

I hvilken grad kan gruppeveiledning være et middel til å forebygge sykefravær på et sykehjem?

Gunnar Vold Hansen

Gunnar Vold Hansen, Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold, Avdeling for helse- og sosialfag, E-mail: gunnar.v.hansen@hiof.no

Abstract

This article analyzes the experience of applying group supervision in a nursing home in order to reduce sick leave. Data were collected by interviewing participants from three different groups and the counseling supervisor. The study shows that group counseling may reduce some of the risk factors leading to sick leave, but this requires that both the supervision and the group, serves as a resource for employees who feel that they have a demanding job.

Key worlds

Gruppeveiledning; ; sosial kapital; Sykefravær; job demand; resources model

Referee*

Innledning

Høyt sykefravær i helse- og sosialsektoren er en utfordring for samfunnet. De siste årene er det gjennomført en rekke prosjekter med sikte på å redusere sykefraværet blant annet i sykehjem (se for eksempel Idebanken.org). Disse prosjektene er forankret i ulike strategier. En strategi handler om ergonomiske tiltak med sikte på å redusere den fysiske belastningen ved slikt arbeid. En annen strategi handler om organisering blant annet ved å redusere deltidsstillinger, øke bemanningen generelt og innføring av ulike former for nye vaktordninger. I denne artikkelen skal jeg se på en tredje strategi: Styrking av det psykososiale arbeidsmiljøet gjennom et veiledningstilbud til ansatte.

Som ledd i arbeidet med å begrense sykefraværet, valgte et sykehjem på Østlandet å tilby deler av personalet veiledning i gruppe. Målsettingen med den veiledningen som ble tilbudt på sykehjemmet var først og fremst at den skulle være en form for sosial støtte slik at de ansatte kunne få hjelp til å håndtere krav de møtte i arbeidssituasjonen. Av ulike årsaker som jeg skal komme tilbake til, var det gode grunner for å tro at en slik strategi kunne være hensiktsmessig. Problemstillingen i undersøkelsen var om denne antagelsen kunne

sannsynliggjøres og er derfor formulert på følgende måte: I hvilken grad kan gruppeveiledning være et middel til å forebygge sykefravær på et sykehjem?

Tilbakemeldingene fra de ansatte var ikke så positive som forventet. En generell konklusjon om at gruppeveiledning oppleves positivt, kunne derfor ikke trekkes. Det var likevel tydelig at medlemmene i en av veiledningsgruppene hadde en mer positiv opplevelse av tilbudet enn de andre. Denne veiledningsgruppen var sykehjemmets ledergruppe. De prosesser som undersøkelsen viste at veiledningen satte i gang i ledergruppen, var av en slik art at det i denne artikkelen skal argumenteres for at gruppeveiledning kan være en hensiktsmessig strategi for å forebygge sykefravær. Det er likevel ikke slik at gruppeveiledning alltid forebygger sykefravær. Denne undersøkelsen tyder på at gruppeveiledningen kan være forebyggende når veiledningen fungerer som en ressurs, der deltakerne får hjelp til å løse de utfordringene de møter i det daglige arbeidet.

Sykefravær

Sykefravær fremstår vanligvis som et problem både for den enkelte, arbeidsgivere og samfunnet. Sykdom oppleves negativt av de fleste og fravær fra jobben medfører gjerne svekket sosialt nettverk og deltakelse. Dette kan igjen føre til psykiske lidelser som for eksempel depresjoner og utbrenthet (Dekkers-Sánchez & al, 2008). For arbeidsgivere og samfunnet medfører det økte utgifter og redusert produksjon. OECD går så langt at de betegner det faktum at så mange på grunn av sykdom får redusert arbeidskapasitet og forlater arbeidslivet, er en *sosial og økonomisk tragedie* (OECD, 2010:9). Sykemeldinger rammer alle grupper og arbeidsplasser, men det er likevel noen grupper som er mer utsatt enn andre. Forskjeller i sykefravær er forholdsvis tydelig langs tre dimensjoner. Den ene dimensjonen er utdanning. De med lav utdanning har et større sykefravær enn de med høy utdanning. En annen dimensjon er fysisk belastende arbeid, og ikke overraskende har de med tyngst fysisk arbeid mer sykefravær enn de med lettere arbeid. Kjønn er også en dimensjon som slår ut på fraværstatistikken. Kvinner har vesentlig høyere sykefravær enn menn. Det er derfor ikke overraskende at sykefravær er en særlig stor utfordring i helse- og sosialsektoren. I fjerde kvartal 2012 var det legemeldte sykefraværet på 8,1 % i denne sektoren, mens det gjennomsnittlige sykefraværet for alle næringer var på 5,6 % i samme periode (Sundell, 2013). Det er særlig to diagnosegrupper som dominerer sykefraværstatistikken. Det er muskel-/skjelletlidelser og psykiske lidelser. Til sammen står disse diagnosegruppene for nærmere 60 % av sykefraværsdagene. Det er likevel ikke en entydig sammenheng mellom diagnoser og årsaker til sykefravær. Årsakene til sykefravær kan kategoriseres i tre hovedgrupper: organisatoriske, ergonomiske og psykososiale (Knardahl & al, 2010). Ofte er årsakene sammensatte, enten ved at de er additive – det vi si at ulike belastninger legges oppå hverandre til et eller annet utløser en sykemelding, eller ved at de er multiplikative – det vi si at ulike belastninger virker sammen og forsterker hverandre. I helse og sosialsektoren er sykemeldinger gjerne multiplikative (ibid). Dette bildet kompliseres ytterligere ved at en stor del av de ansatte selv mener at årsakene til sykefravær er forankret i forhold utenfor jobben (Olsen 2007). Det er derfor vanskelig å peke på en bestemt faktor som kan forklare det høye sykefraværet i helse- og sosialsektoren.

