklet seg fra å være en tjeneste levert av frivillige og ideelle organisasjoner til å bli et offentlig ansvar med profesjonell bemanning og faglige standarder for tjenesten (Melby, 1990; NOU 2010:13). Barnehager og enheter i helse- og sosiale tjenester kan defineres som organisasjoner fordi de er

sosiale system bevisst konstruert for å løse spesielle oppgaver og realisere bestemte mål (Jacobsen & Thorsvik, 2013, p. 18).

Barnehager og helse- og sosiale tjenester i kommuner er offentlige organisasjoner som leverer tjenester regulert av lovverk, forskrifter og krav til tjenesten besluttet av politiske myndigheter sentralt og lokalt (Børhaug et al., 2011; Jacobsen & Thorsvik, 2013; NOU 2010:13).

Institusjonene som utdanner fagfolk og profesjoner til tjenestene bidrar til å definere en faglig standard (Lien & Gjernes, 2009). Tjenestene som for få år siden ble drevet med utgangspunkt i faglige normer styres nå i større grad med utgangspunkt i New Public Management (NPM)(Thomassen, 2013). NPM er en måte å organisere offentlige tjenester på basert på

markedsorienterte prinsipper. Det vil si at styring og ledelse baseres på mål og resultatstyring og driften vurderes i forhold til økonomiske kriterier (Lien & Gjernes, 2009; Thomassen, 2013). Politikere og sentrale myndigheter definerer overordnede mål for tjenesten og bevilger økonomiske ressurser som skal bidra til å nå målene med en klar forventning om å få mest mulig tjenester for ressursene (Lien & Gjernes, 2009). For arbeidstakere i offentlige virksomheter, også i barnehager og helse- og sosiale tjenester, kan det være krevende dersom krav fra politikere og sentrale myndigheter og faglige krav ikke er i samsvar (Thomassen, 2013). Mange ledere og fagpersoner i denne typen tjenester beskriver også hvordan krav til rapportering og dokumentasjon fører til at tiden ikke strekker til for å utføre verken personaloppfølging eller brukeroppløping på en tilfredsstillende måte (Børhaug et al., 2011; Lien & Gjernes, 2009). Arbeidstakerne med høyest utdanning bruker stadig mer tid på administrative oppgaver og mindre tid på oppgaver til tjenestemottakerne (Lien & Gjernes, 2009). I kommunale budsjetter går en stor del av ressursene til utdanning og helse- og sosiale tjenester. Dersom den ene tjenesten får større del av budsjettet vil det sannsynligvis bety at den andre tjenesten vil få mindre. I praksis kan det bety at disse tjenestene konkurrerer om ressursene. I møte med knappe ressurser og faglig vurdering av tjenestemottakeres behov vil mange arbeidstakere ta personlig ansvar og selv kompensere for å fylle gapet mellom ressurser og behov (Allvin, 2006).

De fleste kommuner har både private og kommunale barnehager (Børhaug et al., 2011). Undersøkelsen denne oppgaven er basert på, er rettet mot de kommunale barnehagene. Helse-, pleie-, omsorg- og sosiale tjenester i kommuner er organisert på forskjellige måter og kan ha forskjellige betegnelser og innhold (NOU 2010:13). I denne kommunen er sykehjem, hjemmesykepleie inkludert hjemmehjelp, tjenester til utviklingshemmede, dagtilbud for disse gruppene, ergo- og fysioterapitjeneste, helsestasjon og skolehelsetjeneste, legevakt, barnevern, psykisk helse og tjenester til flyktninger inkludert i helse- og sosiale tjenester. I tillegg er administrative- og saksbehandlerfunksjoner i den kommunale delen av NAV organisert under helse- og sosiale tjenester. Det betyr at arbeidstakere i disse tjenestene representerer mange ulike profesjoner, faggrupper som leverer tjenester til ulike brukergrupper (Lien & Gjernes, 2009).

De fleste arbeidstakere i disse tjenestene har videregående skole og fagbrev eller universitet- eller høgskoleutdanning (3-5 år). I barnehager er det pedagoger, i sykehjem og

hjemmetjeneste er det vanligvis sykepleier, i bofellesskap er det ofte vernepleiere. I øvrige helse og sosiale tjenester kan det være barnevernspedagoger eller spesialpedagoger, sosionomer, helsesøstre, jordmødre, ergo- og fysioterapeuter. Noen har en profesjonsutdanning, andre har en spesialistutdanning i tillegg. Leger og psykologer kan også arbeide i slike tjenester (NOU 2010:13).

Både barnehager og helse- og sosiale tjenester kjennetegnes av at de fleste arbeidstakere leverer lovregulerte tjenester direkte til tjenestemottakerne, ofte over lenger tid. Det er derfor naturlig at arbeidstakere i tjenestene etablerer relasjoner både til de som mottar tjeneste og til deres nærmeste (Børhaug et al., 2011; Lien & Gjernes, 2009). Gode relasjoner mellom arbeidstakere, tjenestemottakere og eventuelt foreldre eller pårørende kan ofte være en forutsetning for å få til gode tjenester og bidrar også til godt arbeidsmiljø for arbeidstakere (Lien & Gjernes, 2009). Arbeidstakere som leverer tjenester ansikt til ansikt med tjenestemottakerne må også forholde seg til deres følelser (Lien & Gjernes, 2009). Nære relasjoner til tjenestemottakere kan være utfordrende og skape stress dersom arbeidstakere opplever at ressursene er utilstrekkelige og de må gå på akkord med egen og faglig standard for tjenesten. Undersøkelser har vist at arbeidstakere strekker seg langt for å gi tilfredsstillende tjenester til tross for knappe ressurser (Rasmussen, 2004; Thomassen, 2013).

Tjenestene kjennetegnes av at tjenestemottakerne har behov for hjelp til å ivareta grunnleggende behov og få behandling eller annen hjelp. Barn i barnehagen trenger mat, drikke, stell, tilsyn, veiledning i lek og aktiviteter (Børhaug et al., 2011). Eldre og funksjonshemmede trenger mat, drikke, pleie, stell og aktiviteter som skaper mening i hverdagen. Andre trenger fysioterapi eller ergonomisk tilrettelegging i hjemmet. Noen trenger medisinsk behandling eller andre typer hjelp (NOU 2010:13). Tjenesten må leveres når tjenestemottakerne har bruk for den og er avhengig av å ha personell tilstede for å utføre tjenesten. I barnehager er dette vanligvis på dagtid, men på grunn av stadig lenger åpningstid i barnehagene forskyves m arbeidstakeres arbeidstid både morgen og ettermiddag (Børhaug et al., 2011). Deler av helse og sosiale tjenester er døgnkontinuerlige og arbeidstakere i denne typen tjenester jobber ulike typer turnus med dag-, kveld-, natt- og helgevakter. For å få turnus til å gå opp uten arbeid hver 2. helg er det vanlig å fordele helgene i turnusvirksomheter på flere stillinger. Dette gjør at tjenestene har flere stillinger med lav stillingsbrøk. I kommunale hjemmetjenester og sykehjem er ofte ikke alle stillingene besatt og

må bemannes med vikarer (Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13). Vikarer må også settes inn ved annet fravær for å kunne levere forsvarlige tjenester. Det er ikke alltid mulig å erstatte fravær med fagpersoner eller erfarne arbeidstakere (Lien & Gjernes, 2009). Både tjenestemottakere, arbeidstakere og ledere må forholde seg til mange personer og etablere relasjoner til alle.

Fordi arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester arbeider tett på tjenestemottakere med ulike behov, har de ofte ikke like stor grad av forutsigbarhet og kontroll over arbeidssituasjonen sin som mange andre arbeidstakere. Typiske kvinneyrker kjennetegnes generelt av liten mulighet for medvirkning i arbeidet og arbeidstakere som jobber turnus opplever oftere enn andre at de ikke kan regulere eget arbeidstempo (NOU 2010:13). I møte med motstridende forventninger når det gjelder faglig standard og effektivitet kan det oppstå konflikter om hvordan arbeidsoppgaver skal utføres (Lien & Gjernes, 2009). Det er derfor viktig å ha muligheter for å gi tilbakemeldinger til ledelsen og oppleve å bli hørt (Lien & Gjernes, 2009). Arbeidstakere i kommunale tjenester opplever at informasjonen som blir formidlet til nærmeste leder ikke blir fulgt opp eller formidlet opp i organisasjonen (Ose, Brattlid, Haus-Reve, Mandal, & Bjerkan, 2011). Manglende medvirkning kan oppleves som en ekstra belastning for arbeidstakere i barnehager og sykehjem (Lien & Gjernes, 2009). Barnehager har tradisjonelt hatt en svært demokratisk styringsform (Børhaug et al., 2011; Lien & Gjernes, 2009). Selv om de formelle arenaene for medvirkning er etablert, brukes de ulikt i kommunale virksomheter og det er ikke alltid like stor bevissthet i forhold til om arenaene fungerer slik de er ønsket (Ose et al., 2011). I helse og omsorgstjenester opplever ansatte og deres representanter liten grad av medvirkning i omstillingsprosesser (NOU 2010:13).

Relasjon mellom leder og arbeidstaker har betydning for arbeidsmiljøet i barnehager og helse- og sosiale tjenester og bidrar til RTW (Carroll et al., 2010; Durand et al., 2014; Jakobsen & Lillefjell, 2014; Lien & Gjernes, 2009; Ose, 2013; Sandmark, 2011). Muligheten en leder har til å bygge relasjoner til sine arbeidstakere er avhengig av kontrollspennet, det vil si hvor mange personer lederen har ansvar for å følge opp (Jakobsen & Thorsvik, 2013). Helse og omsorgssektoren har betydelig færre ledere pr årsverk enn skolesektoren (NOU 2010:13). Det betyr at hver leder har flere arbeidstakere å følge opp og bygge relasjoner til. Mange ledere, både i barnehager og i sykehjem, opplever at de har for liten tid til å følge opp og lede

arbeidstakerne. Noen ønsker også mer faglig støtte fra sin overordnede (Lien & Gjernes, 2009).

Med en helhetlig forståelse av settingstilnærmingen i helsefremmende arbeid skal helsefremmende arbeid bidra til å bedre helse og velvære for de som lever, arbeider og mottar omsorg eller tjenester i settingen (Green & Tones, 2010). «La mæ få klar det sjøl», et prosjekt i barnehager i Trondheim kommune, kan være eksempel på det (Konradsen, Nervik, Skjølsvold, & Stenset, 2013). Prosjektet kom i gang på grunn av høyt sykefravær på grunn av muskel og skjelettplager hos arbeidstakerne i barnehagen. Sammen med bedriftshelsetjenesten gikk de gjennom arbeidshverdagen og så på hvordan de kunne fjerne unødvendige fysiske belastninger for arbeidstakerne. Tiltakene viste seg å berøre det pedagogiske arbeidet i barnehagen og målet om å gjøre barna selvhjulpne i daglige aktiviteter. Sammen med foreldrene la de en strategi for å bruke barns ønske om å klare seg selv i de daglige aktivitetene slik at arbeidstakerne slapp å løfte og bære barn. De lot barna bruke den tiden de trengte på å utføre daglige oppgaver tilpasset sitt utviklingsnivå som for eksempel kle av og på seg selv, klatre opp og ned selv, rydde selv eller finne frem leker og utsyr. Samtidig ble slitasten på arbeidstakerne redusert. Forutsetningen for å få det til var at både foreldre og arbeidstakerne i barnehagen var enige om både mål og fremgangsmåte samtidig som de var konsekvente både hjemme og i barnehagen (Konradsen et al., 2013).

2.3 Arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester

Undersøkelser viser at arbeid er bra for helsen for de aller fleste. Å være i arbeid har vist seg å være spesielt positivt for psykisk helse fordi man får færre psykiske symptomer og bedre psykisk helse generelt (Rueda et al., 2012; van der Noordt, IJzelenberg, Droomers, & Proper, 2014; Waddell, 2006). Både ordinære arbeidstakere, arbeidstakere med spesifikke diagnoser og nybakte mødre rapporterte om bedre psykisk helse dersom de kom i arbeid igjen etter fødsel.

Det er likevel noen bransjer som peker seg ut med høyere sykefravær enn andre, deriblant barnehager og helse og sosiale tjenester. Arbeidstakere i disse tjenestene rapporterer oftere om helseplager enn arbeidstakere i andre yrker (Aagestad et al., 2015). Kvinner opplever betydelig høyere emosjonelle krav i arbeidssituasjonen. Emosjonelle krav handler om at arbeidstakere samspiller med tjenestemottakerne for å etablere gode relasjoner og skape gode

følelser hos tjenestemottakeren. Emosjonelle krav rapporteres oftere av arbeidstakere i yrker hvor arbeidstakerne har inntil 4 års universitets og høgskoleutdanning som for eksempel sykepleiere, vernepleiere, førskolelærere, sosionomer og barnevernspedagoger. Arbeidstakere i helse og sosiale tjenester opplever høye emosjonelle krav i arbeidssituasjonen.

Arbeidstakere i helse og sosiale tjenester rapporterte også at de opplever å ha liten kontroll over arbeidssituasjonen. Høye jobbkrav i kombinasjon med lav kontroll øket risikoen for depresjon, rygg og nakkesmerter blant kvinner (Soklaridis et al., 2010). Lettere psykiske plager sammen med muskel og skjelettplager utgjør de største diagnosegruppene i sykefraværstatistikken (Aagestad et al., 2015). Høye jobbkrav kombinert med lav kontroll kan derfor være en risikofaktor for sykefravær blant kvinnelige arbeidstakere. I 2015 rapporterte 22 % av yrkesaktive kvinner, spesielt i pleie og omsorgsykker, at de har en slik arbeidssituasjon (Aagestad et al., 2015).

3 Teori

3.1 Helse – fravær av sykdom eller ressurs

Helse er det mest sentrale begrepet i helsefremmende arbeid, men defineres forskjellig avhengig av hvordan vi forstår og tenker om helsefremmende arbeid (Health Promotion/ HP) (Green & Tones, 2010). I 1946 definerte Verdens helseorganisasjon helse som en tilstand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære – ikke bare fravær av sykdom og lyte (WHO, 2006). Definisjonen kritiseres for å være utopisk fordi fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære vil være uoppnåelig for de aller fleste (Green & Tones, 2010).

Dersom helse defineres som fravær av sykdom vil strategien i helsearbeidet være rettet mot behandling og forebygging av sykdom (WHO, 2006). Kunnskap om forhold som forårsaker sykdom, symptomer, utbredelse og behandling vil være sentralt i helsearbeidet (Bunton & Macdonald, 2002). Denne tilnærmingen har et dikotomt syn på helse. Enten er man frisk fordi det ikke kan påvises symptom på sykdom, eller så er man syk fordi man har symptomer som kan påvises ved undersøkelser.

Antonovsky hadde en annen forståelse av helse og beskrev helse som et kontinuum hvor alle mennesker befinner seg et eller annet sted mellom helse på den ene enden av skalaen og uhelse på den andre enden. Ingen mennesker er enten helt syk eller helt frisk (Antonovsky, 2012). De som er syk har likevel noen ressurser, og de fleste av de som defineres som friske har en eller annen plage (Hanson, 2004; Ihlebaek, Eriksen, & Ursin, 2002). Gjennom sin forskning fant Antonovsky ut at noen mennesker, selv om de hadde vært utsatt for alvorlige hendelser som for de aller fleste ville føre til sykdom og død, opplevde noen å ha god helse. Derfor var han opptatt av å finne ut hvilke forhold som fremmer og styrker helse (salutogene faktorer), det han betegnet som motstandsressurser (Antonovsky, 2012; Hanson, 2004).

Ressursforståelsen av helse er også utgangspunktet for Ottawacharteret der helse defineres som en ressurs i dagliglivet (WHO, 1986). Helse i følge denne definisjonen er ikke et mål i seg selv, men et middel til å nå andre mål i livet (Green & Tones, 2010). Hjort (1982) definerer helse som en ressurs til å mestre hverdagens krav. Krav i arbeidslivet vil for de aller fleste være en del av hverdagens krav. Uansett hvilken av disse definisjonene man velger er begrepet helse positivt ladet. De fleste mennesker vurderer også helse som en sentral verdi i livet (Fugelli & Ingstad, 2001).

