



**Evaluering av prosjekt i Sogn og Fjordane  
fylkeskommune**

**INDIVIDUELL MESTRING –  
FRA KOLLEKTIVE TIL INDIVIDUELLE  
TILTAK FOR Å REDUSERE SYKEFRAVÆR**

**Rapport 2009**

## Sammendrag

Sogn og Fjordane fylkeskommune (SFF) gjennomførte høsten 2008 og våren 2009 et mestringsprogram for ansatte som var eller hadde vært langtidssykmeldt i løpet av siste år (Seljeprogrammet). Prosjektet var et samarbeidsprosjekt mellom SFF, NAV, Selje hotell ved psykolog Thomas Bickhardt, Idrettssenteret AS og Unifob helse og fikk tittelen: *Individuell mestring – fra kollektive til individuelle tiltak for å redusere sykefravær*. Prosjektet hadde som mål å hjelpe langtidssykmeldte til bedre å mestre helseplagene sine, spesielt knyttet til arbeidssituasjonen.

Til sammen 30 ansatte (25 kvinner) i alderen 34 til 63 år (gjennomsnittsalder=51 år) som var eller hadde vært sykmeldt i minst 6 uker i løpet av siste år ble inkludert i studien. Studien var designet som en randomisert kontrollert studie, og deltakerne ble trukket til enten å delta i en intervensjonsgruppe eller en kontrollgruppe. Intervensjonsgruppen (n=15) fikk tilbud om Seljeprogrammet som besto av kognitiv terapi i gruppe og individuelt, treningsveiledning og thalassoterapi. Seljeprogrammet var lagt opp med 2 samlinger på Selje hotell, hver på 5 dager, og med 5 måneder mellom hver samling. Mellom samlingene skulle deltakerne følge et tilpasset treningsopplegg og det var regelmessig kontakt mellom den enkelte deltaker og psykolog i perioden. Kontrollgruppen (n=15) fikk et todagers opphold med thalassoterapi på Selje hotell.

Det ble benyttet både kvantitative og kvalitative evalueringsmetoder i studien. Standardiserte spørreskjema som inneholdt spørsmål om demografi, mestring, helserelatert livskvalitet, fysisk form, fysisk aktivitetsnivå og subjektive helseplager ble benyttet for å evaluere effekt. Spørreskjema ble sendt ut til deltakerne før og etter Seljeprogrammet. Det ble gjennomført fokusgruppeintervju både i intervensjons- og kontrollgruppen i tillegg til i ledergruppen før og etter Seljeprogrammet for å evaluere prosjektet kvalitativt.

Resultatene fra spørreskjema viste at Seljeprogrammet ikke hadde dokumentert effekt på mestring, funksjon, fysisk form og subjektive helseplager. Programmet hadde heller ingen effekt på tilbakeføring til arbeid. Et positivt funn var imidlertid at flere av deltakerne i intervensjonsgruppen hadde økt sitt fysiske aktivitetsnivå sammenlignet med deltakerne i kontrollgruppen. Det var også statistisk signifikant flere i intervensjonsgruppen som

rapporterte at de følte seg generelt bedre etter Seljeprogrammet sammenlignet med kontrollgruppen.

I fokusgruppene ble det gitt uttrykk for at deltakelse i Seljeprogrammet hadde gitt økt selvfølelse i forhold til mestring av egen helse og arbeidsevne. Deltakerne var blitt mer bevisst betydningen av å ha en god balanse mellom arbeid og fritid, og de synes at de taklet bedre å ha redusert arbeidsevne ved å kunne sette grenser for seg selv. Deltakerne ga uttrykk for at de var motiverte for å vende tilbake til arbeid, både før og etter prosjektet. Motivasjonen ble begrunnet ut fra viktigheten av å kunne bidra, føle seg verdsatt og være en del av et fellesskap; ikke som et resultat av Seljeprogrammet. Heller ikke de få lederne som ble intervjuet hadde registrert noen endring hos deltakerne når det gjaldt sykefravær. Deltakerne i Seljeprogrammet bidro med erfaringer av verdi med tanke på å forbedre enkelttiltak i programmet, samt hvordan en kan integrere de ulike delene i programmet bedre.