En mye brukt forklaring er at sykefravær kan være et resultat av en form for ubalanse mellom de kravene de ansatte opplever i jobben og de mulighetene de har for å utføre jobben i samsvar med disse kravene. Det finnes en rekke modeller som beskriver hvordan en slik

ubalanse mellom krav og forventninger ansatte møter i sin arbeidssituasjon og de muligheter de har for å imøtekomme disse, påvirker ansattes helse. En av disse er ”the Job Demand – Resources model” (Demerouti & al 2001). Modellen kan oppfattes som en videreutvikling av ”the Job Demand – Control modell” (Karasek 1979) og ”the Job Demand – Control – Support modell” (Karasek & Theorell 1990). Denne krav – ressursmodellen har en beskrivelse av både krav og ressurser som er ganske omfattende. Kravbegrepet inkluderer en rekke faktorer som fysiske og psykiske belastninger, og organisering og ledelse av virksomheten. Ressurser kan være kontroll, selvstendighet, tilbakemeldinger, sosial støtte og lederoppfølging (Demerouti & al 2001, Bakker & Demerouti 2007). Utgangspunktet for disse modellene er altså at det er ubalansen mellom krav og ressurser som skaper problemer. I prinsippet kan denne ubalansen motvirkes gjennom to ulike strategier; enten ved å redusere kravene eller ved å styrke ressursene. Elstad & Vabø (2008) finner i en omfattende undersøkelse fra de nordiske landene at en betydelig del av ansatte i eldreomsorgen føler stor grad av stress på jobben og at det er klare indikasjoner at det er en sammenheng mellom dette stresset og høyt sykefravær i sektoren. Knardahl & al, 2010, har gjennomgått relevant internasjonal litteratur og foretatt en kunnskapsoppsummering av blant annet sammenhengen mellom arbeidsfaktorer og sykefravær i helsesektoren. I den sammenhengen konkluderer de med at: *Belastning i form av såkaldt ”job strain”, det vil si kombinasjon av høye job krav og lav innflytelse i arbeid, øker risikoen for sykefravær generelt blant helse- og omsorgspersonale.....* (Knardahl & al, 2010: 30). Dollard & al (2007) tar utgangspunkt i krav – ressursmodellen og analyserer til sammen 35 fagfelleurderte internasjonale artikler som handler om hvordan omfattende krav til ansatte i helse- og sosialsektoren påvirker deres helse og sykefravær. De finner i dette materialet klar dokumentasjon på at omfattende jobbkrav kombinert med små ressurser bidrar til redusert helse og økt sykefravær blant de ansatte. Støtte fra linjeleder er en av faktorene som beskrives som ressurs, mens manglende støtte kan medføre økt sykefravær. Dette er en utfordring som også synliggjøres i norske undersøkelser. Eriksen & al. (2003) fant at de viktigste arbeidsfaktorene som bidro til økt sykefravær blant sykepleiere, var mangel på oppmuntring og støttkultur på arbeidsplassen, mens Endresen & Testad (2012) fant at dårlige vertikale relasjoner i sykehjem kan føre til stress blant ansatte.

Veiledning

Ulike former for veiledning er i dag anbefalt som et hjelpemiddel både for å sikre trivsel for ansatte og kvaliteten på tjenestene i helse- og sosialsektoren (Butterworth & al 2007). Veiledning oppfattes i denne sammenhengen som en pedagogisk arbeidsform hvor man gjennom samtaler med en veileder og eventuelt andre, får hjelp til å reflektere over forhold knyttet til jobben og kan i følge Walsh & al (2003) utformes på ulike måter. Hovedforskjellen mellom de ulike formene går på om det er en til en veiledning eller gruppeveiledning. En annen dimensjon er om veiledning ytes av interne aktører eller av eksterne. I denne undersøkelsen handler det om gruppeveiledning som ble ledet av en ekstern veileder.

Arbeidet ved et sykehjem er i liten grad styrt av regler og retningslinjer og arbeidet er for en stor del preget av at når de ansatte møter nye krav og utfordringer i form av endret helsetilstand hos den enkelte beboer, beboere med mer sammensatte problemer enn før og situasjoner som er uplanlagte og uforutsette, så må de finne løsningen selv, eventuelt i samarbeid med andre ansatte (Mintzberg 1979). En begrunnelse for veiledningsgruppene var derfor at de skulle bidra til å gjøre de ansatte bedre i stand til å møte faglige utfordringene i arbeidssituasjonen (se for eksempel Kristoffersen & Lillemoen, 2003; Høyum & al, 2011).