Synet på helse som en ressurs er utgangspunktet for helsefremmende arbeid.

En undersøkelse med en helsefremmende tilnærming vil derfor være opptatt av å finne ut hvilke ressurser som er sentrale for å mestre hverdagens krav, deriblant arbeid.

3.2 Helsefremmende arbeid

Det overordnede målet med helsefremmende arbeid er å sette mennesker i stand til å ta kontroll over forhold som har betydning for helsen og derved forbedre den (Antonovsky, 2012; WHO, 1986). Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i at helse er en grunnleggende menneskerett og er basert på et humanistisk menneskesyn, mennesker har verdi i seg selv og er ikke et middel for å nå andre mål (Bunton & Macdonald, 2002; WHO, 2006).

Helsefremmende arbeid er forankret i demokratiske prinsipper. Sentrale verdier er likeverd, ikke skade - men gjøre det som er godt, autonomi og medbestemmelse (Green & Tones, 2010; Stang, 2003). Lekmannskunnskap anerkjennes på lik linje med ekspertkunnskap (Green & Tones, 2010). En forutsetning for å kunne ta kontroll over og påvirke forhold som har betydning for helsen er at en har makt til å påvirke i de prosessene som er nødvendig for å ta kontroll (Green & Tones, 2010; Stang, 2003). I praksis betyr dette en omfordeling av makt slik at de som opplever å ha lite makt over forhold som påvirker helsen deres blir myndiggjorte og settes i stand til (enable) å ta kontroll over forhold som påvirker helse (WHO, 1986). Begrepet empowerment (myndiggjøring) betegner slike prosesser (Stang, 2003; WHO, 1986). Empowerment betegner altså prosesser der målet er omfordeling av makt (power) slik at de som har mindre makt får mer makt og derved blir satt i stand til å ta makt og kontroll over sin egen situasjon. Makt er ofte knyttet til sosial status i samfunnet ved at de som rangeres høyt på den sosiale rangstigen ofte har mer makt og kanskje også makt over de som befinner seg i lavere sosiale lag. Den sosiale gradienten viser hvordan maktforskjellene påvirker helse (Fosse & Strand, 2010).

Tones og Green (2010) beskriver i sin empowerment-modell for helsefremmende arbeid hvordan enkeltpersoners empowerment, og dermed helse, er avhengig av at de har kompetanse i form av kunnskaper, evner, ferdigheter og holdninger (Health Education/ HE) til å bruke makten sin. I tillegg må omgivelsene støtte opp under og tilrettelegge for medvirkning med helsefremmende politikk (Healthy Public Policy (HPP)) som skaper forutsetninger for å kunne påvirke forhold som har betydning for helsen. Mennesker som har

kompetanse til å medvirke får brukt og utviklet kompetansen sin dersom omgivelsene praktiserer en helsefremmende politikk som tilrettelegger for og oppfordrer til medvirkning. Dette samspillet mellom HE og HPP beskrives med formelen:

Health Promotion (HP) = Health Education (HE) X Healthy Public Policy (HPP).

3.2.1 Helsepedagogikk (HE)

Helsepedagogikk betegner det som i Norge forstås som helseopplysning. Helseopplysning dreier seg i hovedsak om å informere befolkningen om hvordan ulike livsstilsfaktorer påvirker helsen og hva de selv kan gjøre for å forebygge sykdom, tradisjonell folkehelseopplysning. Med utgangspunkt i empowerment - modellen for helsefremmende arbeid (Green & Tones, 2010) og en helhetlig tilnærming til helsefremmende arbeid (Whitelaw S., 2001) vil HE også inkludere kompetanse som gjør mennesker i stand til å delta i demokratiske prosesser i samfunnet og derved ta kontroll over forhold som de selv mener påvirker helsen deres. Helsepedagogikk er derfor et begrep som er mer dekkende for innholdet i HE fordi det betegner samarbeid mellom ulike parter for å styrke mestring, blant annet ved brukermedvirkning (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, 2011). Medvirkningskompetanse ser ut til å være et nytt begrep (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, 2011). Begrepet nevnes også i læreplan og veileder for valgfaget Demokrati i praksis i ungdomsskolen fordi demokratiske prinsipper er grunnleggende i det norske samfunnet. Målet med faget er å sette elevene i stand til å medvirke og ha innflytelse over saker som angår dem (Utdanningsdirektoratet). Begrepet er også nevnt i planstrategi for kommunereformen uten at det er definert hvordan begrepet skal forstås (Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2015). Samarbeid og medvirkning skjer i hovedsak ved direkte kontakt mellom enkeltpersoner i forbindelse med daglige gjøremål eller i form av representativ medvirkning i formelle fora (NOU 2010:1, 2010). Medvirkning på arbeidsplassen, både representativ medvirkning og ved direkte kontakt mellom arbeidstakere og mellom arbeidstakere og leder er regulert i lovverk, forskrift og hovedavtaler (Arbeidsmiljøloven, 2005; Forskrift om organisering ledelse og medvirkning, 2011; KS, 2016).

Kompetanse er summen av kunnskap, evner, ferdigheter og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål, og vurderes som en ressurs for å

møte hverdagens krav (Lai, 2013). Medvirkningskompetanse vil derfor omfatte teoretisk kunnskap, personlige evner, lærte ferdigheter og holdninger som setter personer i stand til å medvirke. Tilstrekkelig kunnskap om saksforhold og relevante fagområder er også nødvendig for å kunne medvirke. Lekmannsprinsippet innebærer at det er ikke nødvendigvis fagpersoner som har best kunnskap om saken. De som er berørt innehar ofte ekspertkunnskapen om sin sak (Green & Tones, 2010; Stang, 2003). I tillegg har det vist seg at kommunikative og relasjonelle ferdigheter er forutsetninger for samarbeid og medvirkning (Antonsen, Madsen, & Ravn, 2009; Green & Tones, 2010). Personlige evner er relativt stabile og vil ha betydning for hvordan det er mulig å medvirke (Lai, 2013). I tillegg er holdninger et sentralt element i kompetanse (Lai, 2013) og vil påvirke hvordan medvirkning praktiseres (Antonsen et al., 2009). Holdninger reguleres av tanker og følelser og påvirker atferd gjennom motivasjon (Bandura, 1997). Holdninger kan påvirke om man samhandler, hvordan man samhandler og hvem man samhandler med.

Mestringstro (Self Efficacy (SE)) er en holdning til egne handlinger og betegner troen på at en er i stand til å gjennomføre en handling og at handlingen vil føre til at en når et ønsket mål. SE vil påvirke om en tar i bruk kunnskap og ferdigheter som er nødvendige for å nå mål og har stor betydning for om man er motivert for og faktisk velger å gjennomføre den nødvendige handlingen (Bandura, 1997; Lai, 2013). I politiske prosesser vil politiske ferdigheter ha betydning for maktforhold (Jacobsen & Thorsvik, 2013). SE i forhold til egne ferdigheter i politiske prosesser på arbeidsplassen vil derfor ha betydning for om arbeidstakere faktisk velger å delta i slike prosesser. Ulikhet i et av elementene i medvirkningskompetanse kan skape ubalanse i maktforholdet mellom de som skal samhandle (Antonsen et al., 2009). Maktfri dialog er en forutsetning for empowerment (Stang, 2003). Tiltak som kan utjevne forskjellen i medvirkningskompetanse mellom partene vil være helsefremmende fordi de kan bidra til å skape balanse i maktforholdet og derved styrke den av partene som har minst makt (Green & Tones, 2010). HE dreier seg altså om å ha kompetanse til å medvirke i HPP.

3.2.2 Helsefremmende politikk (HPP)

HPP er drivkraften i det helsefremmende arbeidet ved å skape støttende omgivelser som setter mennesker i stand til å ta vare på og styrke helsen sin (Green & Tones, 2010). I motsetning til helsepolitikk, som dreier seg om hvordan samfunnet skal organisere helsesektoren for å levere

tjenester til befolkningen, er helsefremmende politikk opptatt av hvordan samfunnet kan tilrettelegge for at befolkningen selv kan settes i stand til å ta initiativ til å påvirke de forholdene de selv mener er viktig for deres helse (Green & Tones, 2010). Helsefremmende politikk handler om at politiske prosesser skjer etter demokratiske prinsipper hvor interessentene har like rettigheter og muligheter til å delta i og påvirke politiske prosesser. Helsefremmende politikk dreier seg også om hvordan samfunnet tilrettelegger for demokratiske prosesser gjennom lovverk, avtaler og andre reguleringer for at befolkningen skal kunne medvirke i politiske prosesser (Green & Tones, 2010; Plan- og bygningsloven, 2008). Politiske prosesser foregår også i organisasjoner og er derfor en del av arbeidslivet (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Politikk i arbeidslivet kan være prosesser hvor enkeltpersoner eller interessegrupper, som i utgangspunktet har forskjellige interesser, samarbeider for å finne løsninger begge parter kan akseptere (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Politiske prosesser i arbeidslivet foregår på alle nivå i organisasjonen, både mellom kollegaer, mellom leder og arbeidstaker, mellom avdelinger og enheter, mellom arbeidsgiver og arbeidstaker og deres organisasjoner. Disse prosessene er regulert i lovverk, forskrifter og avtaler (Arbeidsmiljøloven, 2005; Forskrift om organisering ledelse og medvirkning, 2011; KS, 2016). Arbeidstakere kan påvirke forhold på arbeidsplassen direkte i samarbeid med kollegaer eller ledere, eller ved at tillitsvalgte representerer dem i formelle fora (Antonsen et al., 2009). Politiske ferdigheter (HE) kan bidra til å styrke de politiske prosessene i samfunnet og på arbeidsplassen og dermed påvirke helsen til medarbeiderne positivt (Green & Tones, 2010).

3.2.3 Sosial ulikhet i helse

Det overordnede målet i helsefremmende arbeid er å utjevne sosial ulikhet i helse (WHO, 1986). Sosial ulikhet beskriver hvordan helsen i befolkningen har sammenheng med fordeling og tilgang til ressurser som blant annet inntekt, utdanning, yrke og kjønn. Den sosiale gradienten viser at de som har høy utdanning og høy inntekt også skårer høyt på indikatorer for helse (Fosse & Strand, 2010; Helsedirektoratet, 2005). Arbeidslivet trekkes frem som en arena hvor ulikhet i helse gjør seg gjeldende (Arbeidsdepartementet, 2011; Dahl et al., 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Sykefraværet er en indikator som kan si noe om helsen i den delen av befolkningen som er i arbeid. Ottawacharteret (WHO, 1986) nevner kvinner som en gruppe som har mindre makt i samfunnet. Sykefraværet blant kvinner er gjennomsnittlig 2 prosentpoeng høyere enn blant menn (NOU 2010:13). Ulikhet i helse for kvinner i arbeidslivet er beskrevet i flere rapporter (NOU 2010:13; SINTEF, 2014).

Barnehagesektoren og helse og sosiale tjenester generelt trekkes frem som virksomheter med høyest fravær (Lien & Gjernes, 2009). I tillegg opplyser arbeidstakere i disse tjenestene at de har lite kontroll over forhold i arbeidssituasjonen (Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13). Det er ikke grunn til å tro at det er annerledes i kommunen der denne undersøkelsen er gjennomført. Det er også vist sosiale forskjeller mellom utdanning og RTW hvor de med høyest utdanning har størst sannsynlighet for RTW (Helsedirektoratet, 2015). Det er forsket på dette og gjort flere forsøk på å forklare sammenhengen og foreslå tiltak uten at det er kommet frem til en entydig konklusjon.

Sykefravær er en indikator på helse og kvinner har høyere sykefravær enn menn i gjennomsnitt (NOU 2010:13). Tilgang til ressurser på arbeidsplassen i form av kontroll og sosial støtte er ulikt fordelt i arbeidslivet og kan derfor ha betydning for sykefravær (Dahl et al., 2010).

3.2.4 Helsefremmende arbeidsplasser

Arbeid påvirker helse i seg selv og forhold omkring den enkelte påvirker samtidig muligheten for å være i arbeid (Dahl et al., 2010). Arbeidsplasser har som oftest ikke helse som primæroppgave, men er opptatt av å løse andre oppgaver (Green & Tones, 2010).

Arbeidsmiljø er forhold på arbeidsplassen som har betydning for hvordan arbeidstakerne kan utføre oppgavene sine. Arbeidsmiljø påvirker helse og deles opp i fysisk, psykologisk, sosialt og organisatorisk arbeidsmiljø (Arbeidsmiljøloven, 2005; NOU 2004:5, 2004). Psykososiale og organisatoriske forhold er en samlebetegnelse for forhold som ikke er fysiske.

Organisatoriske forhold beskriver hvordan arbeidet er organisert og tilrettelagt for at arbeidstakerne skal kunne utføre oppgavene mest mulig hensiktsmessig og medvirke i utvikling av arbeidsmiljø og produksjonsmetoder på arbeidsplassen (Forskrift om organisering ledelse og medvirkning, 2011). Psykososialt arbeidsmiljø er summen av de organisatoriske, sosiale og mellommenneskelige faktorer som påvirker arbeidstakernes arbeidsevne, helse og velferd i arbeidet (Svansli, 2013).

Med et sosialøkologisk perspektiv på helse på arbeidsplassen vil det ikke være naturlig å være ensidig opptatt av livsstil og ansvaret den enkelte har for å ivareta sin egen helse, men også hvordan den enkelte arbeidstaker kan medvirke i prosesser på arbeidsplassen for å påvirke forhold som har betydning for helsen. Fordi arbeidsplassen ikke eksisterer i et vakuum, men er del av et samfunn og produserer varer eller tjenester til innbyggerne vil en helhetlig

helsefremmende tilnærming betyr at virksomheten også har en empowerment tilnærming til kunder, tjenestemottakere, samarbeidsparter og samfunnet for øvrig (Green & Tones, 2010).

Helsefremmende arbeidsplasser kjennetegnes av at arbeidsmiljøet påvirker helsen til arbeidstakere positivt (Green & Tones, 2010). Arbeidet med å utvikle helsefremmende arbeidsplasser forutsetter at prosessen er forankret politisk på høyt nivå og at verdigrunnlaget for helsefremmende arbeid er fundamentert i overordnede mål og strategier og tydelig formidlet i organisasjonen fra sentral ledelse (Green & Tones, 2010; WHO, 2016). En slik arbeidsplass har ikke bare fokus på å forebygge skade men et uttrykt ønske om at vi vil hverandre vel. Helsefremmende arbeidsplasser har respekt for den enkeltes rett til å bestemme selv og legger til rette for medvirkning både for arbeidstakere, deres representanter og tjenestemottakere eller kunder. I praksis handler det om at arbeidstakere har et godt arbeidsmiljø og opplever å ha kontroll både over egne arbeidsforhold og over hvordan de samarbeider med kollegaer, samarbeidsparter og tjenestemottakere for å løse oppgaver og levere tjenester. Når arbeidstakere opplever å ha en helsefremmende arbeidsplass ser det også ut til å påvirke hvordan de løser oppgavene sine (Green & Tones, 2010). Ledere som er engasjert i arbeidstakernes ve og vel og forvalter personalressursene slik at hver enkelt får bidra med sin kompetanse til beste for organisasjonen samt arbeidstakere som bidrar til utvikling på arbeidsplassen både direkte og gjennom sine valgte representanter kan bidra til å fremme helse på arbeidsplassen og i lokalsamfunnet (Arnstein, 1969; WHO, 2016). Helsefremmende arbeidsplasser har en tydelig profil som skaper forventning om etisk atferd og bevissthet om organisasjonens ansvar både for egne arbeidstakere og for samfunnet omkring (Green & Tones, 2010). Gode sosiale relasjoner på arbeidsplassen har sammenheng med god kvalitet på produkter og tjenester i tillegg til at det gir en økonomisk fordel (Endresen & Moe, 2012).

3.3 Forhold som påvirker RTW

I tillegg til relasjoner på arbeidsplassen er holdninger med på å påvirke motivasjon til å komme tilbake i jobb (Green & Tones, 2010). SE i forhold til jobb er en slik holdning til eller tro på (belief) at det er mulig å komme tilbake i jobb (RTW-SE) og er den indikatoren som best kan forutsi om arbeidstakere faktisk kommer tilbake i jobb etter sykefravær (Bultmann & Brouwer, 2013; Cole et al., 2002; Dionne et al., 2007; Franche & Krause, 2002; Volker et al., 2015).