Vi kan ikke ut fra denne studien hevde at Seljeprogrammet hadde noen effekt verken på deltakernes funksjon, helse eller på tilbakeføring til jobb. Det lave deltakerantallet kan ha vært en viktig årsak til at vi ikke kunne dokumentere effekt av Seljeprogrammet. Den kvalitative undersøkelsen tydet likevel på at Seljeprogrammet hadde styrket deltakernes selvfølelse og tro på at de i fremtiden kunne mestre hverdagen på en bedre måte til tross for helseplager. Om dette bidrar til redusert sykefravær er imidlertid usikkert.

# Innholdsfortegnelse

## Sammendrag

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Innholdsfortegnelse .....                                                                 | 4  |
| 1. Innledning.....                                                                        | 5  |
| 1.1 Om denne rapporten.....                                                               | 5  |
| 1.2 Oppdraget.....                                                                        | 6  |
| 1.3 Bakgrunn .....                                                                        | 7  |
| 1.3.1 Sykefravær.....                                                                     | 8  |
| 1.3.2 IA- avtalen.....                                                                    | 8  |
| 1.3.3 Fysisk aktivitet.....                                                               | 9  |
| 1.3.4 Arbeidsrettet rehabilitering .....                                                  | 9  |
| 1.3.5 Massasje og berøring.....                                                           | 10 |
| 1.3.6 Hensikt med prosjektet.....                                                         | 10 |
| 1.3.7 Problemstillinger.....                                                              | 10 |
| 1.4 Metoder i undersøkelsen.....                                                          | 11 |
| 1.4.1 Rekruttering.....                                                                   | 12 |
| 1.4.2 Inklusjonskriterier.....                                                            | 12 |
| 1.4.3 Eksklusjonskriterier.....                                                           | 12 |
| 1.4.4 Seljeprogrammet.....                                                                | 13 |
| 1.4.5 Etikk.....                                                                          | 13 |
| 2 Kvantitativ evaluering.....                                                             | 14 |
| 2.1 Metode.....                                                                           | 14 |
| 2.1.1 Utvalg og prosedyre.....                                                            | 14 |
| 2.1.2 Spørreskjema.....                                                                   | 15 |
| 2.1.3 Statistikk .....                                                                    | 18 |
| 2.2 Resultat.....                                                                         | 18 |
| 2.2.1 Demografi.....                                                                      | 18 |
| 2.2.2 Generell livskvalitet.....                                                          | 19 |
| 2.2.3 Livsstilsfaktorer.....                                                              | 20 |
| 2.2.4 Sykefravær.....                                                                     | 21 |
| 2.2.5 Arbeidsmiljø.....                                                                   | 21 |
| 2.2.6 Jobbtilfredshet og mestring.....                                                    | 22 |
| 2.2.7 Fysisk aktivitet.....                                                               | 22 |
| *Antall svar overstiger antall deltakere fordi det var mulig å krysse av flere kategorier | 24 |
| 2.8 Helse og helserelatert livskvalitet .....                                             | 24 |
| 2.2.9 Subjektive helseplager.....                                                         | 26 |
| 2.2.10 Generell opplevelse av endring.....                                                | 27 |
| 2.3 Diskusjon.....                                                                        | 28 |
| 2.3.1 Opplevde ansatte som deltok på Seljeprogrammet noen effekt av programmet? ..        | 28 |
| 2.3.2 Kom de som deltok på Seljeprogrammet raskere tilbake til arbeid?.....               | 30 |
| 2.3.3 Begrensninger ved undersøkelsen.....                                                | 31 |
| 2.3.4 Konklusjon kvantitativ evaluering.....                                              | 31 |
| 3 Kvalitativ evaluering.....                                                              | 32 |
| 3.1 Innledning.....                                                                       | 32 |
| 3.2 Metode .....                                                                          | 32 |
| 3.3 Resultat .....                                                                        | 33 |
| 3.3.1 Fokusgruppeintervju med deltakerne i Seljeprogrammet .....                          | 33 |
| 3.3.2 Endringer knyttet til helse og arbeidsevne etter gjennomført Seljeprogram?.....     | 34 |
| 3.3.3 Økt motivasjon til å returnere til arbeid etter Seljeprogram?.....                  | 37 |