Veiledning er et tiltak som benyttes mye i helse- og sosialsektoren. Ulike undersøkelser viser at veiledning benyttes for å håndtere en rekke utfordringer i sektoren. Butterworth & al (2008) har gjort en revidert av aktuell litteratur utgitt i perioden 2001 – 2007. Denne oversikten viser at klinisk veiledning har en rekke positive virkninger. Disse positive virkningene kan deles inn i to hovedkategorier: bedre kvalitet på tjenestene og bedre arbeidsmiljø for de ansatte. Det er ikke alltid like lett å dokumentere hvordan veiledningen påvirker kvaliteten på tjenestene, men positive virkninger for de ansatte fremstår derimot som bedre dokumentert. Edwards & al (2006) dokumenterer for eksempel at risikoen for utbrenthet reduseres dersom man deltar i veiledning, mens Begat & Severinsson (2006) viser at veiledning bidrar til bedring av det psykososiale arbeidsmiljøet og gjør de ansatte bedre i stand til å møte de kravene de møter på arbeidsplassen. Det er i dag en omfattende dokumentasjon fra nordisk forskning som viser at bedre psykososialt arbeidsmiljø bidrar til redusert sykefravær (ett eksempel er Ahlberg & al, 2008). Veiledning bidrar også til å motvirke stress og utbrenthet (Butterworth & al 2008). Som pekt på foran, så er stress og utbrenthet sentrale årsaker til at ansatte i helse- og sosialsektoren blir sykemeldte. Det var derfor i utgangspunktet god grunn til å tro at veiledningen i dette tilfellet kunne bidra til redusert sykefravær. Til tross for dette er det vanskelig å finne forskning som viser at veiledning isolert sett kan bidra til redusert sykefravær. NAV har som ledd i arbeidet med IA-avtalen opprettet en hjemmeside: Idébanken.org. På denne siden presenteres riktignok mange gode eksempler på tiltak som man mener har ført til redusert sykefravær, også eksempler hvor tiltaket har vært veiledning. Dessverre er det ikke knyttet forskning til disse eksemplene. Det er derfor vanskelig å se hva det er ved de konkrete tiltakene som har medført reduksjon i sykefraværet.

Sykehjemmet

Denne undersøkelsen handler altså om veiledningstilbud for ansatte ved et sykehjem. Kommunen som dette sykehjemmet ligger i, hadde akkurat innført en ordning med flat struktur. Det vil si at man hadde fjernet en stor del av mellomlederne. På sykehjemmet hadde man da en virksomhetsleder. I tillegg hadde de ulike avdelingene en fagansvarlig. Til sammen var det 4 fagansvarlige og en leder for kjøkken-/renholdstjenesten som sammen med virksomhetsleder utgjorde ledergruppen. Disse 6 personene hadde da ansvar for daglig oppfølging av ca 150 ansatte. Det ble derfor antatt at det var et udekket behov for veiledning til de ansatte som kunne dekkes gjennom denne gruppeveiledningen.

Veiledningen ble gjennomført i gruppe – vanligvis over 2 timer. Den eksterne veilederen var ikke selv helsearbeider, men kjente arbeidsfeltet likevel godt. Han fungerer dermed mer som en prosessleder enn en som bidrar med faglige innspill. Det var gruppemedlemmene eget ansvar å komme med faglige innspill og løsningsforslag. I gruppene var det åpning for at deltakerne kunne ta opp andre temaer enn rent faglige, for eksempel personlige problemer knyttet til hjemmeforholdene. Begrunnelsen for dette var et ønske å se de ansatte som hele mennesker som også påvirkes i sin yrkesutøvelse av forhold utenfor arbeidsplassen, jevnfør det som er sagt foran om multiplikative årsaker til sykefravær.

Disse gruppene er blitt satt sammen av ulike grunner. Datasamlingen er gjennomført blant deltakerne i gruppen for langtidssykemeldte, gruppen av 1-ere (= sykepleier og hjelpepleier som har fagansvar på hver vakt) og ledergruppen. Selve veiledningen ble gjennomført etter en nokså standardisert timeplan. I praksis besto veiledningen av tre hovedbolker. Den første

delen av samlingen ble brukt til ulike felles aktiviteter. Veilederen beskrev dette som aktiviteter som først og fremst hadde til hensikt å få gruppen til å få vekk oppmerksomheten fra det de hadde holdt på med og over på veiledningen. Neste del av veiledningen var en form for ”åpen post” der deltakerne skulle få snakke om det som opptok dem, enten det handlet om jobben eller ikke. Siste, men vanligvis den mest omfattende delen av veiledningen, var satt av til diskusjon om faglige spørsmål som man ønsket å drøfte i fellesskap.

Sykehjemmet hadde holdt på med veiledning i flere år, men delvis på grunn av økonomiske begrensninger og delvis på grunn av kapasitetsbegrensninger hos den eksterne veilederen var det bare fire grupper som fikk veiledning til enhver tid. I tillegg til de som datasamlingen foregikk blant, fikk også en gruppe nattevakter veiledning samtidig. Tidligere var det også en del andre grupper som hadde fått veiledning.