3.3.1 Mestringstro/ Self-efficacy (SE)

SE er et element i Banduras teori om sosial læring. Teorien beskriver hvordan mennesker lærer i samspill med andre. SE kan betegnes som en oppfatning (belief) og kan defineres som troen på at en er i stand til å organisere og gjennomføre handlinger som er nødvendige for å nå et bestemt mål eller oppnå et resultat (Bandura, 1997). SE betegner styrken i den individuelle troen på at en er i stand til å gjennomføre en oppgave og oppstår i samspill mellom omgivelsene og individuelle kognitive prosesser og (Bandura, 1997; Lai, 2013). SE påvirker blant annet motivasjon i form av psykologiske prosesser som igangsetter, styrer og opprettholder atferd (Brochs-Haukedal & Bjørvik, 2005; Murphy & Bennett, 2002). SE kan påvirke både innsats og resultat og har vist seg å ha betydning på flere ulike områder for eksempel deltakelse i arbeid for mennesker med lettere psykiske lidelser (Løvvik, 2015) og i forhold til prestasjoner i idrett (Pensgård, Keeping, & Hollingen, 2006). En person med lav SE i forhold til en oppgave vil sannsynligvis være mindre motivert for å gjennomføre oppgaven. Høy SE har derimot vist seg å kunne øke motivasjonen til å utføre oppgaven (Bandura, 1997). SE påvirker opplevelsen av å ha en viss grad av kontroll over forhold som har betydning for om det er mulig å oppnå ønsket resultat ved å utføre den aktuelle atferden (Bandura, 1997). SE påvirker valgene vi gjør, hvor store anstrengelser vi gjør for å nå et mål, gjennomføre en aktivitet, utholdenhet og hva vi føler for det vi skal gjøre (Bandura, 1997).

SE er ikke en universell tilstand, men varierer avhengig av oppgave og setting. En person som opplever høy SE i forhold til en konkret oppgave kan ha lav SE i forhold til en annen oppgave. Felles grunnleggende ferdigheter kan føre til at SE i forhold til en oppgave likevel delvis kan overføres til andre oppgaver som er basert på tilsvarende grunnleggende ferdigheter (Bandura, 1997). Grunnleggende ferdigheter i verbal kommunikasjon kan for eksempel overføres fra setting til setting, men ikke dersom den teoretiske kunnskapen om temaet mangler.

SE utvikles i samspill med mellom individ og støttende omgivelser. Den faktoren i omgivelsene som har størst betydning for SE, er relasjoner til andre mennesker både på jobb og privat (Bandura, 1997). Når en observerer og sammenligner seg med rollemodeller som mestrer, og som ligner på en selv når det gjelder for eksempel alder, kjønn, utdanning og øvrige likhetstrekk, kan det bidra til å styrke troen på at en mestrer selv. Når omgivelsene

anerkjenner kompetanse og grunnleggende ferdigheter i forhold til oppgaven som skal løses styrkes troen på at det er mulig å utføre handlingene som skal til for å nå målet. Dermed øker også sannsynligheten for å nå målet. Oppfordringer, tilbakemeldinger og anerkjennelse fra betydningsfulle personer i omgivelsene, mennesker en kjenner, har tillit til og som har kunnskap om og erfaring med den aktuelle oppgaven kan styrke SE (Bandura, 1997).

Erfaringer som gir en opplevelse av mestring er også en kilde til SE og kan styrke troen på at en vil mestre neste gang en prøver. Gjentatte erfaringer av mestring kan føre til en opplevelse av å ha kontroll over situasjonen og vil derfor bidra til å styrke troen på at en kan mestre enda mer og slik øke motivasjonen for å prøve en enda større utfordring (Bandura, 1997). Erfaring med å ikke mestre kan redusere SE. Når SE i utgangspunktet er lav er det derfor viktig at kravene i oppgaven er mulig å oppnå (Bandura, 1997).

De fleste som står overfor en ny og ukjent oppgave, som er viktig for dem å mestre, vil oppleve en viss grad av stress som gir seg utslag i tanker, følelser og kroppslige symptomer som for eksempel tanker om å ikke mestre, følelse av ubehag, høyere puls, svette hender, kribling i magen (kognitive, affektive og fysiologiske). Hvordan man tolker og regulerer slike psykologiske tilstander og symptomer på stress har betydning for SE og kan påvirke gjennomføringen (Bandura, 1997). Kunnskap om at alle får slike symptomer når de skal gjøre noe nytt og at disse symptomene kommer fordi man skal bli bedre i stand til å utføre oppgaven. Veiledning som bidrar til å endre tankesett kan også styrke SE (Bandura, 1997).

I motsatt fall kan erfaringer med ikke å mestre påvirke SE negativt. Lavere SE kan føre til at innsatsen reduseres eller at en ikke prøver i det hele tatt. En som opplever å ikke mestre og dermed ikke har kontroll over situasjonen kan bli maktesløs (Stang, 2003). Maktesløshet kan gi seg uttrykk ved at en har liten tro på at det er mulig å utføre den handlingen som er nødvendig for å oppnå resultat og dermed lavere motivasjon for å prøve (Bandura, 1997).

SE i forhold til å komme tilbake i jobb etter sykefravær kan altså påvirkes av hverdagens krav på arbeidsplassen, om arbeidstakere opplever mestring i møte med hverdagens krav og dermed opplever å ha en viss grad av kontroll og forutsigbarhet, at de har kompetanse til og erfaringer med kunne medvirke til å finne løsninger på utfordringer i arbeidshverdagen (HE), at de får passe utfordrende oppgaver og har kollegaer som viser at det er mulig å gjennomføre

selv utfordrende oppgaver samt kollegaer og ledere som gir tilbakemeldinger som kan styrke SE. RTW-SE vil også påvirkes av at kolleger og ledere gir støtte i form av anerkjennelse og tilbakemeldinger for oppgaver som er utført, men også veiledning og oppfordring om å ta på seg mer utfordrende oppgaver som er mulig å mestre. Kunnskap om og ferdigheter til å håndtere fysiske og emosjonelle reaksjoner i møte med krav på arbeidsplassen vil også ha betydning for RTW-SE for disse arbeidstakerne. Disse forholdene har også betydning for faktisk RTW etter sykefravær (Carroll et al., 2010; Durand et al., 2014; Jakobsen & Lillefjell, 2014; Lien & Gjernes, 2009; Ose, 2013; Sandmark, 2011; Soklaridis et al., 2010).

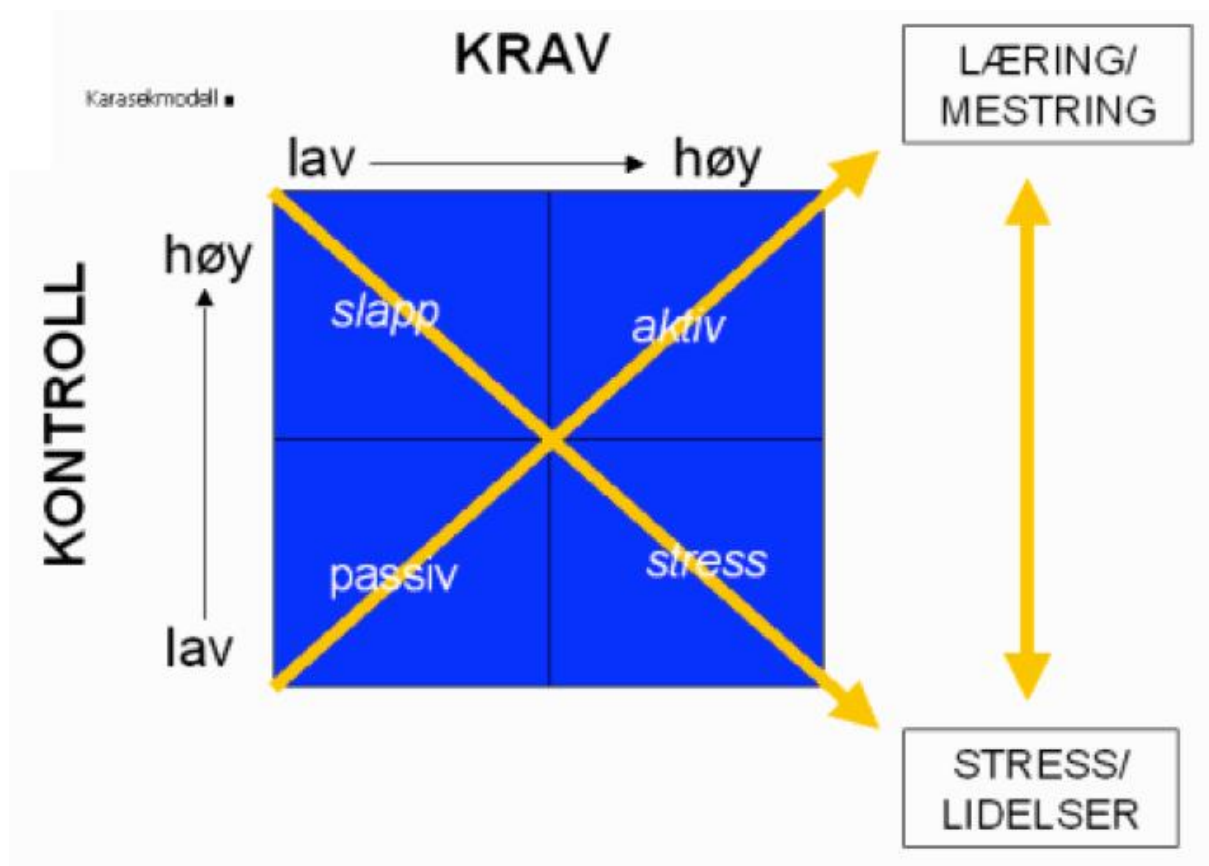
3.3.2 Krav, kontroll og sosial støtte (KKS).

Krav, kontroll og sosial støtte (KKS) er sentrale elementer i Krav-kontroll- modellen som beskriver hvordan jobbkrav og ulike former for kontroll og sosial støtte påvirker helsen til arbeidstakere (Karasek & Theorell, 1990). Modellen er basert på forskning som har vist at opplevelse av stress som følge av høye krav, lav kontroll og lav sosial støtte har sammenheng med hjertesykdom, men den samme forskningen har også vist at når arbeidstakere opplever å ha kontroll over forhold i arbeidssituasjonen og tilstrekkelig sosial støtte, kan de mestre selv krevende arbeidsoppgaver og bli i stand til å lære og å utvikle seg (Karasek & Theorell, 1990). Jobbkrav i denne modellen er både fysiske og psykiske. Fysiske jobbkrav kan for eksempel være fysiske anstrengelser, ergonomiske forhold, lys, luft, støy, biologiske og kjemiske forhold. Psykologiske jobbkrav dreier seg i hovedsak om mental arbeidsbelastning, det vil si de kravene som selve arbeidsoppgaven medfører i form av tanker og følelser som er nødvendig for å utføre oppgaven. Mental aktivering kan for eksempel være oppmerksomhet og konsentrasjon som skal til for å samle og bearbeide tilgjengelig informasjon for å løse en oppgave, opplevd stress når man må avbryte en oppgave for å begynne på en ny eller utfordringer med å koordinere egne oppgaver i forhold til samarbeid med kollegaer eller maskiner. Tidspress er også et krav som påvirker mental aktivering. Kombinasjon av ulike krav, for eksempel tidspress i kombinasjon med emosjonelle krav, bidrar til å øke mental aktivering (Karasek & Theorell, 1990). Fysiske anstrengelser kan bidra til å redusere den negative effekten av psykiske belastninger (1990).

Kontroll (decision latitude) i denne modellen inneholder elementene ferdighetsutøvelse (skill discretion) og autonomi (decision authority) og betegner et handlingsrom når det gjelder å vurdere når og hvordan oppgavene skal løses. Arbeidstakere som opplever forutsigbarhet i

arbeidshverdagen, varierte oppgaver og til en viss grad selv kan vurdere når og hvordan oppgavene skal utføres vil oppleve å ha kontroll i arbeidssituasjonen. Opplevelsen av å bli hørt, tatt på alvor og kunne påvirke forhold som har betydning for arbeidshverdagen gjennom formelle eller uformelle kanaler kan styrke opplevelsen av å ha kontroll. Dersom arbeidsgiver tilrettelegger for at arbeidstakere kan delta i utviklingsprosesser på arbeidsplassen kan opplevelsen av kontroll bli styrket (Karasek & Theorell, 1990). Opplevelsen av å ha kontroll kan virke som en buffer i forhold til uheldige helseeffekter av høye jobbkraav (Karasek & Theorell, 1990).

Sosial støtte refererer til alle former for hjelpsom sosial samhandling på arbeidsplassen både fra kollegaer og ledelse. Kilder til sosial støtte er alle sosiale relasjoner på arbeidsplassen som for eksempel relasjoner mellom kolleger, arbeidstaker og leder, men også mellom arbeidstaker og eventuelle kunder eller tjenestemottakere. Sosial støtte kan være at arbeidstakere får meningsfulle oppgaver, at arbeidsgiver skaper forutsetninger for å mestre oppgavene ved å tilrettelegge oppgaver i forhold til kompetanse eller gi nødvendig opplæring, skaffe tilveie nødvendig utstyr og gi anerkjennende tilbakemeldinger underveis. Sosial støtte mellom kollegaer kan være å inkludere alle i det sosiale fellesskapet på arbeidsplassen, avklare behov for hjelp og veiledning og hjelpe hverandre når det er nødvendig. Det kan være å gi hverandre anerkjennende tilbakemeldinger, men også dele erfaringer og kunnskap slik at kollegaer mestrer enda bedre. Sosial støtte bidrar til å bygge tillitsfulle relasjoner på arbeidsplassen, påvirker arbeidstakeres helse positivt og kan være en buffer i forhold til stressfaktorer. Sosial støtte kan også bidra til mer aktive mestringsstrategier som også påvirker produktivitet (Karasek & Theorell, 1990).



(E-studie, 2017; Karasek & Theorell, 1990)

Fig. 2: Krav – kontroll – sosial støtte modellen

Forskningen som denne modellen er basert på viser at elementene krav, kontroll og sosial støtte påvirker hverandre gjensidig. Når kravene i arbeidssituasjonen er lave og arbeidstakeren opplever lav grad av kontroll har Karasek funnet at mange blir passive. Dersom kravene på arbeidsplassen oppleves som lave og arbeidstakere opplever å ha stor grad av kontroll over situasjonen kan de oppleve at de ikke får tilstrekkelige utfordringer og ikke engasjerer seg i oppgavene, men heller slapper av og kanskje finner på noe annet å fylle tiden med.

Arbeidstakere som opplever at arbeidssituasjonen stiller høye krav til dem samtidig som de opplever å ha lite kontroll over situasjonen står i fare for å oppleve stress som kan føre til sykdom. Men i denne situasjonen har høyere risiko for hjertesykdom (Karasek & Theorell, 1990). I en arbeidssituasjon der kravene er høye og arbeidstakere opplever at de har tilstrekkelig kontroll over situasjonen vil de fleste oppleve motivasjon til å løse oppgavene samtidig som de lærer og utvikler sin kompetanse. Når kravene er lave har de andre elementene ikke like stor betydning, men når kravene er høye har kontroll og sosial støtte vesentlig større betydning for arbeidstakerne sin helse. Høye krav betyr derfor at det blir

ekstra viktig å skape mestring ved å styrke elementene kontroll og sosial støtte. Kontroll og sosial støtte kan gjøre arbeidstakere bedre i stand til å mestre arbeidsoppgaver og beholde god helse som setter høye krav til dem både fysisk og mentalt. Arbeidstakere i yrker med høye krav, spesielt emosjonelle krav, har ekstra store belastninger som påvirker helsen deres negativt. Krav, kontroll og sosial støtte utgjør det psykososiale arbeidsmiljøet og modellen er mye brukt for å analysere psykososialt arbeidsmiljø (Karasek & Theorell, 1990; Shaw et al., 2013).

Sosial støtte har vist seg å ha størst betydning for helsen til arbeidstakere som opplever å ha høye krav i jobben og lav kontroll (Karasek & Theorell, 1990). Disse faktorene kan være spesielt relevante i barnehager og helse- og sosiale tjenester fordi de emosjonelle kravene i møte med tjenestemottakerne er en vesentlig del av arbeidshverdagen.