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3.3.4 Intervju av ledere.....                                                    | 37 |
| 3.3.5 Fokusgruppeintervju med deltakere i kontrollgruppen.....                   | 38 |
| 3.3.6 Endringer i dialogen mellom sykmeldte og ledere? .....                     | 38 |
| 3.3.7 Deltakernes evaluering av innhold og gjennomføring av Seljeprogrammet..... | 39 |
| 3.4 Diskusjon.....                                                               | 44 |
| 3.4.1 Metodediskusjon.....                                                       | 46 |
| 3.5 Konklusjon kvalitativ evaluering.....                                        | 46 |
| 4 Oppsummering og konklusjon av kvantitative og kvalitative analyser.....        | 47 |
| 5 Referanser.....                                                                | 50 |

VEDLEGG 1: Søknadskjema FARVE \_Individuell jobbemestring

VEDLEGG 2: Langtidssykmeldtes og lederes erfaringer med sykefraværsarbeidet i

Sogn og Fjordane fylkeskommune, Fokusgruppeintervju av et utvalg

sykmeldte og et utvalg ledere høsten 2008. Rapport Birte Barsnes

VEDLEGG 3: Notat til prosjektleder, styringsgruppen og prosjektsamarbeidsparter vedr.

prosjektorganisering og prosjektinformasjon

VEDLEGG 4: Seljeprogrammet

## 1. Innledning

### 1.1 Om denne rapporten

Denne rapporten er basert på en evaluering av prosjektet ”Individuell mestring - fra kollektive til individuelle tiltak for å redusere sykefraværet”, et tilbud til sykmeldte i Sogn og Fjordane fylkeskommune (SFF) høsten 2008 og våren 2009 (vedlegg 1). Prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Sogn og Fjordane fylkeskommune, NAV Arbeidslivssenter i Sogn og Fjordane, Selje hotell ved Thomas Bickhardt, Idrettssenteret AS og Unifob helse, Bergen (prosjektgjennomføring og -evaluering). Finansiering av prosjektet er en blanding av prosjektmidler fra Forsøksmidler arbeid og velferd (FARVE), Kommunal Landspensjonskasse (KLP) og Fond til etter- og videreutdanning for fysioterapeuter (kvalitativ prosjektevaluering) og egeninnsats (Unifob helse, Universitetet i Bergen, SFF, NAV arbeidslivssenter Sogn og Fjordane, Selje hotell, Idrettssenteret AS og Thomas Bickhardt). Tiltaket, heretter kalt Seljeprogrammet, hadde som mål å trene deltakerne til å håndtere helseplagene sine slik at de bedre kunne møte dagliglivets og arbeidslivets utfordringer. Seljeprogrammet bestod av gruppesamtaler med psykolog, treningsveiledning og thalassoterapi ved Selje hotell.

Denne rapporten inneholder både en kvalitativ og en kvantitativ evaluering av Seljeprogrammet. Unifob helse ved Liv H. Magnussen og Torill H. Tveito har hatt hovedansvar for den kvantitative evalueringen samt sammenfatning av rapporten, og Birte Barsnes, Målfrid Råheim og Liv H. Magnussen har hatt ansvar for den kvalitative evalueringen.

|                  |                  |                    |                        |
|------------------|------------------|--------------------|------------------------|
| Liv H. Magnussen | Torill H. Tveito | Birte Barsnes      | Målfrid Råheim         |
| Unifob helse     | Unifob helse     | MSc, fysioterapeut | førsteamanuensis       |
| Bergen           | Bergen           | Sogndal/Cape Town  | Universitetet i Bergen |