Datasamling

Dataene i denne undersøkelsen er samlet inn som ledd i prosjektet ”Sammen bedre på IA” (SABIA). SABIA var et samarbeidsprosjekt mellom NAV, NHO og LO, med sikte på å utvikle og dokumentere gode IA-tiltak. I dette tilfellet hadde veiledningen allerede foregått i flere år, før sykehjemmet kom inn i prosjektet. Datasamlingen ble derfor gjennomført etter at veiledningsgruppene hadde eksistert en tid.

Ved valg av metode er det en rekke forhold som må vurderes. I helsesektoren er det etter hvert blitt et økende press på at gyldig forskning skal dokumenteres gjennom randomiserte kliniske studier (Ramsdal 2009). Forutsetningen for at slike metoder skal kunne benyttes er at det er mulig å isolere ulike prosesser fra hverandre slik at man kan identifisere en klar sammenheng mellom årsak og virkning. I dette tilfellet foregikk det en rekke endringsprosesser samtidig på sykehjemmet. Å isolere koblingen mellom veiledning og sykefravær var derfor ikke mulig. Undersøkelsen tok derfor utgangspunkt i såkalt ”Contribution Analysis” (Mayne 2012). Dette er en analysemetode som tar utgangspunkt i at endringer kan være et resultat av en rekke ulike prosesser. Målsettingen er derfor ikke å si om hvorvidt en endring er et entydig resultat av et bestemt tiltak, men å vise om det aktuelle tiltaket har bidratt (eventuelt sammen med andre tiltak) til den gitte endringen. Ved å ta utgangspunkt i en teoriforankret antakelse om sammenhengen mellom tiltak og resultat, så kan man analysere om tiltaket har bidratt til dette resultatet. Det ble derfor valgt å benytte en kvalitativ metode - intervjuer - for å få frem data som kunne beskrive hva slags prosesser de involverte hadde opplevd og å analysere disse beskrivelsene med sikte på å finne frem til hva som hadde skjedd og ikke minst hvorfor (Ekeland 2004).

I alt ble 12 personer intervjuet, 10 ansatte, den tidligere lederen som akkurat hadde gått over i ny stilling da datasamlingen startet opp, og den eksterne veilederen. Av de som var intervjuet var tre deltakere i sykemeldte-gruppen, fire var medlemmer i 1'er-gruppen og tre var medlemmer i ledergruppen. Alle intervjuene ble tatt opp på lydfil. Sentrale deler av intervjuene ble transkribert, men analysene ble også gjort direkte fra lydfil. Analyser av lydfiler gir anledning til å registrere andre forhold enn bare ordene som formidles (Hansen 2007). I dette tilfellet bidro det blant annet til at man kunne registrere at medlemmene i en av veiledningsgruppene beskrev veiledningen med vesentlig større entusiasme enn deltakerne i de andre gruppene.

Analysen av dataene tar utgangspunkt i en forenklet modell av det Yin (2003) kaller "Alternative Explanations" og Lemiere & al (2012) kaller "The Relevant Explanation Finder". Denne analysemetoden bygger på at man identifiserer mekanismer, alternative forklaringer og påvirkningsfaktorer. På denne måten finner man frem til hvorvidt de aktuelle resultatene kan forklares med de teoriene man tok utgangspunkt i, og om antakelsen om at tiltaket bidro til de konkrete endringene, kan sannsynliggjøres.

Datapresentasjon

Intervjuene viser klart at oppfatningen av gruppeveiledningen ikke var entydig. I to av gruppene – 1'er-gruppen og sykemeldte-gruppen – var meningene delte, mens deltakerne i ledergruppen var entydige på at gruppeveiledningen var viktig for dem.

De negative tilbakemeldingene var først og fremst knyttet til at deltakeren ikke opplever å få noe igjen for deltakelsen i veiledningen. Følgende uttalelser viser noen av disse negative reaksjonene:

Det har blitt litt vel mye problemer – noen har problemer som hører hjemme hos en psykolog ikke i en gruppe. (langtidssykemeldt)

Det er ikke så veldig spennende å høre om andres problemer som ikke angår deg når du har mer enn nok med dine egne problemer (langtidssykemeldt)

Jeg hadde ikke oppsøkt veiledningen på egen hånd - det er ikke hver gang jeg har lyst å gå. Jeg hadde i alle fall ikke stilt opp på fritiden (1'er gruppen).

Fra de samme gruppene var det likevel eksempler på personer som opplever det annerledes. De som var positive var spesielt opptatt av at gruppeveiledningen og innspillene fra andre deltakere i gruppen gir dem bedre muligheter til å løse de utfordringene de står overfor. Her kommer noen eksempler på slike uttalelser:

Det er bra å høre andre som forteller om sine problemer og hvordan man har løst disse – det lærer jeg mye av (1'er gruppen)

Vi har de samme problemene – viktig å bli kjent med de andre. Jeg får litt hjelp til å tenke annerledes om hvordan en for eksempel skal en håndtere en vanskelig pasient (1'er gruppen).

Veiledningen fører til at jeg får hjelp til å finne andre perspektiver på problemstillingene (langtidssykemeldt)

Også ledergruppen trekker frem hvordan veiledningen ga dem bedre muligheter til å løse de utfordringene de møter i jobben:

Veiledning er lærerik, jeg har ikke lederutdanning. Lederrollen er en helt ny rolle. Jeg har derfor hatt god støtte av de andre som sier de har opplevd samme problemstillinger (leder).