3.4 Vitenskapsteoretisk ståsted

Helsefremmende arbeid er basert på prinsippet om likeverd og et humanistisk menneskesyn med vekt på at mennesker har verdi i seg selv. Det betyr at den enkeltes subjektive opplevelse og virkelighetsforståelse anerkjennes som like relevant og verdifull som en objektiv beskrivelse av virkeligheten (Green & Tones, 2010). Vitenskapsteori skiller mellom positivisme og fenomenologi. Den positivistiske tradisjonen anerkjenner kunnskap basert på det som kan observeres, registreres, måles og telles og data innhentes gjennom kvantitative metoder som spørreundersøkelser eller eksperiment (Engelstad, Grennes, Kalleberg, & Malnes, 2005; Thornquist, 2012). I denne tradisjonen er ikke subjektive opplevelser anerkjent som kunnskap. I fenomenologien er det nettopp den individuelle subjektive opplevelsen som er den anerkjente kilden til kunnskap og data innhentes i hovedsak gjennom kvalitative metoder. Kvalitative og kvantitative undersøkelser gir forskjellige data (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2010; Thornquist, 2012). Forhold som påvirker helse på arbeidsplassen vil alltid være basert på en subjektiv og individuell opplevelse. I denne undersøkelsen er de to vitenskapsteoretiske tilnærmingene kombinert fordi den undersøker subjektive opplevelser med verktøy basert på data som kan måles og telles. Undersøkelsen kan sies å ha en fenomenologisk tilnærming fordi den undersøker data på bakgrunn av individuelle opplevelser (Engelstad et al., 2005; Thornquist, 2012).

3.5 Mitt ståsted

I denne undersøkelsen er min rolle å undersøke hva som kan bidra til at personer som har vært sykemeldt kommer tilbake i jobb. Jeg jobber som rådgiver ved NAV Arbeidslivssenter og har som hovedoppgave å veilede virksomheter til å nå målene i avtalen om Inkluderende Arbeidsliv (IA – avtalen). Denne rollen har jeg valgt, og fått, fordi jeg har et sterkt engasjement for arbeidsmiljø og helse på arbeidsplassen – spesielt i helsesektoren. Engasjementet har oppstått som følge av egne erfaringer i arbeidslivet. Jeg har i utgangspunktet en praktisk teknisk utdanning i et mannsdominert yrke der jeg jobbet i 12 år før jeg tok sykepleierutdanning og jobbet som sykepleier og leder i kommunale pleie og omsorgstjenester i tilsammen 8 år. Jeg erfarte at tilgjengelige ressurser for arbeidstakere i disse bransjene var svært ulike. Disse erfaringene gjorde meg nysgjerrig på om mine erfaringer er unike eller om andre opplever det samme i liknende situasjoner. Nysgjerrigheten har ført til at jeg har tatt utdanning i arbeids og organisasjonspsykologi. Min tilnærming til problemstillingen i denne undersøkelsen vil derfor være farget av psykologifaget. Ledererfaring fra pleie og omsorgssektoren har lært meg at ledelse er en viktig faktor i arbeidsmiljøet fordi ledere har en rolle som forbilde for resten av arbeidsplassen og har makt til å legge premissene for prosessene i virksomheten.

Jeg har valgt å ta i mot en konkret bestilling fra en virksomhet jeg ikke kjenner og å være oppmerksom på hvilke utfordringer det er viktig å være bevisst på i en slik situasjon

Fordi jeg har egne erfaringer fra helse og sosiale tjenester har jeg vært bevisst på at disse erfaringer ikke ensidig skal styre retningen i undersøkelsen og oppgaven. Det teoretiske utgangspunktet for undersøkelsen er valgt ut fra litteratur på området. I diskusjon med veileder har jeg fått hjelp til vurdere hvilke resultater jeg skal legge vekt på i analysen og hvordan jeg skal bruke dem i diskusjonen.

4 Metode

4.1 Forskningsdesign

Undersøkelsen var en tverrsnittsundersøkelse i form av et spørreskjema som gav informasjon om Krav, Kontroll og Sosial støtte (KKS) hadde sammenheng med RTW-SE hos arbeidstakere i en kommune på et bestemt tidspunkt (Johannessen et al., 2010). Deltakere var arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester som stod i fare for å falle ut av arbeidslivet fordi de hadde vært sykmeldte i mer enn 16 dager. Barnehager og helse og sosiale tjenester ble valgt fordi sykefraværet i disse enhetene var høyere enn i andre kommunale enheter. Undersøkelsen hadde som mål å finne ut om psykososiale forhold kunne bidra til at arbeidstakere kunne komme tilbake i jobb etter sykefravær, og eventuelt hvilke.

4.2 Utvalg

Kommunen sendte undersøkelsen til 119 personer ansatt i barnehager og helse- og sosiale tjenester som hadde vært sykmeldt i mer enn 16 dager de siste 12 månedene. Kommunen valgte å innhente data fra flere typer undersøkelser, både kvalitative og kvantitative (metodetriangulering). Slik har de fått et mer utfyllende bilde av hva som bidrar til at arbeidstakere kommer tilbake i jobb etter sykefravær. I kommunens prosjektplan står det at de ønsker å foreta en kvantitativ undersøkelse av arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester som har vært langtidssykmeldt og dermed står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Kommunen velger å betegne langtidssykefravær som over 16 dager. Barnehager og helse og sosiale tjenester er målgruppe fordi sykefraværet i disse enhetene er høyere enn i andre kommunale enheter. I tillegg er målgruppen avgrenset til arbeidstakere som er eller har vært sykmeldte mer enn 16 dager de siste 12 måneder. Det er sannsynligvis liten forskjell på de to gruppene (er eller har vært sykmeldte) og det er ikke usannsynlig at det er de samme forholdene som påvirker at arbeidstakere kommer tilbake i jobb etter sykefravær som gjør at de blir værende i jobb etter sykefravær (Ose, 2013; Shaw et al., 2013). Inndeling mellom korttids- og langtidssykefravær gjøres ulikt. Noen steder defineres fravær utover 14 dager som langtidsfravær andre steder defineres grensen for langtidsfravær etter 12 uker (Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13; Sandmark, 2011). Med utgangspunkt i at det har vist seg at etter 2-4 uker får andre forhold enn diagnosen gradvis større betydning for RTW (Bultmann & Brouwer, 2013; Soklaridis et al., 2010) og at RTW-SE reduseres gradvis ved fraværets

lengde (Løvvik, 2015), vurderes det som hensiktsmessig å definere langtidsfravær fra dag 17 slik denne kommunen har gjort.

4.3 Spørreundersøkelse

Problemstillingen belyses med en kvantitativ undersøkelse i form av et spørreskjema som i tillegg til demografiske data måler KKS og RTW-SE. Demografiske data er kjønn, alder, utdanningsnivå, arbeidsoppgaver, stillingsstørrelse, arbeidstid (dagarbeid/ turnus), ansettelsesforhold (fast eller midlertidig), heltid/ deltid og om de er sykmeldt eller har vært sykmeldt de siste 12 måneder samt sykmeldingsgrad og varighet.

4.3.1 KKS

KKS er undersøkt ved hjelp av 17 spørsmål/ påstander rangert på en skala fra 1 – 4 hvor 1 tilsvarer *stemmer helt* og 4 tilsvarer *stemmer ikke*. Måleinstrumentet er utarbeidet ved Karolinska institutt, Stockholm, Sverige (Theorell, Michélsen, Nordemar, & Stockholm MUSIC 1 Study group, 1991), oversatt til norsk, testet og vurdert i forhold til validitet og reliabilitet (Eriksen, 1998).

4.3.2 RTW-SE

RTW-SE er undersøkt med 19 spørsmål som begynner med: «Hvor sikker er du på at du kunne...» og måles på en skala fra 1 til 10 der 1 tilsvarer «ikke sikker i det hele tatt» og 10 tilsvarer «helt sikker». I analysen er skårene summert og det er beregnet et gjennomsnitt kalt sum skår. Spørreskjemaet er testet og har akseptabel validitet og reliabilitet (Brouwer, Amick, Lee, Franche, & Hogg-Johnson, 2015; Brouwer et al., 2011; Shaw et al., 2013). Norsk versjon er tilsvarende testet (Nøttingnes, 2015). Fordi sammenhengen mellom RTW-SE og faktisk RTW har vist seg i gjentatte studier, kan RTW-SE si noe om sannsynligheten for faktisk RTW (Bultmann & Brouwer, 2013; Cole et al., 2002; Dionne et al., 2007; Franche & Krause, 2002; Shaw et al., 2013; Volker et al., 2015).

Det ble ikke innhentet direkte personidentifiserbare opplysninger, men kombinasjonen av demografiske opplysninger (arbeidsplass, alder, kjønn, utdanningsnivå, stillingsprosent, er sykmeldt eller har vært sykmeldt de siste 12 måneder) kan identifisere personer. Datasettet er

derfor ikke anonymt men aidentifisert. Undersøkelsen er godkjent av Personvernombudet ved Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) (vedlegg 1).

4.4 Forberedelser.

Høy svarprosent er ønskelig fordi antall deltakere vil påvirke datagrunnlaget og resultatene i undersøkelsen. Det ble derfor etablert et samarbeid med kommunen for å finne ut hvordan det er mulig å tilrettelegge slik at flest mulig ville delta (Johannessen et al., 2010). Sammen med to andre studenter som også skulle skrive oppgave med utgangspunkt i data fra denne kommunen, ble det gjennomført planleggingsmøter med prosjektgruppen i kommunen og det ble utpekt en kontaktperson i kommunen. Kommunen ved representant for kommunens personalavdeling arrangerte møte for lederne i de aktuelle enhetene der vi studenter fikk informere om undersøkelsene vi skulle gjennomføre. Informasjonen inneholdt bakgrunnen for og formålet med undersøkelsen, fremgangsmåte samt informasjon om hvordan data skal håndteres for å sikre konfidensialitet. Enhetsledere og avdelingsledere informerte videre i personalmøter slik at arbeidstakerne skulle kjenne til undersøkelsen når de fikk skriftlig invitasjon til å delta. Tillitsvalgte deltok i møte med prosjektgruppen, men var ikke representert i møtet med lederne.

4.5 Metodekvalitet

Helse er en subjektiv opplevelse (Green & Tones, 2010). Problemstillingen kan derfor være aktuell å belyse med en kvalitativ undersøkelse (Johannessen et al., 2010). Kvantitative og kvalitative undersøkelser gir forskjellige data. Kvantitative undersøkelser samler data fra mange respondenter med relativt små ressurser og gir en oversikt over forhold som undersøkes, mens en kvalitativ undersøkelse ofte er basert på intervjuer med enkeltpersoner og gir en mer detaljert og dypere forståelse av forholdet som undersøkes (Johannessen et al., 2010). I dette tilfellet ber kommunen om at det gjennomføres to kvalitative og en kvantitativ undersøkelse – såkalt metodetriangulering. Denne oppgaven er basert på den kvantitative undersøkelsen.

Utvalget er gjort av kommunen som har bestilt oppdraget og kan betegnes som avvikende utvalg fordi utvalget avviker fra normen som er å være frisk og i arbeid (Johannessen et al., 2010). Kontrollgruppe er ikke inkludert. Alle aktuelle deltakere har fått tilbud om å delta.

Fordelen med denne metoden er at en får undersøkt den gruppen som avviker, men det er ikke sikkert undersøkelsen favner de rette faktorene. Ideelt kunne den kvalitative undersøkelsen vært gjennomført før den kvantitative for å få bedre grunnlag for den kvantitative.

Kommunen gjennomførte flere undersøkelser parallelt. Underveis i forberedelsene ble det derfor foreslått et alternativ design basert på resultat fra medarbeiderundersøkelsen og sykefraværstatistikk for den enkelte enhet. Ved å analysere disse resultatene kunne det være mulig å finne sammenhenger på enhetsnivå i stedet for på individnivå. Dette forslaget ble avvist av kommunen. Et annet alternativ som ikke ble diskutert kunne være å undersøke de som ikke har vært sykmeldt og de som er eller har vært sykmeldt i for eksempel barnehager eller hjemmetjenesten og sammenlignende gruppene.

RTW-SE og KKS ble undersøkt med et verktøy som i utgangspunktet måler og teller fast definerte enheter. Spørsmålene i skjemaet ber likevel om subjektive vurderinger av forhold som påvirker helse. Subjektive vurderinger medfører alltid en viss usikkerhet (Johannessen et al., 2010). Testing av spørreskjema vist at metoden kan gi pålitelige og gyldige data som grunnlag for å beskrive forholdene som undersøkes (Eriksen, 1998; Nøttingnes, 2015)

4.6 Ethiske vurderinger

Undersøkelsen er gjennomført som følge av en bestilling fra en kommune og utgjør er en liten del av et større oppdrag som leveres av HSN. Ved oppdragsforskning er det oppdragsgiveren som definerer tema for forskningen (Hellevik, 1999). Fordelen med å ta i mot en slik bestilling kan være at noen av forberedelsene er gjort fordi temaet er valgt og tilgang til forskningsfeltet er etablert. Forskningsetiske hensyn skal likevel ivaretas (Johannessen et al., 2010; Tostensen & Kaiser, 2015) (www.etikkom.no).

Undersøkelsen er en bestilling fra en kommune og det er gjort etiske vurderinger spesielt i forhold til tema og målgruppe. Det grunnleggende prinsippet i samfunnsfaglig forskning om at forskningen ikke skal påføre mennesker skade, men bidra positivt til de som deltar, er spesielt viktig i forhold til sårbare grupper (Green & Tones, 2010; Haraldsen, 2012). Denne undersøkelsen er rettet mot arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester i kommunen som er eller har vært sykmeldt. Ved å rette fokus mot de som er definert som et problem, kan de sykmeldte bli stigmatisert og bli "syndebukker" i systemet kan målgruppen

oppleve at hele ansvaret for helse flyttes fra arbeidsplass og samfunn over på den enkelte (Green & Tones, 2010). Når det er snakk om det psykososiale arbeidsmiljøet er det en tendens til å psykologisere, individualisere og lete etter hvem som er problemet fremfor å undersøke hva som er problemet (Nordrik, 2012). Denne utfordringen er håndtert ved å dreie oppmerksomheten over på forhold som kan medvirke til at arbeidstakere kommer tilbake i jobb. I tillegg til den kvantitative undersøkelsen gjøres det også en kvalitativ undersøkelse rettet mot samme målgruppe og med fokus på suksesshistoriene. Denne endringen har bidratt til en mer helsefremmende tilnærming for deltakerne og har også påvirket utforming av problemstilling og forskningsspørsmål.

Forskning skal være fri og ubundet (Engelstad et al., 2005). Det betyr at oppdraget skal gjennomføres i henhold til vitenskapelige prinsipper om akademisk frihet (Tostensen & Kaiser, 2015). I denne undersøkelsen har valg av tema og målgruppe vært diskutert med kommunen i forkant for å få en tilnærming som kan forsvares både faglig og etisk. Kommunen mottar resultatene av undersøkelsen i form av denne oppgaven. Kommunen har ikke hatt noen påvirkning på presentasjonen av resultatene. (Engelstad et al., 2005). For stor nærhet mellom oppdragsgiver, forskningsfelt og forsker kan gjøre det vanskelig for forskeren å være objektiv i forhold feltet som undersøkes (Haraldsen, 2012; Wadel, 1991). Jeg står i utgangspunktet ikke i et avhengighetsforhold til oppdragsgiver fordi jeg ikke er ansatt eller får betalt for oppdraget.

Respekt for selvbestemmelse og autonomi og fritt informert samtykke betyr at informantene må få tilstrekkelig kunnskap om hva undersøkelsen går ut på slik at de kan vurdere om de vil delta i undersøkelsen og tydelig informasjon om at både deltagelse og hvilke opplysninger de vil gi er frivillig (Engelstad et al., 2005; Johannessen et al., 2010). Denne undersøkelsen er gjennomført på arbeidsplassen etter bestilling fra arbeidsgiver og informantene kan oppleve at de er pålagt å delta. Informasjonen de har mottatt har vært tydelig på at det er frivillig å delta, ingen kan kontrollere om de har deltatt og deltagelse kan dermed ikke få noen betydning for arbeidsforholdet (vedlegg 2).

Kommunen ønsket å få gjennomført en undersøkelse som i tillegg til de valgte demografiske variablene også undersøkte blant annet bosted, om deltakerne har vokst opp i kommunen eller tilflyttet, fritidsinteresser og hobbyer, foreldre og søsken sin tilknytning til arbeidslivet, støtte

og hjelpetiltak. For å ivareta respekt for privatliv (Engelstad et al., 2005) ble demografiske variabler begrenset. Undersøkelsen var anonym og opplysningene i undersøkelsen behandles konfidensielt og kan ikke spores tilbake til deltagerne.

Forskningen skal være samfunnsnyttig ved å fremme velferd og helse. Dersom denne undersøkelsen skal bidra til kunnskap som kan være nyttig for kommunen som har bestilt den er det viktig at metoden som brukes er anerkjent (Engelstad et al., 2005).

Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i anerkjente verktøy og kunnskap på området for å sikre at data er reliable og valide.

Undersøkelsen er vurdert og godkjent av NSD (vedlegg 1).

4.7 Metodiske utfordringer

Bestillingen fra kommunen var å foreta en kvantitativ undersøkelse av de arbeidstakerne som står i fare for å falle ut av arbeidslivet, dvs. har vært sykemeldte i mer enn 16 dager.

I samtale med kommunen kom vi frem til at det er hensiktsmessig å dreie tilnærmingen over i en helsefremmende retning.

Kommunen informerte om at de også skal gjennomføre Kommunenes Sentralforbunds (KS) medarbeiderundersøkelse i løpet av 2015 (november/ desember). Medarbeiderundersøkelsen kartlegger 10 faktorer som KS mener er viktige for å oppnå resultater i virksomheter og legger spesiell vekt på mestring, motivasjon, medarbeiderskap og ledelse (Kommunenes Sentralforbund, 2015). Det ble stilt spørsmål ved om det er hensiktsmessig å gjennomføre to undersøkelser med til dels overlappende innhold og om det er mulig å hente data fra KS undersøkelse og bruke disse til å belyse problemstillingen. KS informerte om at det ikke var mulig å legge inn et ekstra spørsmål i medarbeiderundersøkelsen. Et alternativ kunne være å ta utgangspunkt i data fra medarbeiderundersøkelsen på enhetsnivå og koble dem med fraværstatistikk fra enhetene. Kommunen ønsket ikke dette alternativet. Undersøkelsen ble derfor gjennomført i henhold til opprinnelig plan.

4.8 Gjennomføring

Januar 2016 sendte kommunen spørreskjemaet, sammen med informasjonsskriv og en invitasjon fra kommunen om å delta, pr post til 119 av sine arbeidstakere i kommunale

barnehager og helse- og sosiale tjenester som hadde sykefravær i mer enn 16 dager det siste året. Sammen med spørreskjemaet lå også frankert svarkonvolutt adressert til prosjektleder Torill Helene Tveito ved Uni Research Helse. Denne fremgangsmåten ble valgt slik at verken forsker eller deltakernes arbeidsplass kan identifisere de som har svart. Svarfrist på undersøkelsen ble satt til 2 uker. Etter en puring og informasjon på kommunens intranettsider mottok vi 20 svar. Dette gir en svarprosent på 16,8 %.

4.9 Analyse

Data fra spørreskjemaet er analysert i SPSS for Windows versjon 23. Score for variablene krav, kontroll, sosial støtte og RTW-SE er summert for hver deltaker og det er gjort en gjennomsnittsberegning for disse variablene som er brukt i analysen. Deltakernes fordeling på demografiske variabler er undersøkt. Korrelasjonsanalyse for variablene Krav-Kontroll-Sosial støtte og RTW-SE er utført for å se om det er noen sammenheng mellom disse variablene. I de videre analysene er mannen i utvalget utelatt fordi menn vanligvis skårer høyere enn kvinner på SE (Bandura, 1997) og kvinner og menn rapporterer forskjellig på helserelevante indikatorer (Dahl et al., 2010). T-test ble brukt for å finne sammenhenger mellom variablene utdanning, administrative/ lederoppgaver, sykemeldt og for variablene KKS og den avhengige variabelen RTW-SE. ANOVA ble brukt for å finne sammenhenger mellom kategoriene alder, arbeidsoppgaver, arbeidstid og variablene KKS og RTW-SE. T-test og ANOVA er valgt fordi utvalget er så lite at det ikke er hensiktsmessig å utføre mer avanserte analyser. I et større utvalg kunne det være aktuelt å gjøre regresjonsanalyser. Den lave svarprosenten har påvirket både valg i analysen og i det videre arbeid med resultatet.

Noen av deltakerne har valgt å legge til kommentarer i fritekst. Noen av disse kommentarene er brukt som utfyllende opplysninger, andre er utelatt fordi de ikke er relevante eller fordi de inneholdt detaljerte opplysninger som kan identifisere deltakerne.

5 Resultater

5.1 Demografi, KKS og RTW-SE

5.1.1 Bakgrunnsvariabler

Demografiske variabler er presentert i tabell 5.1.

5.1.2 Psykososialt arbeidsmiljø og RTW-SE

Tabell 5.2 viser fordeling for variablene KKS og RTW-SE for kvinner.

Resultatet viste at hele utvalget opplever RTW-SE over middels. Høy skår viser høy RTW-SE og dermed høyere sannsynlighet for RTW. De fleste skårer på øvre halvpart på alle variablene.

5.2 Sammenheng mellom KKS og RTW-SE

Tabell 5.3 viser sammenhenger mellom KKS og RTW-SE for kvinner. Ingen resultat i denne analysen er statistisk signifikant. Sosial støtte viste en negativ sammenheng med krav, altså at de som rapporterer høyere krav også rapporterer lavere sosial støtte, men dette nådde ikke helt statistisk signifikans ($p = .057$).

5.3 Forskjell mellom grupper for KKS og RTW-SE

T-test ble utført for å undersøke forskjellen mellom de ulike gruppene for den avhengige variabelen RTW-SE og den uavhengige variabelen KKS (tabell 5.4). De som hadde høyest utdanningsnivå skåret lavest på RTW-SE. Dessuten skåret de som hadde høyest utdanningsnivå også høyest på krav, men denne sammenhengen er ikke signifikant.

5.4 Sammenligning av grupper (ANOVA)

Forskjell mellom grupper ble analysert for variablene KKS og RTW-SE. Analysen viste signifikant forskjell på variabelen sosial støtte mellom gruppene i kategorien arbeidstid (tabell 5.5.). De som jobber dag og kveld skårer høyere på sosial støtte enn de som bare jobber dag. Kategorien dag/ kveld/ natt er ikke tatt med i tabell fordi det var bare en deltaker.

Analysen viste ingen forskjell mellom aldersgruppene for RTW-SE ($F(3, 13) = ,943$ $p = ,448$), krav ($F(3, 15) = ,807$ $p = ,510$), kontroll ($F(3, 15) = ,108$ $p = ,954$) eller sosial støtte ($F(3, 15) = 1,238$ $p = ,331$). Det var heller ingen forskjell mellom gruppene med forskjellige

arbeidsplasser for RTW-SE ($F(2, 14) = 2,243$ $p = ,143$), krav ($F(2, 16) = 1,77$ $p = ,202$), kontroll ($F(2, 16) = ,150$ $p = ,862$) eller sosial støtte ($F(2, 16) = 2,196$ $p = ,144$).

5.5 Andre funn

I tillegg til de kvantitative dataene som undersøkelsen ba om, har noen av deltakerne valgt å legge til noen kommentarer i fritekst. Jeg valgte å ta med noen av disse. En av deltakerne informerte om at hun hadde sagt opp og begynt i ny jobb. På spørsmålet: «Har du frihet til å bestemme hva som skal utføres i ditt arbeid?» kommenterte en av deltakerne følgende: «Jobber med mennesker og ikke motorer så arbeidet blir etter situasjon og nødvendighet».

På spørsmålet: «Hvor sikker er du på at du kunne foreslå for din overordnede hvordan arbeidet ditt kan endres for å minske plager og ubehag?» hadde en deltaker lagt til kommentaren: «...men det hjelper ingenting». I tillegg hadde en annen deltaker lagt til følgende kommentar på spørsmålet: «Hvor sikker er du på at du kunne be om endringer på arbeidsplassen/ arbeidsområdet ditt for å redusere plager og ubehag?»: «Jeg kan be om det, men endring kommer ikke».

6 Diskusjon

De som hadde høyest utdanning, universitet/ høgskole, rapporterer høye krav og lav RTW-SE.

De som jobbet dag og kveld skåret høyere på sosial støtte enn de som bare jobbet dag.

I tillegg viser resultatene negativ sammenheng mellom krav og sosial støtte. I dette utvalget så det ikke ut til at verken opplevelse av kontroll eller sosial støtte hadde sammenheng med RTW-SE.

6.1 RTW-SE

RTW-SE har vist seg å være den sterkeste indikatoren for faktisk RTW (Bultmann & Brouwer, 2013; Cole et al., 2002; Dionne et al., 2007; Franche & Krause, 2002; Shaw et al., 2013; Volker et al., 2015). Fordi sammenhengen mellom RTW-SE og faktisk RTW har vist seg å være så sterk, kan RTW-SE si noe om sannsynligheten for faktisk RTW. Det vil derfor være ønskelig at sykmeldte arbeidstakere opplever høy RTW-SE. Utvalget i denne undersøkelsen skårer i gjennomsnitt relativt høyt på RTW-SE, men gruppen med høyere utdanning skiller seg ut ved å ha en gjennomsnittsskår på denne indikatoren som er signifikant lavere enn kollegaer med videregående utdanning eller fagbrev. Resultatet var uventet fordi utdanning vanligvis vurderes som en ressurs som styrker mestring og fremmer helse i møte med hverdagens krav (Elstad, 2008; Green & Tones, 2010; Helsedirektoratet, 2005; Lunde, 2001; von dem Knesebeck, Verde, & Dragano, 2006). For arbeidstakere med høyere utdanning i dette utvalget ser det ikke ut til at utdanningsnivået er tilstrekkelig for å oppleve like høy RTW-SE som kollegaer med videregående utdanning eller fagbrev.

SE er del av holdningselementet i kompetansebegrepet og påvirker motivasjon til å utføre en oppgave (Lai, 2013). Lav SE kan redusere både motivasjonen og evnen til å gjennomføre arbeidsoppgavene. Arbeidstakere som ikke mestrer arbeidsoppgavene kan bli motløse og få enda lavere SE både i forhold til arbeidsoppgaver og RTW (Bandura, 1997).

Empowerment modell for helsefremmende arbeid viser at helsepedagogikk (HE) ikke er tilstrekkelig, men må kombineres med helsefremmende politikk og støttende omgivelser (HPP) for å få god helse som resultat (Green & Tones, 2010). I barnehager og helse og sosiale tjenester vil den daglige kontakten med ledere og kollegaer være del av HPP som skaper støttende omgivelser og styrker mestringstro hos arbeidstakere i hverdagen i tillegg til formelle samhandlingsarenaer.

De fleste studier av RTW og RTW-SE er rettet mot diagnosegrupper (Carroll et al., 2010; Cole et al., 2002; Dionne et al., 2007; Durand et al., 2014; Jakobsen & Lillefjell, 2014; Løvrvik, 2015; Sandmark, 2011; Soklaridis et al., 2010; Volker et al., 2015). Utdanningsnivå og RTW-SE er lite undersøkt og andre studier har ikke vist denne sammenhengen. Det kan likevel tenkes at arbeidstakere med høyere utdanning forventes å være så selvstendige at de ikke får samme tilgang til støtte fra leder og kollegaer. Det er heller ikke umulig at de kjenner stort ansvar for å løse nødvendige oppgaver med knappe ressurser og derfor velger å ikke rette oppmerksomheten mot seg selv på bekostning av brukerne (Allvin, 2006; Thomassen, 2013).

6.2 Krav

Gruppen med høyere utdanning skårer signifikant høyere på krav enn gruppen med videregående utdanning og fagbrev. Resultatet er ikke uventet fordi arbeidstakere med høyere utdanning også har krevende og ansvarsfulle oppgaver.

Arbeidstakere i barnehager og helse og sosiale tjenester møter høye fysiske krav og psykologiske krav i møte med tjenestemottakerne (Børhaug et al., 2011; Karasek & Theorell, 1990; Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13). For arbeidstakere med høyere utdanning kan kravene også være forventninger fra kollegaer om å bidra i de ordinære driftsoppgavene selv om de har faglige og administrative oppgaver i tillegg (Børhaug et al., 2011; Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13). Sykepleiere og pedagoger opplever at de må prioritere administrative oppgaver og dokumentasjon fremfor direkte kontakt med tjenestemottakerne (barn, beboere i sykehjem og tjenester til utviklingshemmede) som de selv opplever som sin primæroppgave (Børhaug et al., 2011; Lien & Gjernes, 2009; Thomassen, 2013). Kommuner er offentlige organisasjoner som leverer tjenester slik de er definert i aktuelle retningslinjer i tillegg til faglige vurderinger og lokale beslutninger (Børhaug et al., 2011; Jacobsen & Thorsvik, 2013; NOU 2010:13). Forskning på typiske kvinnearbeidsplasser, spesielt arbeid med direkte brukerkontakt, viser at det kan være utfordrende å møte høye krav (Karasek & Theorell, 1990). Beskrivelsen av kommuner generelt og av barnehager og helse og sosiale tjenester spesielt, viser at kravene til arbeidstakerne i disse tjenestene har endret seg både når det gjelder kvalitet og kvantitet. I tillegg til å møte krav fra tjenestemottakere og deres foreldre eller pårørende, må arbeidstakere også møte krav fra myndighetene i forhold til kvaliteten på tjenesten og fra politiske myndigheter i forhold til å levere mest mulig og faglig forsvarlige

tjenester for de økonomiske ressursene som er tilgjengelig. I møte med tjenestemottakere en er følelsesmessig knyttet til og som mottar tjenester de har krav på, kan det være vanskelig å se hvordan en kan ta kontroll over kravene og oppleve mestring (Allvin, 2006; Thomassen, 2013). I barnehager og helse og sosiale tjenester har universitets og høyskoleutdannede vanligvis et faglig ansvar for tjenesten som leveres. Krav om å levere tilstrekkelig tjenester av god kvalitet med knappe ressurser er et krav som kan være utfordrende selv med nødvendig faglig kompetanse (Børhaug et al., 2011; Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13).

Arbeidstakere med høyere utdanning opplever at det stilles høye krav til dem i arbeidssituasjonen, men de opplever vanligvis å ha mer kontroll slik at de høye kravene ikke går ut over arbeidshelse (Karasek & Theorell, 1990). I denne undersøkelsen ser det ikke ut til at utdanning er en tilstrekkelig ressurs til å møte kravene i arbeidssituasjonen. Det kan derfor tenkes at arbeidstakere med høyere utdanning kan ha behov mer kontroll og sosial støtte enn de har i dag.