Det kan være tøft å være leder på et sykehjem. Veiledningen har vært helt avgjørende for at vi har holdt ut i jobben (leder).

Veiledningen gir muligheter for å stå i jobben – veiledningen har gitt muligheter både for å løse og å leve med problemer(leder).

Ledergruppen besto av to sykepleiere, to vernepleiere og en med husholdningsutdanning (en av stillingene som fagansvarlig var ubesatt). Det var ikke bare utdanning som gjorde at medlemmene i ledergruppen var ulike. Deltakerne hadde ulike fokus på sin yrkesutøvelse slik at vektlegging av og kunnskap om for eksempel omsorg, rehabilitering og fagutvikling var ulikt fordelt i gruppen. Hvert av gruppemedlemmene representerte derfor en unik kompetansebakgrunn.

Ledergruppen er også nokså tydelig på hva som var grunnen til at gruppeveiledningen var så viktig for dem:

Det er lov å ta opp personlige ting – det er nødvendig å være bevisst på at ledere også er helhetlige mennesker (leder).

Dersom en i gruppen lider – så lider hele gruppen (leder).

Lederteamet her fungerer veldig godt sammen, Vi utfyller hverandre og hjelper til å løse hverandres oppgaver. Lederteamet får en vi-følelse i forhold hele virksomheten (leder).

De beskrivelsene som gis av deltakerne i ledergruppen var entydige. Arbeidsformen i gruppen har vært utfordrende. Gruppeveiledningen har ikke bare vært rent faglig – det har vært anledning til å ta opp personlige spørsmål og problemstillinger knyttet til familieliv etc. Fellesskapet i ledergruppen synes å bidra til stor åpenhet både i forhold til negative og positive tilbakemeldinger. Vi vet fra før at manglende tillit, stereotypier, og usikkerhet er elementer som hemmer utvikling av godt samarbeid innad i team (San-Martin Roderiguez & al 2005, Hansen 2007, Reeves & al 2010). Selv om denne ledergruppen var et team som kjente hverandre forholdsvis godt fra før, så var de ikke så tette at de traff hverandre på fritiden. Det bildet de hadde av hverandre var dermed først og fremst skapt av den rollen de spilte som profesjonelle (Goffman 1992). Veiledningen har etter hvert bidratt til at deltakerne har fått en bedre innsikt i hverandres tanker og følelser. Følgende uttalelser illustrerer dette:

Det er viktig for oss at vi opplever trygghet for at vi kan være åpen med hverandre. Vi må ha tillit og trygghet på at vi kan gi meldinger til hverandre. Vi må også være opptatt av å støtte hverandre når noen sliter, for eksempel psykisk enten det er problemer hjemme eller på jobben (leder).

Drøfting

Den forskningen som det er vist til foran, dokumenterer at veiledning kan redusere stress og utbrenthet og fordi dette er viktige årsaker til sykefravær så gir den et grunnlag for å tro at veiledning også kan redusere sykefravær. Det er likevel ikke tydelige forklaringer på hva det er ved veiledningen som bidrar til slike resultater. Fordi dataene i dette tilfellet ikke er

entydige så gir det en mulighet til å se nærmere på forskjellene mellom gruppene slik at man kan finne en forklaringsfaktor som finnes der tilbakemeldingene er entydige positive, men ikke i de andre tilfellene. Slik sett blir et sentralt spørsmål: Hvordan skiller ledergruppen seg fra de andre gruppene og hva er det som har foregått i ledergruppen som ikke har skjedd i de andre gruppene?

Jeg har tatt utgangspunkt i krav – ressurs modellen (Demerouti & al 2001). Antagelsen som ble lagt til grunn var at veiledningen skulle være en ressurs som kunne gjøre det lettere å håndtere belastende krav. Selv om vi vet at en del av de ansatte i eldreomsorgen opplever jobben som stressende, så gjelder det ikke alle. Negativ holdning til veiledningen kan derfor gjerne være et uttrykk for at ansatte ikke opplever ubalanse mellom krav og ressurser og derfor ikke har behov for hjelp til å håndtere sin arbeidssituasjon. En av de ansatte som ikke mente at hun hadde noe utbytte av veiledningen beskrev arbeidsdagen og utfordringene på følgende måte:

Vi legger opp dagen vår selv – trenger jeg hjelp til noe så er det bare å be om det (1-er gruppen).

Slik hun så det så kunne hun fint organisere arbeidsdagen slik at hun uten store problemer kunne tilpasse seg de kravene arbeidet satte.

En tilsvarende situasjon beskriver Olofsson (2005). Han fant at en mindre del av deltakerne i gruppeveiledning som ble gjennomført for pleiere i psykisk helsevern for at de skulle håndtere situasjoner med maktutøvelse, var negativ til veiledningen. Begrunnelsen pleierne hadde for denne negative holdningen var at de anså maktutøvelse i psykisk helsevern som en nødvendig del av jobben og at det derfor ikke var en spesielt vanskelig situasjon. Disse ansatte opplevde tilsynelatende ikke maktutøvelse som et belastende krav i jobben.