6.3 Sosial støtte

Undersøkelsen viste en signifikant sammenheng mellom sosial støtte og turnusarbeid. De som jobbet dag og kveld skåret høyere på sosial støtte enn de som bare jobbet dagtid. Alle som jobbet i barnehage jobbet dagtid. Det er derfor de som jobbet turnus i sykehjem, hjemmesykepleie og øvrige helse- og sosiale tjenester som skåret høyest på sosial støtte i dette utvalget. Resultatet kan tyde på at relasjonen mellom kollegaer var den viktigste kilden til sosial støtte for arbeidstakere som jobbet turnus. Arbeidstakere som jobber turnus med både dag og kveldsvakter kjenner arbeidsoppgavene både på begge typer vakter. På dagvakter er vanligvis både leder og flere arbeidstakere på jobb samtidig fordi flest mulig oppgaver legges til dagtid (NOU 2010:13). Når leder er på jobb sammen med arbeidstakerne vil det være naturlig at leder har et overordnet ansvar for driften (Jacobsen & Thorsvik, 2013). På kveldsvakter, når lederen vanligvis ikke er tilstede og det er færre på vakt, er det vanligvis den som har høyest utdanning og lengst erfaring som har det overordnede faglige ansvaret. Ofte er de fleste på jobb relativt likeverdige i forhold til kompetanse og erfaring. Den samlede ressursen både når det gjelder antall personer og kompetanse vil likevel være mindre på en kveldsvakt enn på en dagvakt. Kravene til kvalitet og kanskje i enda større grad kvantitet i tjenesten er like høye som på dagtid og med færre på jobb kan det lett oppleves som lavere kontroll. De som er på jobb er i større grad avhengig av hverandre og må samarbeide som et

team for å løse oppgavene i fellesskap. Når arbeidstakere greier å møte krav på arbeidsplassen ved å ta i bruk kompetanse og personlige ressurser og få anerkjennelse for den jobben en gjør har vist seg å bidra til opplevelsen av å ha kontroll og forutsigbarhet og derved styrke mestringsopplevelsen. Slike opplevelser kan bidra til indre motivasjon og en opplevelse av bedre helse (Jakobsen & Lillefjell, 2014; Lien & Gjernes, 2009; Sørensen et al., 2008). Samarbeid på kveldsvakt kan ha fellestrekk med å jobbe i team der arbeidstakere er avhengig av hverandre for å løse en oppgave. Karasek trekker frem samarbeid i team som et eksempel på sosial støtte (1990). Arbeid i team, eller selvstyrte grupper, har lang tradisjon i det norske og nordiske arbeidslivet og er også et kjennetegn ved helsefremmende arbeidsplasser (Green & Tones, 2010; Gustavsen, Qvale, Sørensen, Midtbø, & Engelstad, 2010; Jacobsen & Thorsvik, 2013).

Sosial støtte kan fungere som en buffer mot stress, spesielt når arbeidsoppgavene medfører høye krav og lav kontroll (Karasek & Theorell, 1990). Undersøkelsen viste en negativ sammenheng mellom krav og sosial støtte. De som rapporterer høye krav rapporterer lavere sosial støtte. Resultatet er ikke signifikant. Det kan derfor tenkes at de arbeidstakerne som opplever de høyeste kravene også kan ha behov for mer sosial støtte fra leder eller kollegaer.

6.4 Kontroll

Undersøkelsen viste ingen signifikant sammenheng mellom kontroll og noen av de andre variablene. Utvalget skåret i gjennomsnitt høyt på kontroll. Funnet var uventet fordi ansatte i disse tjenestene møter høye krav i sin arbeidshverdag og har vanligvis mindre kontroll over sin arbeidssituasjon enn i andre yrker (Aagestad et al., 2015; Arbeidsdepartementet, 2011; Børhaug et al., 2011; Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13). Opplevelsen av å ha kontroll er sentralt i helsefremmende arbeid, og kan være med på å redusere opplevelsen av stress, særlig når kravene er høye (Karasek & Theorell, 1990). Det var ventet å finne en positiv sammenheng mellom kontroll og utdanningsnivå fordi høyere utdanningsnivå vanligvis henger sammen med større kontroll over arbeidssituasjonen (Dahl et al., 2010; Fosse & Strand, 2010; Helse- og omsorgsdepartementet, 2006; Helsedirektoratet, 2005; Lunde, 2001; von dem Knesebeck et al., 2006). Denne sammenhengen ble ikke funnet i denne undersøkelsen. Karasek beskriver at for en del arbeidstakere med høyere utdanning og krevende og ansvarsfulle oppgaver kan det se ut som høyere utdanningsnivå ikke er tilstrekkelig for å oppleve å ha kontroll over situasjonen (Karasek & Theorell, 1990). Han

nevner spesielt arbeidstakere med nær brukerkontakt og arbeidstakere som må ta mange og viktige beslutninger i løpet av en arbeidsdag (Karasek & Theorell, 1990). Universitet og høyskoleutdannede i barnehager og helse og sosiale tjenester har både nær brukerkontakt og må gjøre faglige vurderinger og ta beslutninger som har betydning for livene til brukerne (Aagestad et al., 2015; Allvin, 2006; Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13). Resultatet kan derfor bety at arbeidstakere med universitets og høyskoleutdanning som deltok i denne undersøkelsen har så krevende og ansvarsfulle oppgaver at utdanningsnivået ikke er tilstrekkelig til å gi dem den opplevelsen av kontroll som andre arbeidstakere med samme utdanningsnivå opplever.

Helsefremmende arbeid er prosesser som setter mennesker i stand til å ta kontroll over forhold som påvirker helse (Green & Tones, 2010). Dersom krav på arbeidsplassen påvirker helsen til arbeidstakerne negativt vil helsefremmende arbeid i en slik setting være prosesser som setter arbeidstakerne i barnehager og helse og sosiale tjenester i kommunen i stand til å få større kontroll over disse kravene. Medvirkning i avgjørelser som har betydning for arbeidssituasjonen kan bidra til å øke opplevelsen av å ha kontroll (Karasek & Theorell, 1990). Om arbeidstakeren faktisk velger å medvirke og ta kontroll over forhold som har betydning for helsen forutsetter SE i forhold til medvirkning (Bandura, 1997). Ledere som anerkjenner medvirkning som vesentlig for arbeidstakernes mestringsopplevelse kan bidra til å styrke arbeidstakernes SE i forhold til medvirkning ved å oppfordre dem til å medvirke og gi dem positive tilbakemeldinger når de gjør det. De kan tilrettelegge for medvirkning ved å informere og veilede underveis og vise i praksis at det nytter. De kan tilrettelegge slik at det ikke skal være vanskelig eller skape negative følelser for den som skal medvirke (Bandura, 1997).

Oppfordring og tilrettelegging for medvirkning kan være aktuelt både i direkte medvirkning mellom leder og arbeidstaker, men også i medvirkning i formelle fora som for eksempel personalmøter, medarbeiderundersøkelser, eller når arbeidstaker er representert av tillitsvalgte eller verneombud (Arbeidsmiljøloven, 2005; Forskrift om organisering ledelse og medvirkning, 2011; KS, 2016; NOU 2010:1, 2010; Ose et al., 2011). Ved å tilrettelegge for medvirkning og styrke medvirkningskompetansen i disse foraene kan arbeidsgiver fange opp arbeidstaker sine utfordringer og forslag til forbedring og dermed forebygge eller skape større

kontroll over kravene i det daglige arbeidet (Antonsen et al., 2009; Bandura, 1997; Karasek & Theorell, 1990).

Barnehager og helse og sosiale tjenester leverer tjenester med knappe ressurser. Arbeidstakere kan lett kjenne på en lojalitetskonflikt mellom egne behov og behovene til de de skal hjelpe. Det kan kjennes urimelig å be om endring på egne vegne når tilgjengelige ressurser er så knappe fordi det kan få konsekvenser for tjenestemottakerne og mange arbeidstakerne i disse tjenestene velger derfor å ta individuelt ansvar for det de opplever som utilstrekkelige ressurser (Allvin, 2006). I disse tjenestene er det kanskje ekstra viktig at leder og ledelse i organisasjonen er tydelige på at arbeidstakerne må fortelle hva de selv trenger for å kunne levere tjenester av god kvalitet.

Empowerment i barnehager og helse og sosiale- tjenester handler ikke bare om arbeidstaker, men også om de som mottar tjenester. Likeverd som sentral verdi i det helsefremmende arbeidet betyr også at fagpersoner må forholde seg til tjenestemottakere som likeverdige og eksperter på eget liv. En forutsetning for å kunne møte tjenestemottakere som likeverdige og myndiggjorte er at dette er praksis i egen organisasjon (Stang, 2003). Et eksempel på denne tilnærmingen kan være prosjektet «La mæ få klar det sjøl» som viser hvordan medvirkning fra både personalet i barnehagen og foreldre som representanter for tjenestemottakere kan samarbeide for å utvikle kvaliteten på tjenesten og arbeidsmiljøet for arbeidstakerne (Konradsen et al., 2013).

6.5 KKS og RTW-SE

Undersøkelsen viste ingen signifikant sammenheng mellom RTW-SE og kontroll eller sosial støtte.

Sosial støtte, i form av relasjoner på arbeidsplassen, ser ut til å ha betydning for om folk kommer tilbake til jobb når de er frisk nok til det (Carroll et al., 2010; Durand et al., 2014; Jakobsen & Lillefjell, 2014; Lien & Gjernes, 2009; Ose, 2013; Sandmark, 2011). Relasjoner til andre mennesker og tilbakemeldingene de gir i form av anerkjennelse, oppfordringer og veiledning har vesentlig betydning for SE (Bandura, 1997).

En undersøkelse viser at respekt og sosial støtte hadde vesentlig betydning for RTW blant sykepleiere (Tamminga, de Boer, Verbeek, & Frings-Dresen, 2012). Det er ikke utenkelig at dette kan gjelde for andre arbeidstakere med samme utdanningsnivå. Denne undersøkelsen viser ikke sammenheng mellom sosial støtte og RTW-SE for denne gruppen. Sosial støtte kan være en ressurs i møte med hverdagens krav på arbeidsplassen. For denne gruppen ser det ut til at behovet for enda bedre sosial støtte kan styrke RTW- SE. Oppgaver som er tilrettelagt slik at de skaper en opplevelse av mestring, andres anerkjennelse, oppfordringer og tilbakemeldinger er forhold som kan styrke SE. I tillegg kan råd og veiledning fra leder og kollegaer ha positiv effekt.

Sosial støtte fra ledere og kollegaer kan være en ressurs for å mestre hverdagens krav for arbeidstakere i disse tjenestene. Helse og sosiale tjenester har færre ledere pr årsverk enn andre tjenester (NOU 2010:13). Tilgangen til sosial støtte fra nærmeste leder kan derfor være en mindre tilgjengelig ressurs for disse arbeidstakerne og kan skape ekstra utfordringer for både leder og arbeidstaker.

Undersøkelsen viser ikke sammenheng mellom sosial støtte og RTW-SE for gruppen arbeidstakere med universitets og høgskoleutdanning. Denne gruppen, som opplever høye krav i form av selvstendig ansvar og krevende oppgaver, kan ha et udekket behov for sosial støtte. Disse arbeidstakerne har vanligvis et faglig ansvar i sine tjenester, men har ofte også et arbeidslederansvar på arbeidsplassen. På arbeidsplasser med et flertall av fagarbeidere eller ufaglærte arbeidstakere har universitets og høgskoleutdannede ekstra stort ansvar, men uten den myndighet som en leder har. Sosial støtte alene er likevel ikke tilstrekkelig til å redusere opplevelse av stress (Plaisier et al., 2007).

Denne undersøkelsen viser ingen signifikant sammenheng mellom opplevelsen å ha kontroll og RTW-SE. Andre undersøkelser har vist at arbeidstakeres opplevelse av å ha kontroll over forhold på arbeidsplassen har betydning for RTW (Carroll et al., 2010; Durand et al., 2014; Jakobsen & Lillefjell, 2014; Lien & Gjernes, 2009; Sandmark, 2011; Shaw et al., 2013). Det er ikke utenkelig at opplevelse av å ha mer kontroll og forutsigbarhet over forhold på arbeidsplassen kan styrke RTW-SE og dermed faktisk RTW for deltakerne i denne undersøkelsen også. RTW-SE kan styrkes ved at arbeidstakerne opplever at de har oppgaver

som de mestrer. I tillegg er en fordel at de ser at andre med samme kompetanse og oppgaver mestrer og at de får anerkjennelse fra leder og kollegaer (Bandura, 1997).

6.6 Andre funn

Noen av deltakerne har valgt å legge til kommentarer i fritekst.

En arbeidstaker har lagt til kommentaren: «Jobber med mennesker og ikke motorer så arbeidet blir etter situasjon og nødvendighet». Kommentaren sier kanskje noe om kravene og uforutsigbarheten i denne typen tjenester som fører til at det også må gjøres individuelle vurderinger i det løpende arbeidet og at ikke alt kan planlegges i detalj. Utsagnet kan også være et eksempel på at arbeidstakere opplever å ha myndighet til å gjøre egne vurderinger og ta avgjørelser på et område de har ansvar for og kompetanse til.

Kontroll handler blant annet om å oppleve en viss grad av forutsigbarhet og tillit til at det blir som avtalt (Karasek & Theorell, 1990). På spørsmålet: «Hvor sikker er du på at du kan foreslå for din overordnede hvordan arbeidet ditt kan endres for å minske plager og ubehag?» har en av deltakerne lagt til kommentaren: «Men det hjelper ingenting». På spørsmålet: «Hvor sikker er du på at du kan be om endringer på arbeidsplassen/ arbeidsområdet ditt for å redusere plager og ubehag?» har en annen deltaker lagt til kommentaren: «Jeg kan be om det, men endring kommer ikke». Denne undersøkelsen sier ingenting om hvor representativ disse påstandene er for resten av personalgruppen. Kommentarene illustrerer likevel at noen arbeidstakere ikke alltid opplever å ha kontroll over forhold på arbeidsplassen som har betydning for helsen. De sier og at dialog med lederen er viktig for å skape denne kontrollen, men at disse deltakerne ikke har tillit til at deres behov blir ivaretatt og heller ikke tro på at det nytter å be om endringer i arbeidssituasjonen. Det kan derfor se ut som de ikke har SE i forhold til å medvirke til å endre situasjonen.

En deltaker i denne undersøkelsen har lagt til kommentaren: «Sagt opp, begynt i ny jobb» på spørsmålet: «Er du sykmeldt helt eller delvis i dag»? Kontroll kan også være en opplevelse av å ha valgmuligheter. Jobbmobilitet kan være et alternativ til sykmelding og uførhet (NOU 2010:13) og er eksempel på at noen arbeidstakere opplever å kunne velge om de vil bli i den jobben de har eller om de kan velge å finne en annen jobb. Noen ganger kan det være hensiktsmessig å veilede arbeidstakere over i annet arbeid dersom det viser seg at det er

vanskelig å fortsette i den jobben de har (Sandmark, 2011). Innlåsingsmekanismer kan gjøre det vanskelig, spesielt for arbeidstakere med lavere utdanning, å kunne velge å søke annen jobb (Dahl et al., 2010).

6.7 Styrker og svakheter

Fordi det ikke var mulig å bruke data fra KS-undersøkelsen og dermed kort tid til gjennomføre undersøkelsen, ble det ikke gjennomført en pilotundersøkelse før utsending. Responsraten ble 16,8 %. Så få svar gjør at resultatene er usikre og det er ikke mulig å generalisere. Noen har meldt fra til kommunen om at det er vanskelig å forstå spørsmålsformuleringene i spørreskjemaet på grunn av språklige utfordringer. Dette kunne vært fanget opp av en pilot-undersøkelse, men det er usikkert om kommunen ville være villig til å få spørreskjemaet oversatt eller bruke tolk for å løse denne utfordringen.

Sammen med medstudent som har gjennomført den kvalitative undersøkelsen har jeg deltatt på ledermøte hvor personalsjefen informerte om kommunens satsing. Alle ledere fikk informasjon om både den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen som var planlagt med oppfordring om å informere sine arbeidstakere. I tillegg ble det lagt ut informasjon på kommunens intranettsider. Etter fristens utløp (14 dager) ble det sendt ut purring og lagt ut ny informasjon på intranett. I tillegg ble lederne bedt om å informere sine arbeidstakere en gang til. I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) er en av utfordringene med kommunikasjon nedover i hierarkiske organisasjoner at informasjonen som når ut i enhetene ofte ikke er den samme verken i mengde eller innhold som den som gikk ut fra høyere nivå i organisasjonen. Det kan derfor være grunn til å stille spørsmål ved om alle aktuelle deltakere har deltatt på personalmøtet der det ble gitt informasjon eller har fått informasjon om undersøkelsen på annen måte. På turnusarbeidsplasser kan det være en utfordring for leder å møte alle arbeidstakere, spesielt de som jobber helg og natt. Informasjonen ble også gitt via kommunens intranett. Det er usikkert om alle i målgruppen har tilgang til PC og bruker den til annet enn det som er nødvendig for å utføre oppgavene sine.

Deltakere som deltar i flere undersøkelser med kort mellomrom kan oppleve en overbelastning eller undersøkelsestretthet og blir ofte mindre motivert jo flere undersøkelser de deltar i (Johannessen et al., 2010). Erfaringer med hvordan resultatet fra tidligere undersøkelser har blitt håndtert kan også påvirke motivasjonen til å delta (Farner, 2008).

Deltakerne i denne undersøkelsen har også blitt bedt om å delta i kommunens medarbeiderundersøkelse og fått invitasjon til den kvalitative undersøkelsen i løpet av noen få måneder siste del av 2015 og første del av 2016. Det foreligger ikke opplysninger om andre undersøkelser, men det er ikke sikkert alle opplysninger er tilgjengelige og det er ikke utenkelig at målgruppen for undersøkelsen opplever en grad av undersøkelsestretthet som gjør dem mindre motivert for å svare. Arbeidstakere som har vært sykmeldt kan også føle at de har blitt pekt ut som et problem eller syndebukk og dermed være mindre motivert for å bidra.

Tillitsvalgtes deltakelse og engasjement har betydning for ansattes tilbakeføring til jobb etter sykefravær (Durand et al., 2014; Ose et al., 2011). I denne kommunen er tillitsvalgte representert i prosjektgruppen, men det foreligger ikke opplysninger om hvordan tillitsvalgte og eventuelt verneombud er involvert i gjennomføring av prosjektet lenger nede i organisasjonen. Lav deltakelse kan være et tegn på at prosjektet ikke er tilstrekkelig forankret hos tillitsvalgte lenger nede i organisasjonen.

Alle deltagerne i undersøkelsen bortsett fra en er fast ansatte i 50-100 % stilling. Dette er i samsvar med undersøkelser som har vist at sykefravær er størst blant arbeidstakere som har høy stillingsprosent (Moland, 2007). Det kan likevel stilles spørsmål ved om dette er representativt for de som faktisk har vært sykmeldt i perioden eller om det er denne gruppen informasjonen om undersøkelsen har nådd frem til. Dersom informasjon om undersøkelsen har blitt gitt på personalmøte er det ikke sikkert medarbeidere i små stillinger har prioritert å delta på dette møtet, særlig dersom de ikke får betalt for å delta i slike møter.

Direkte kommunikasjon ansikt til ansikt kan gi rikere informasjon og vurderes som mest effektiv hvis man kan velge fritt (Jacobsen & Thorsvik, 2013). Slik informasjon kunne vært gitt ved å delta på personalmøter i de aktuelle enhetene. Dette ble ikke prioritert fordi det ville kreve betydelig mer ressurser i form av tid og utgifter til reise og opphold. I etterkant, når svarprosenten ble så lav, kan det stilles spørsmål ved om vurderingen var riktig.

Noen av deltakerne valgte å legge til kommentarer i spørreskjemaet. Det kan bety at de hadde mer på hjertet enn det de fikk formidlet i skjemaet. De har også fått invitasjon til den kvalitative studien der de kunne formidle et rikere bilde av sin arbeidssituasjon.

Resultatene fra undersøkelsen kan si noe om hvilke forhold som påvirker RTW-SE, men på grunn av lite utvalg og ikke minst lav deltakelse gir ikke undersøkelsen grunnlag for å generalisere for andre populasjoner enn akkurat dette utvalget (Johannessen et al., 2010). Deltakelse er også basert på at deltakerne selv melder seg til undersøkelsen og vi kjenner derfor ikke til om det er seleksjonsbias (Johannessen et al., 2010).

Denne undersøkelsen er gjennomført blant arbeidstakere i barnehager og helse- og sosiale tjenester i en kommune og kan si noe om hvordan forhold på arbeidsplassen kan samspille med arbeidstakerne og påvirke deres RTW-SE. Andre undersøkelser viser også hvordan forhold lenger oppe i organisasjonen kan ha betydning for RTW (Soklaridis et al., 2010). Den sosialøkologiske modellen for helse illustrerer hvordan mennesker påvirker og påvirkes av forhold i omgivelsene (Dahlgren & Whitehead, 1991). Individuelle faktorer, familieforhold og samfunnsmessige strukturer kan ha betydning for RTW (Jakobsen & Lillefjell, 2014; NOU 2010:13; Palmer et al., 2012; Sandmark, 2011; Soklaridis et al., 2010; Verger, Mènard, Richard, Demortière, & Beck, 2014). Disse forholdene er ikke undersøkt i denne studien, men kan likevel ha betydning for RTW.

6.8 Kritikk av teori

6.8.1 Krav – Kontroll – Sosial støtte

Det kan stilles spørsmål ved om KKS måler de kravene som er spesielle for den typen tjenester denne undersøkelsen er rettet mot. Barnehager og helse og sosiale tjenester er regulert av lovverk med tilhørende forskrifter, rundskriv, veiledere og øvrige retningslinjer. I tillegg har pedagoger, sykepleiere og øvrig fagpersonell etablert et faglig ståsted gjennom sin utdanning. Dette sammen med politiske beslutninger om blant annet økonomiske rammer og forventninger danner grunnlag for lokalt planverk for tjenesten. I tillegg møter de som utøver tjenesten i møte med tjenestemottakerne både emosjonelle krav og etiske utfordringer som det ikke alltid er tatt høyde for i dokumentasjonen som styrer virksomheten. Den enkelte arbeidstaker står i fare for å strekke seg for langt for å fylle gapet de opplever mellom rammer og forutsetninger fra politiske myndigheter og faglige vurderinger og etisk standard i møte med tjenestemottakerne (Børhaug et al., 2011; Lien & Gjernes, 2009; NOU 2010:13; Thomassen, 2013). Det kan være grunn til å stille spørsmål ved om de spesielle kravene disse

arbeidstakerne møter blir tilstrekkelig belyst med spørsmålene som undersøker krav i modellen til Karasek.

6.8.2 Return to Work Self Efficacy

Det kan rettes kritikk mot en undersøkelse basert på spørreskjemaet om RTW-SE for å undersøke en subjektiv opplevelse med et kvantitativt verktøy. Det har likevel vist seg at spørsmålene i dette verktøyet gir en relativt god beskrivelse av den subjektive opplevelsen.

Den norske versjonen av RTW-SE 19 er validert i forbindelse med et prosjekt som blant annet undersøkte muskel og skjelettplager hos arbeidstakere i en kommune (Nøttingnes, 2015).

Fordi dette prosjektet rettet oppmerksomheten mot fysiske plager er det ikke sikkert RTW-SE 19 fanger opp RTW-SE i forhold til psykososiale faktorer like godt.

Internasjonal forskning på sykefravær og forhold som gjør at arbeidstakere kommer tilbake i jobb (RTW) kan ikke automatisk overføres til Norske forhold fordi forhold i arbeidsmarkedet og ansettelsesforhold er annerledes i Norge enn i andre land, men ved å bruke det samme verktøyet kan vi få grunnlag for å vurdere om og eventuelt hvordan de norske forholdene påvirker resultatene i undersøkelser der verktøyet er brukt.

Nyere utgaver av verktøyet har lagt til spørsmål om sosial kapital (Sørensen et al., 2008). Sosial kapital handler om tillit og rettferdighet – elementer som påvirker opplevelsen av kontroll. Sosial kapital er ikke inkludert i denne undersøkelsen fordi sammenhengen mellom sosial kapital og RTW ikke kommer direkte frem av litteraturen som omhandler RTW-SE, men det kunne vært interessant å undersøke denne sammenhengen.

7 Avslutning

7.1 Oppsummering og konklusjon

De som hadde høyest utdanning, universitet/ høgskole, skåret høyest på opplevelse av krav og lavest på RTW-SE. De som jobbet dag og kveld skåret høyere på sosial støtte enn de som bare jobbet dag. Det så ikke ut til at verken opplevelse av kontroll eller sosial støtte hadde sammenheng med RTW-SE. Undersøkelsen ble gjennomført i kommunens barnehager og helse og sosiale tjenester. Dette er typisk kvinnearbeidsplasser og resultatet kan derfor være annerledes enn det ville vært på en arbeidsplass med en annen kjønns sammensetning.

Undersøkelsen er rettet mot forhold på arbeidsplassen og tar ikke hensyn til hvordan forhold i de øvrige omgivelsene kan påvirke RTW-SE hos arbeidstakere. Med en helhetlig forståelse av settingstilnærmingen i helsefremmende arbeid skal helsefremmende arbeid bedre helse og velvære for de som lever, arbeider og mottar omsorg eller tjenester i settingen (Green & Tones, 2010). Det kan for eksempel være interessant å finne ut om skår på disse faktorene også kan henge sammen med kvalitet på tjenesten i virksomheten.

Ledere som ønsker å øke arbeidstakernes RTW kan øke arbeidstakernes opplevelse av kontroll ved å styrke deres medvirkningskompetanse og tilrettelegge for mer sosial støtte fra ledere og kollegaer.

7.2 Videre forskning

Denne undersøkelsen er en av tre gjennomført i en kommune. Sammen med kvalitative undersøkelser gjort med både arbeidstakere og ledere som målgruppe utgjør den en metodetriangulering. Antallet deltakere i denne undersøkelsen er for lite til å kunne si noe generelt om de forholdene som er undersøkt, men metodene som er brukt og spørsmålene som er stilt kan gjøre det interessant å betrakte dette arbeidet som en pilotstudie. For å få generaliserbare data må undersøkelsen gjennomføres i større skala i en annen setting.

Gjennomgang av kunnskapsstatus viser at forhold som fører til RTW er undersøkt med utgangspunkt i ulike diagnoser i flere land og det konkluderes med at det er betydelig sammenfall mellom resultatene uavhengig av diagnoser slik at sykmeldte arbeidstakere kan

betraktes som en ensartet gruppe når det gjelder forhold som påvirker RTW (Shaw et al., 2013). Det er gjort svært få undersøkelser av RTW-SE med utgangspunkt i utdanning, arbeidsoppgaver og kjønn, knapt noen i Norge. Disse forholdene kan det være aktuelt å undersøke nærmere.

Litteraturliste

- Aagestad, C., Tysnes, T., Sterud, T., Johannessen, H. A., Gravseth, H. M., Løvseth, E. K., . . . Aasnæss, S. (2015). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 Retrieved from https://brage.bibsys.no/xmlui/.bitstream/handle/11250/284148/NOA_Faktabok_Web_liten.pdf?sequence=1&isAlowed=y
- Allvin, M. (2006). *Gränslöst arbete : socialpsykologiska perspektiv på det nya arbetslivet*. Malmö: Liber.
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium* (A. Sjøbu, Trans.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Antonsen, S., Madsen, B.-E., & Ravn, J. E. (2009). *Makt eller avmakt? Arbeidstakermedvirkning i petroleumsvirksomheten*. (SINTEF A12963). Trondheim: Sintef Retrieved from <http://www.psa.no/getfile.php/PDF/seminar%20arbeidstakermedvirkning%20sept-09/Rapport%20-%20Makt%20eller%20avmakt.pdf>.
- Arbeidsdepartementet. (2011). *Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv*. (St.meld. nr 29 (2010-2011)). Oslo: Arbeidsdepartementet Retrieved from www.regjeringen.no.
- Arbeidsmiljøloven. (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Arnstein, S. (1969). A ladder of participation. *JAIP*, 35, 216-224.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy : the exercise of control*. New York: Freeman.
- Béland, F., Birch, S., & Stoddart, G. (2002). Unemployment and health: contextual-level influences on the production of health in populations. *Social Science & Medicine*, 55(11), 2033-2052. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(01\)00344-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(01)00344-6)
- Blekesaune, M., & Pedersen, A. W. (2006). Sykefravær: innfallsporten til permanent trygding? In T. Hammer & E. Øverbye (Eds.), *Inkluderende arbeidsliv?: Erfaringer og strategier*. . Oslo: Gyldendal Norsk Forlag A/S.
- Brochs-Haukedal, W., & Bjørvik, K. I. (2005). *Arbeids- og lederpsykologi* (7. utg. Willy Haukedal. ed.). Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Brouwer, S., Amick, B., Lee, H., Franche, R.-L., & Hogg-Johnson, S. (2015). The Predictive Validity of the Return-to-Work Self-Efficacy Scale for Return-to-Work Outcomes in Claimants with Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil*, 25(4), 725-732. doi:10.1007/s10926-015-9580-7
- Brouwer, S., Franche, R.-L., Hogg-Johnson, S., Lee, H., Krause, N., & Shaw, W. (2011). Return-to-Work Self-Efficacy: Development and Validation of a Scale in Claimants with Musculoskeletal Disorders. *J Occup Rehabil*, 21(2), 244-258. doi:10.1007/s10926-010-9262-4
- Bultmann, U., & Brouwer, S. (2013). Individual-Level Psychosocial Factors and Work Disability Prevention. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability*. New York: Springer Science + Business Media.
- Bungum, B. (2007). Bokanmeldelse: Inkluderende arbeidsliv? Erfaringer og strategier. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 03:2007.
- Bunton, R., & Macdonald, G. (2002). Health promotion: disciplinary developments. In R. Bunton & G. Macdonald (Eds.), *Health promotion. Disciplines, diversity and developments* (pp. 9-27). London: Routledge.
- Børhaug, K., Helgøy, I., Homme, A., Lotsberg, D. Ø., & Ludvigsen, K. (2011). *Styring, organisering og ledelse i barnehagen*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Carroll, C., Rick, J., Pilgrim, H., Cameron, J., & Hillage, J. (2010). Workplace involvement improves return to work rates among employees with back pain on long-term sick

- leave: a systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. *Disability & Rehabilitation*, 32(8), 607-621. doi:10.3109/09638280903186301
- Cole, D. C., Mondloch, M. V., & Hogg-Johnson, S. (2002). Listening to injured workers: how recovery expectations predict outcomes--a prospective study. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 166(6), 749.
- Dahl, E., Wel, K. A. v. d., Harsløf, I., & Helsedirektoratet. (2010). *Arbeid, helse og sosial ulikhet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health Retrieved from [http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414\(2\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_RPD414(2).pdf)
- Dionne, C. E., Bourbonnais, R., Fremont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., Nouwen, A., . . . Demers, E. (2007). Determinants of "return to work in good health" among workers with back pain who consult in primary care settings: a 2-year prospective study. *Eur Spine J*, 16(5), 641-655. doi:10.1007/s00586-006-0180-2
- Dooris, M. (2009). Holistic and sustainable improvements: the contribution of settings-based approach to health promotion. *Perspectives in public health*. Sage., 129:1, 29-36.
- Dooris, M. (2012). The Settings Approach: Looking Back, Looking Forward. In A. Scriven & M. Hodgins (Eds.), *Health Promotion Settings: Principles and Practice* (pp. 17-34). Los Angeles: SAGE Publications Inc.
- Durand, M. J., Corbiere, M., Coutu, M. F., Reinharz, D., & Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589. doi:10.3233/wor-141914
- E-studie. (2017). Krav kontroll modellen. Retrieved from estudie.no/wp-content/uploads/krav-kontroll-modellen.gif
- Elstad, J. I. (2008). *Helseulikheter: Problemstillinger og forskningsfunn*. Oslo.
- Endresen, A., & Moe, S. (2012). Arbeidsmiljøet blant NAV-ansatte sett i et sosial kapital perspektiv. *Søkelys på arbeidslivet*, 1-2, 3-20.
- Engelstad, F., Grennes, C. E., Kalleberg, R., & Malnes, R. (2005). *Introduksjon til samfunnsfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eriksen, H. (1998). *Stress And Coping: Does It Really Matter For Subjective Health Complaints?* (Doktoravhandling), University of Bergen, Bergen.
- Farner, A. (2008). *Verksted som verktøy: å planlegge og lede workshops*. Oslo: Kommuneforl.
- Forskrift om organisering ledelse og medvirkning. (2011). Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning,. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-06-1355>
- Fosse, E., & Strand, M. (2010). Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornytt politisering av folkehelse spørsmål. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 13(1), 14-25.
- Franche, R.-L., & Krause, N. (2002). Readiness for Return to Work Followong Injury or Illness: Conceptualizing the interpersonal Impact of Health Care, Workplace, and Insurance Factors. *J Occup Rehabil*, 12(4), 24.
- Fugelli, P., & Ingstad, B. (2001). Helse - slik folk ser det. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 121: 3600-4.
- Gerdtham, U.-G., & Johannesson, M. (2003). A note on the effect of unemployment on mortality. *Journal of Health Economics*, 22(3), 505-518. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296\(03\)00004-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00004-3)