En annen forklaring kan være sammensetningen av gruppene. Flere av gruppene (for eksempel gruppen med sykemeldte) er ikke satt sammen av personer som jobber sammen i det daglige. Det vil si at veiledningsgruppen ikke består av de personene som man jobber tettest med. Veilederen som ledet gruppene var ikke selv helsearbeider og la opp til å løse problemer på de problemstillingene som de ansatte la frem, var noe gruppen skulle kunne komme frem til i fellesskap. Reeves & al (2010) peker på at en grunnleggende forutsetning for å få til godt samarbeid innad i en gruppe, er at man føler et fellesskap bygget på trygghet og tillit til hverandre. En av de deltakerne som uttalte seg negativt om veiledningen sa rett ut: *Vi har så lite felles.* Dette tyder på at noen av gruppene var satt sammen på en slik måte at man ikke fikk ivaretatt de basale kravene til gode interne prosesser i gruppen.

Det kan derfor tenkes to ulike forklaringer på at deltakerne gir så ulike tilbakemeldinger på gruppeveiledningen. For det første kan vi tenke oss at gruppeveiledningen blir en form for medisin som ytes uten å konstatere at pasienten er syk. Det vil si at man tilbyr veiledning til personer som ikke opplever jobbkravene som belastende. Dernest kan en forklaring være at en del av deltakerne er usikre og utrygge i veiledningssituasjonen og derfor ikke får noen hjelp av det som skjer der selv om de opplever arbeidssituasjon som belastende. På den annen side kan det være at de som gir positive tilbakemeldinger på veiledning er personer som føler at de møter store krav i jobben og som gjennom veiledningen får råd fra andre slik at de får bedre ressurser til å møte disse kravene. De positive uttalelsene som er referert foran tyder klart på at deltakerne opplever at veiledningen har hjulpet dem til å løse en del av de utfordringene

som de har møtt på jobben. For disse deltakerne har veiledningen vært en styrking av ressursene.

For ledergruppen har de positive opplevelsene av veiledningen vært enda sterkere. Gjennom veiledningen har lederne utviklet et fellesskap bygget blant annet på gjensidig tillit. Tilbakemeldingene er tydelige på at veiledningen har bidratt til at medlemmene i ledergruppen har fått utvidet kjennskap til og en større trygghet overfor hverandre. Medlemmene i ledergruppen fremstår på den måten for hverandre som hele mennesker med en rekke styrker og svakheter, ikke bare som profesjonelle rolleinnhavere. Ledergruppen har på denne måten blitt et internt nettverk der lederne har kunnet få en gjensidig støtte og hjelp til å løse de utfordringene de møter i sitt daglige arbeid.

Hva er det da som har skjedd i ledergruppen, men ikke i de andre gruppene? Et svar på dette spørsmålet er at det har blitt utviklet sosial kapital i ledergruppen. Med utgangspunkt i de mest sentrale teoretikerne (Bourdieu, Coleman og Putnam) gir Endresen & Mo (2012) følgende beskrivelse av sosial kapital: ”...gjensidig tillit og gjensidige forpliktelser innenfor nettverk som gjør det mulig for enkeltaktører og sosiale fellesskap å mobilisere ressurser og løse problemer”.

Analysen av intervjuene med deltakerne i ledergruppen viser hvordan deltakeren i denne gruppen beskriver nettopp hvordan gjensidig tillit og felles ansvar blir en ressurs som gjør hvert enkelt medlem av gruppen bedre i stand til å løse de utfordringene de møter. Alt tyder derfor på at det utvikler seg en sosial kapital i ledergruppen. Det gjør at ledergruppen er blitt en arena der deltakerne kan ta inn problemer både av sosial og faglig art og der gruppen blir en ressurs som hjelper med å finne frem til løsninger. Ledergruppen blir et nettverk slik Endresen & Moe (2012) beskriver det, der deltakerne gjennom felles ressurser løser problemer. Det må også understrekes at dette nettverket er utviklet gjennom veiledningen, men det fungerer hele tiden. Problemstillinger som man trenger innspill fra andre for å finne løsninger på, kan tas opp i andre felles ledermøter, eller direkte med en eller flere av de andre lederne. Veiledningen har vært med å utvikle den sosiale kapitalen, men den sosiale kapitalen fungerer også utenfor veiledningsrammen. Den sosiale kapitalen blir dermed en ressurs som kan aktiviseres hele tiden og gjør at lederne blir bedre i stand til å håndtere de kravene de møter i jobben sin.

Årsaken til at virkningen av veiledningen på ledergruppen har vært annerledes enn de andre gruppene er at det i den gruppen er utviklet relevant sosial kapital. Veilederen har som pekt på foran, sett på seg selv som en prosessveileder. Hans oppgave har først og fremst vært å få deltakerne i veiledningsgruppen til å reflektere og diskutere seg frem til løsninger på de utfordringene de er blitt presentert for. Medlemmene i ledergruppen har derfor lært seg hvordan samarbeid med de andre lederne gir dem muligheter til å finne adekvate løsninger. Veiledningsgruppen er blitt en arena der deltakerne har kunnet legge frem de utfordringene de møter i arbeidssituasjonen og få tilbakemeldinger som hjelper dem i å løse disse. I praksis betyr det at veiledningsgruppen er blitt en ressurs som bidrar til at det blir lettere for lederne å imøtekomme de kravene som jobben setter.

Et element i «Contribution Analysis» er å vurdere alternative forklaringer til hovedantakelsen. I dette tilfellet kan en slik alternativ forklaring være at den utviklingen vi ser i ledergruppen i hovedsak er et resultat av at gruppen har samarbeidet i forholdsvis lang tid og at den trygghet overfor andre som er utviklet, bare er et resultat av et samarbeid over flere år. Dette er en forklaring som underbygges av mindre positive tilbakemeldinger fra andre grupper som bare

har vært satt sammen i korte perioder. Tid er derfor en åpenbar relevant faktor i denne sammenhengen. Likevel er ledergruppen tydelig på at veiledningen har bidratt til særlig to ting. Fordi man har lagt så stor vekt på at deltakerne skal kunne bruke veiledningene til å ta opp problemstillinger som også gjelder dagliglivet utenfor jobben, så er deltakerne blitt bedre kjente og trygge på hverandre enn det som ellers kan forventes i en jobbsituasjon. En del av de aktivitetene som veilederen benyttet i oppstart av veiledningene (tegne hverandre, beskrive hverandre ut fra farger etc.) har forsterket dette. I tillegg har veiledningene også gjort deltakerne mer oppmerksomme på hverandres ulike kvaliteter og hvordan de kan nyttiggjøre seg hverandres forskjeller. Selv om veiledningen ikke er den eneste forklaringen er det tydelig at veiledningen har bidratt til å skape et fellesskap som gir deltakernes økte ressurser til å møte de kravene jobben setter.

Konklusjon

Målsettingen med den veiledningen som ble tilbudt, var at dette skulle være en arena der ansatte kunne få hjelp til å håndtere de kravene de møtte i arbeidssituasjonen. Dataene som ble samlet inn viser at dette bare gjaldt for noen av deltakerne, først og fremst alle medlemmene i ledergruppen. Utvikling av sosial kapital kan være en forklaring på at ledergruppen oppfattet veiledningen annerledes enn de andre gruppene. Undersøkelsen underbygger derfor en antakelse om at sosial kapital kan bidra til å redusere stress og utbrenthet og dermed redusere sykefravær. Samtidig viser den at det er ingen automatikk i at veiledning bidrar til slik sosial kapital.

Verken denne undersøkelsen eller andre undersøkelser som viser at veiledning bedrer psykososialt arbeidsmiljø, har en klar dokumentasjon på hvordan dette bidrar til redusert sykefravær. Likevel er veiledning et av de tiltakene som nå anbefales for å redusere sykefravær i sykehjem (Idebanken.org). Vi vet at bare et mindretall av de ansatte opplever stress og fare for utbrenthet i helse- og sosialsektoren (Elstad & Vabø 2008). Det er derfor behov for å finne ut mer blant annet om hva ved veiledningen som kan bidra til å redusere sykefravær, hvordan veiledningsgrupper bør settes sammen, i hvilke sammenhenger de har effekt, og om det er mulig å identifisere hvilke medarbeidere som har behov og utbytte av veiledningen. Det medfører at forskningen på veiledning i større grad enn til nå, bør dreies fra å fokusere på om veiledning fungerer til hvorfor veiledning fungerer.

Artikkelen bygger på data samlet inn gjennom prosjektet "Sammen bedre på IA" (SABIA) som var finansiert av NHOs Arbeidsmiljøfond, FARVE (Forsøksmidlene - arbeid og velferd) og Hovedorganisasjonenes Fellestiltak (HF).

Litteratur

- Ahlberg G, Bergman P, Ekenvall L, Parmasund M, Stoetzer U, Walderström M, Svartengren M&HoFstudygroup (2008): *Tydliga strategier och delaktig medarbetare i friska företag*, www.folkhalsguiden.se/halsaochframtid
- Bakken, B & Torp, S (2012): Work engagement and health among industrial workers, *Scandinavian Journal of Organizational Psychology*, June 2012