- Green, J., & Tones, K. (2010). *Health promotion. Planning and strategies*. (2 ed.). Los Angeles: Sage.
- Gustavsen, B., Qvale, T. U., Sørensen, B. A., Midtbø, M., & Engelstad, P. H. (2010). *Innovasjonssamarbeid mellom bedrifter og forskning - den norske modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haldorsen, E. M., Indahl, A., & Ursin, H. (1998). Patients with low back pain not returning to work. *Spine*, 23(11), 7.
- Hanson, A. (2004). *Hälsopromotion i arbetslivet*. Lund: Studentlitteratur.
- Haraldsen, I. (2012). Oppdragsforskning: en balansekunst. Retrieved from http://www.forskningsradet.no/no/Nyheter/Oppdragsforskning_en_balansekunst/1253972529220
- Hellevik, O. (1999). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. (St.meld.nr 20(2006-2007)). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no>.
- Helsedirektoratet. (2005). Gradientutfordringen-sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosial ulikhet i helse. Retrieved from www.helsedirektoratet.no
- Helsedirektoratet. (2015). *Folkehelsepolitisk rapport 2015: Indikatorer for folkehelsearbeidet*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1130/Folkehelsepolitisk-rapport-2015-IS-2776.pdf>.
- Hjort, P. F. (1982). Helsebegrepet, helseidealet og helsepolitiske mål. In P. E. Lorentzen, J. Åker, & T. Berge (Eds.), *Helsepolitikk og helseadministrasjon* (pp. 348 s. : fig.). Oslo: Tanum-Norli.
- Hodgins, M., & Griffiths, J. (2012). A whole systems approach to working in settings. In A. Scriven & M. Hodgins (Eds.), *Health Promotion Settings: Principles and Practice* (pp. 35-49). USA: Sage Publications.
- Ihlebaek, C., Eriksen, H. R., & Ursin, H. (2002). Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 30(1), 20-29. doi:10.1177/14034948020300010701
- Jacobsen, D. I., & Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer* (4. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Jakobsen, K., & Lillefjell, M. (2014). Factors promoting a successful return to work: from an employer and employee perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(1), 48-57. doi:10.3109/11038128.2013.857717
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work : stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kommunal og moderniseringsdepartementet. (2015). Kommunal planstrategi og forholdet til kommunereformen. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/kommunal-planstrategi-og-forholdet-til-kommunereformen/id2409521/>
- Kommunenes Sentralforbund. (2015). 10 Faktor. Retrieved from www.10faktor.no
- Konradsen, T. K., Nervik, L. R., Skjølsvold, E. M., & Stenset, W. (2013). *La mæ få klar det sjøl: Ergonomi og pedagogikk i barnehagen*. Trondhjem: Sebu Forlag.
- KS. (2016). Hovedavtalen. Retrieved from <http://www.ks.no/fagomrader/Arbeidsgiver/lonn-og-tariff/hovedavtalen/>

- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lien, L., & Gjernes, T. (2009). *Miljøet hos oss er helt konge! Om nærvær og (syke)fravær i kommunale sykehjem og barnehager i Norges fem største byer*. Retrieved from Bodø:
- Lunde, E. S. (2001). Bedre helse blant høyt utdannede. Retrieved from <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/bedre-helse-blant-hoyt-utdannede>
- Løvvik, C. (2015). *Common mental disorders and work participation - the role of return-to-work expectations*. (Doktoravhandling), Universitetet i Bergen.
- Melby, K. (1990). *Kall og kamp: Norsk sykepleierforbunds historie*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS.
- Moland, L. E. (2007). *Deltidsarbeid og sykefravær i Oslo kommune*. Retrieved from Oslo: http://www.faf.no/media/com_netsukii/10020.pdf
- Murphy, S., & Bennett, P. (2002). Psychology and health promotion. In R. Bunton & G. Macdonald (Eds.), *Health promotion. Disciplines, diversity and developments* (2 ed., pp. 31-52). London: Routledge.
- Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. (2011). Årsrapport 2010. Retrieved from http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/aarsrapport_2010.pdf
- Nordrik, B. (2012). *Psykososial arbeidsmiljøkartlegging: en trojansk hest?* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal arbeidsliv.
- NOU 2000:27. (2000). *Sykefravær og uførepensjonering: Et inkluderende arbeidsliv* Sosial- og helsedepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2000-27/id143251/?docId=NOU200020000027000DDDEPIS&ch=1&q=&ref=search&term>
- ≡.
- NOU 2004:5. (2004). *Arbeidslivslovutvalget: Et arbeidsliv for trygghet, inkludering og vekst*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2004-5/id384819/?q=nou> 2004: 5
- NOU 2010:1. (2010). *Medvirkning og medbestemmelse i arbeidslivet*. Retrieved from www.regjeringen.no.
- NOU 2010:13. *Arbeid for helse - Sykefravær og utstøting i helse og omsorgsektoren*. Retrieved from Oslo:
- Nøttingnes, C. (2015). *Krysskulturell validitet, intern konsistens og begrepsvaliditet til den norske versjonen av RTWSE-19: Tilbake til jobb - egenvurderingsskala*. (Master), Universitetet i Bergen.
- Odeen, M., Magnussen, L. H., Maeland, S., Larun, L., Eriksen, H. R., & Tveito, T. H. (2013). Systematic review of active workplace interventions to reduce sickness absence. *Occup Med (Lond)*, 63(1), 7-16. doi:10.1093/occmed/kqs198
- Ose, S. O. (2010). *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag*. (A14516). Trondheim: SINTEF Retrieved from <https://www.sintef.no/globalassets/upload/konsern/media/sykerapport.pdf>.
- Ose, S. O. (2013). *Evaluering av IA-avtalen 2010-2013*. Trondheim: SINTEF helse.
- Ose, S. O. (2016). *Sykefravær, HMS og inkludering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Ose, S. O., Brattlid, I., Haus-Reve, S., Mandal, R., & Bjerkan, A. M. (2011). *Inkluderende arbeidsliv i kommunene: Et forskningsprosjekt om sysselsettingsforhold, sykefravær, samarbeid, ledelse og arbeidsmiljø i sykehjem og hjemmetjenester*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn Retrieved from <https://www.sintef.no/contentassets/6c2204e7252844aeb9d2453576e9028e/rapport-a18235-inkluderende-arbeidsliv-i-kommunene.pdf>.
- Palmer, K. T., Harris, E. C., Linaker, C., Barker, M., Lawrence, W., Cooper, C., & Coggon, D. (2012). Effectiveness of community- and workplace-based interventions to manage

- musculoskeletal-related sickness absence and job loss: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)*, 51(2), 230-242. doi:10.1093/rheumatology/ker086
- Paul, K. I., & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 264-282. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jvb.2009.01.001>
- Pensgård, A. M., Keeping, D., & Hollingen, E. (2006). *Idrettens mentale treningslære* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal undervisning.
- Plaisier, I., de Bruijn, J. G., de Graaf, R., ten Have, M., Beekman, A. T., & Penninx, B. W. (2007). The contribution of working conditions and social support to the onset of depressive and anxiety disorders among male and female employees. *Soc Sci Med*, 64(2), 401-410. doi:10.1016/j.socscimed.2006.09.008
- Plan- og bygningsloven. (2008). Lov om planlegging og byggesaksbehandling. Retrieved from www.lovdatab.no
- Poland, B. D., Lawrence, W. G., & Rootman, I. (Eds.). (2000). *Settings for Health Promotion: Linking Theory and Practice*. USA: Sage Publications.
- Rasmussen, B. (2004). Between Endless Needs and Limited Resources: The Gendered Construction of a Greedy Organization. *Gender, Work & Organization*, 11(5).
- Regjeringen. (2014). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv: IA-avtalen. Retrieved from https://www.regjeringen.no/nb/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/IA-avtalen-2014-2018/id752432/
- Rueda, S., VChambers, L., Wilson, M., Mustard, C., Bourke, S. B., Bayoumi, A., . . . Lavis, J. (2012). Association of Returning to Work With Better Health in Working-Aged Adults: A systematic Review. *American Journal of Public Health*, 102(3).
- Sandmark, H. (2011). Health, sleep, and professional career in female white-collar workers back to work after long-term sick-listing due to minor mental disorders. *Scand J Public Health*, 39(8), 823-829. doi:10.1177/1403494811424609
- Shaw, W. S., Kristman, V. L., & Vezina, N. (2013). Workplace issues. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of Work Disability*. New York: Springer Science + Business Media.
- SINTEF. (2014). *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse*. Retrieved from Trondheim:
- Skollerud, K. H. (2011). Bedriftsinterne tiltak mot sykefravær - Kan metaanalyser hjelpe oss å finne deres effekt? *Søkelys på arbeidslivet*, 01-02.
- Soklaridis, S., Ammendolia, C., & Cassidy, D. (2010). Looking upstream to understand low back pain and return to work: psychosocial factors as the product of system issues. *Soc Sci Med*, 71(9), 1557-1566. doi:10.1016/j.socscimed.2010.08.017
- South, J., & Woodall, J. (2012). Planning and evaluating health promotion in settings. In A. Scriven & M. Hodgins (Eds.), *Health Promotion Settings: Principles and Practice* (pp. 69-86). USA: Sage Publisher Ltd.
- St.prp. nr. 1 (1999-2000. (1999). *Den kongelige proposisjon om statsbudsjettet medregnet folketrygden for budsjetterminen 1. januar - 31. desember 2000*. . Oslo: Finansdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stprp-nr-1-1999-2000-/id137216/?ref=search&term=>.
- Stang, I. (2003). Bemyndigelse. En innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten. In H. A. Hauge & M. B. Mittelmark (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog* (pp. 141-161). Bergen: Fagbokforlaget.

- Stoltenberg, C. (2014). *Folkehelse rapporten*. Oslo: Folkehelseinstituttet Retrieved from http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8907&Content_7242=7244:110555:0:7243:2:::0:0.
- Svansli, M. (2013). Psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Retrieved from <http://www.arbeidslivet.no/Arbeid1/Arbeidsmiljo-og-HMS/Psykososialt-og-organisatorisk-arbeidsmiljo/>
- Sørensen, O. H., Mac, A., Limborg, H. J., & Pedersen, M. (2008). *Arbejdets kerne : om at arbejde med psykisk arbejdsmiljø i praksis*. København: Frydenlund.
- Tamminga, S. J., de Boer, A. G., Verbeek, J. H., & Frings-Dresen, M. H. (2012). Breast cancer survivors views of factors that influence the return-to-work process - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 38(2), 144-154.
- Theorell, T., Michélsen, H., Nordemar, R., & Stockholm MUSIC 1 Study group. (1991). Tre arbeidsmiljøindex som anvænt i Stockholmsundersökningen1. In M. Hageberg & C. Hogstedt (Eds.), *Stockholmsundersökningen1. Data från en tvärsnittundersökning av ergonomisk og psykosocial exponering samt sjuklighet och funktion i rörelseorganen*. (pp. 150-154). Stockholm: MUSIC Books.
- Thomassen, O. J. (2013). *Integritet som arbeidslivsfenomen*. (Doktoravhandling), Universitetet i Oslo. Retrieved from <http://gottarbetsliv.se/wp-content/uploads/2013/11/Integritet-som-arbeidslivsfenomen-Ole-Jacob-Thomassen.pdf>
- Thornquist, E. (2012). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Tostensen, A., & Kaiser, M. (2015). Oppdragsforskning. Retrieved from <https://www.etikkom.no/fbib/temaer/forholdet-forskningsamfunn/oppdragsforskning/>
- Utdanningsdirektoratet. Læreplan i valgfaget demokrati i praksis. Retrieved from <http://www.udir.no/kl06/DIP1-01/>
- van der Noordt, M., IJzelenberg, H., Droomers, M., & Proper, K. (2014). Health effects of employment: a systematic review of prospective studies. *Occup Environ Med*, 71, 730-736. Retrieved from <http://oem.bmj.com/content/71/10/730.full>
- Verger, P., Mènard, C., Richard, J.-B., Demortière, G., & Beck, F. (2014). Collaboration Between General Practitioners and Occupational Physicians: A Comparison of the results of Two National Surveys in France. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56, 209-213.
- Volker, D., Zijlstra-Vlasveld, M. C., Brouwers, E. P. M., van Lomwel, A. G. C., & van der Feltz-Cornelis, C. M. (2015). Return-to-Work Self-Efficacy and Actual Return to Work Among Long-Term Sick-Listed Employees. *J Occup Rehabil*, 25, 9.
- von dem Knesebeck, O., Verde, P. E., & Dragano, N. (2006). Education and health in 22 European countries. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1344-1351. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.043>
- Waddell, G. (2006). Is work good for your health and well-being? Retrieved from https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214326/hwwb-is-work-good-for-you.pdf
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning*. Flekkefjord: Seek AS.
- Whitelaw S., B. A., Bryce C., Machardy L., Young I., Whitney E. (2001). "Settings" based health promotion: a review. *Health Promotion International*, 16.
- WHO. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. Retrieved from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

- WHO. (2006). Constitution of the World Health Organisation. Basic Documents 45th edition. Retrieved from http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- WHO. (2016). Five Keys to Healthy Workplaces: No Business Wealth without Workers Health. Retrieved from http://www.who.int/occupational_health/5keys_healthy_workplaces.pdf

Tabeller:

Tabell 5.1 Bakgrunnsvariabler, frekvens og prosent (n=20)

Variabel	Verdi	Frekvens (Prosent)
Kjønn	Kvinne	19 (95)
Aldersgruppe	Under 30 år	2 (10)
	30-45 år	7 (35)
	46-55 år	6 (30)
	Over 55 år	5 (25)
Utdanning	Fullført videregående skole/ fagbrev	11 (55)
	Universitet/ høyskole	9 (45)
Stillingsstørrelse	Under 50 %	1 (5)
	50-100 %	19 (95)
Arbeidsoppgaver	Barnehage	6 (30)
	Sykehjem eller hjemmesykepleie	8 (40)
	Øvrige helse og sosiale tjenester	6 (30)
Arbeidstid	Dagtid (mellom 06.00 – 18.00)	9 (45)
	To-delt (Dag- og kveld)	9 (45)
	Tre-delt (Dag- kveld- og natt)	2 (10)
Er du fast ansatt i stillingen din?	Ja	19 (95)
	Nei	1 (5)
Administrative- eller lederoppgaver?	Ja	4 (20)
	Nei	16 (80)
Sykmeldt	Ja	5 (25)
	Nei	15 (75)
Varighet sykmelding	Under 3 måneder	1 (20)
	3-6 måneder	3 (60)
	Over 12 måneder	1 (20)

Tabell 5.2 Deskriptiv statistikk KKS og RTW-SE - kvinner

	n	Reell min.	Reell maks.	Gjennomsnitt	Standardavvik
Krav	19	9,00	19,00	14,03	3,03
Kontroll	19	13,00	20,00	18,00	1,73
Sosial støtte	19	12,00	24,00	20,05	3,13
RTW-SE	17	5,11	10,00	7,26	1,63

Tabell 5.3 Sammenheng mellom KKS og RTW-SE

	RTW-SE	Sosial støtte	Kontroll	Krav
RTW-SE (p)	1	,188 (.469)	,057 (.829)	-,315 (.219)
Sosial støtte (p)	,188 (.469)	1	,338 (.157)	-,443 (.057)
Kontroll (p)	,057 (.829)	,338 (.157)	1	,077 (.755)
Krav (p)	-,315 (.219)	-,443 (.057)	,077 (.755)	1

Tabell 5.4 Sammenligning av gjennomsnitt for gruppene med forskjellig utdanning.

	Fullført videregående skole/ Fagbrev	Universitet/ Høgskole	t	p
Krav	12,66	15,9	-2,66	0,16
Kontroll	18,36	17,5	,001	,296
Sosial støtte	20,9	18,87	1,43	,169
RTW-SE	8,23	6,17	3,29	,005

Tabell 5.5 Sammenligning av gjennomsnitt for gruppene med forskjellig arbeidstid

	Dag	Dag og kveld	F (df)	p
Krav	15,50	12,66	F (1, 16) =2,312	,131
Kontroll	17,55	18,44	F (1, 16) =,564	,580
Sosial støtte	18,66	21,88	F (1, 16) =4,540	,027
RTW-SE	7,27	7,39	F (1, 14) =,189	,830