- Bakker A B & Demerouti E (2007) The Job Demands – Resources model: state of the art, *Journal of Managerial Psychology* Vol 22 No 3, 2007, pp 309-328
- Begat I & Severinsson (2005): Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses - experiences of well-being related to their psychosocial work environment, *Journal of Nursing Management*, 2006, 14, 610–616
- Begat I, Ellefsen B & Severinsson (2005): Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses_ experiences of well-being – a Norwegian study, *Journal of Nursing Management*, 2005, 13, 221–230
- Bégat, I & Severinsson E (2006): Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experiences of well-being related to their psychosocial work, Environment, *Journal of Nursing Management*, 2006, 14, 610–616
- Butterworth T, Bell L, Jackson C & Pajnikihar M (2008): Wicked spell or magic bullet? A review of the clinical supervision literature 2001–2007, *Nurse Education Today* (2008) 28, 264–272
- Cancelliere C, Cassidy J D, Ammendolia C & Côte P (2011): “Are workplace health promotion programs effective at improving presenteeism in workers? A systematic review and best evidence synthesis of the literature” *BMC Public Health* 2011, 11:395
- Dekkers-Sánchez P M, Hoving J L, Sluiter J K & Frings-Dresen M H W (2008): “Factors associated with long-term sick leave in sicklisted employees: a systematic review” *Occup Environ Med* 2008;65: 153-157
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F. and Schaufeli, W.B. (2001a), “The job demands-resources model of burnout”, *Journal of Applied Psychology*, Vol. 86, pp. 499-512.
- Dollard, M, LaMontagne, A D, Caulfield, N, Blewett, V, Shaw, A (2007): Job Stress in the Australian and International Health and Community Services Sector: A Review of the Literature International, *Journal of Stress Management* 2007, Vol. 14, No. 4, 417–445
- Edwards D, Burnard P, Hannigan B, Cooper L, Adams J, Juggessur T, Fothergil A, Coyle D (2006): Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses, *Journal of Clinical Nursing Volume* 15, Issue 8, pages 1007–1015, August 2006
- Ekeland, T-J. (2004): *Autonomi og evidensbasert praksis*, Arbeidsnotat nr 6/2004, Oslo: Høgskolen i Oslo
- Elstad J I, & Vabø M (2008): Job stress, sickness absence and sickness presenteeism in Nordic elderly care, *Scand J Public Health* 2008 36: 467
- Endresen A & Moe S (2012): Arbeidsmiljøet blant NAV-ansatte sett i et sosial kapitalperspektiv, *Søkelys på arbeidslivet 01-02/2012*
- Endresen A & Testad I (2012): Sosial kapital og stressrelaterte lidelser for ansatte i sykehjemssektoren i Norge, *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, Volum 8, nr 1 (2012)
- Eriksen, W., D. Bruusgaard and S. Knardahl (2003): “Work factors as predictors of sickness absence: a three month prospective study of nurses' aides”, *Occupational and Environmental Medicine* 60, 271-278.
- Gagliardi D, Marnaccio A, Valenti A, & Iavicoli S (2012): “Occupational Safety and Health in Europe: Lessons from Past, Challenges and Opportunities for the Future” *Industrial Health* 2012, Vol 50, pp 7 – 11
- Hansen, GV (2007): *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid*, Karlstad University Studies 2007:15
- Høium K, Jensen L B, Westli S, Antonsen E (2011): Refleksjon som verktøy for kompetanseheving blant ansatte i et bofellesskap for voksne utviklingshemmede - å sette sin egen praksis under lupen gjennom veiledning, *Nordisk tidsskrift for helseforskning* Volum 7, nr 2 (2011)

- Karasek R.A. (1979). *Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign*. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285 – 308.
- Karasek, R, og Theorell. T (1990): *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Knardahl S., Labriola M., Lund T. og Sterud T.(2010). *Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og uførhet*. Kunnskapsoppsummering til Almlid-utvalget. STAMI/IRIS.
- Lemire S T, Nielsen S B & Dybdal L (2012): Making contribution analysis work: A practical framework for handling influencing factors and alternative explanations, *Evaluation* 2012 18: 294
- Mayne J (2012): Contribution analysis: Coming of age? *Evaluation* 2012 18: 270
- Mintzberg, H. (1979): *The Structuring of Organizations – A Synthesis of the Research*, New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall
- OECD (2010): *Sickness, Disability and Work, Breaking the Barriers, a synthesis of findings across OECD countries*, OECD
- Oksanen T, Kouvonen A, Kivimäki M, Pentti J, Virtanen M, Linna A, Vahtera J (2008): Social capital at work as a predictor of employee health: Multilevel evidence from work units in Finland, *Social Science & Medicine* 66 (2008) 637–649
- Olsen, K M (2007): Sykefravær – hvor mye skyldes jobben, i *Søkelys på arbeidsmarkedet* nr. 01/07
- Putnam R (1995): Tuning In, Tuning Out: The Strange Disappearance of Social Capital in America, *Political Science and Politics*, Vol. 28, No. 4, 664-683
- Ramsdal H (2009): *Fra kunnskap til organisatorisk praksis. I: Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Abstrakt forlag 2009
- Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M (2010): *Interprofessional Teamwork for Health and Social Care*, Oxford Blackwell Publishing Ltd.
- San Martin-Rodriguez, L., Beaulieu, M-D., D'Amour, D. & Ferrada-Videla (2005): “The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies”, *Journal of Interprofessional Care* (May 2005), Supplement 1
- Shain M & Kramer D M (2004): “Health Promotion in the Workplace: Framing the Concept; Reviewing the Evidence” *Occup Environ Med* 2004; Vol 61, pp 643-648
- Sundell, T (2013): *Utvikling i sykefraværet 4. Kvartal 2012*, Arbeids og Velferdsdirektoratet, seksjon for statistikk
- Walsh K, Nicholson J, Keough C, Pridham R, Kramer M, Jeffrey J (2003): Development of a group model of clinical supervision to meet the needs of a community mental health nursing team, *Journal of Nursing Management*, 2010, 18, 351–354
- Yin, R. K. (2003): *Case Study Research – Design and Methods*, (3. ed), London: Sage Publications