## 1.2 Oppdraget

Unifob helse fikk i oppdrag fra SFF å evaluere prosjektet: ”Individuell mestring - fra kollektive til individuelle tiltak for å redusere sykefraværet”. Unifob helse har hatt ansvaret for den metodiske gjennomføringen av prosjektet og for den kvantitative evalueringen av Seljeprogrammet. Prosjektet ble designet som en randomisert kontrollert studie, og effekt av tiltaket er evaluert med spørreskjemadata samlet inn før og etter tiltaket. I tillegg skulle Unifob helse ha ansvar for veiledning av masterstudent Birte Barsnes i den kvalitative evalueringen av Seljeprogrammet. Fokusgruppeintervju ble gjennomført før og etter prosjektet av et utvalg deltakere i intervensjons- og kontrollgruppen samt deres nærmeste ledere. Hensikten var å få innblikk i om deltakerne i prosjektet erfarte endring i håndtering av egen helse og arbeidsevne, om deltakelse i prosjektet førte til at sykmeldte ble mer motiverte for å komme tilbake til arbeidslivet. Den kvalitative evalueringen skulle danne grunnlaget for masteroppgaven til Birte Barsnes. Grunnet lang behandlingstid av søknaden til FARVE, måtte prosjektstart flyttes fra våren 2008 til høsten 2008. Dette gjorde at tema for masteroppgaven ble endret til: *Sykefraværarbeid i praksis- erfaring og synspunkt fra langtidssykmeldte og ledere. Fokusgruppeintervju av et utvalg sykmeldte og deres nærmeste ledere*, og datagrunnlaget for oppgaven var fokusgruppeintervju som ble gjennomført ved oppstart av programmet. Veiledningen ble gjort i samarbeid med Seksjon for fysioterapivitenenskap, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen, der masteroppgaven utgikk fra. Rapport til SFF basert på de innledende fokusgruppeintervjuene ble levert våren 2009.

I ettertid har Birte Barsnes fått finansiering fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter og SFF til å fullføre den kvalitative evalueringen av prosjektet. Denne rapporten inneholder resultat fra både den kvantitative og den kvalitative evalueringen. Vi har også tatt med utvalgte resultat fra den første rapporten (vedlegg 2) som kan bidra til å belyse problemstillingene i prosjektet. Informantene formidlet i tillegg erfaringer og tanker omkring det å delta i et forskningsprosjekt, for eksempel hvordan de opplevde å havne i kontrollgruppen og hvordan de opplevde informasjonen som ble gitt om prosjektet før oppstart. Denne informasjonen har vi samlet i vedlegg 3.

Prosjektet startet høsten 2008 og ble avsluttet høsten 2009. Evalueringsrapporten ble levert i midten av november 2009, 6 måneder etter at Unifob helse mottok siste runde med spørreskjema.

### **1.3 Bakgrunn**

Sogn og Fjordane fylkeskommune søkte i 2007 FARVE om midler til gjennomføring av et prosjekt for ansatte som var eller hadde vært langtidssykmeldte i 6 uker eller mer. Prosjektet fikk tittelen: *Individuell mestring – fra kollektive til individuelle tiltak for å redusere sykefravær*. Prosjektet hadde som mål å hjelpe langtidssykmeldte til bedre å mestre helseplagene sine, spesielt knyttet til arbeidssituasjonen. Målet var å gjøre ansatte som sliter med helseplager og sykefravær mer motivert for å stå i arbeid eller returnere til arbeidslivet dersom de var sykmeldt. Tiltaket var også tenkt å ha en forebyggende effekt med tanke på å redusere den enkelte sin risiko for fysisk og/eller mental overbelastning over tid.

I tillegg til å evaluere nytteverdien av Seljeprogrammet ønsket prosjektledelsen å legge vekt på dialogen mellom nærmeste leder og den sykmeldte. ”Gjennom prosjektet skal arbeidsgiver og arbeidstaker sette fokus på den enkeltes relasjon og samspill med arbeidsplassen. Tiltaket og nærmeste leder sin oppfølging av den sykmeldte skal utvikles av arbeidsgiver i samarbeid med NAV og behandlende lege”. Målsetningen var å få til en tettere oppfølging av sykmeldte fra nærmeste leder (arbeidsgiver) enn det som ligger i dagens lovverk og IA-avtalen. I den kvalitative evalueringen har vi forsøkt å fange opp hvordan dialogen mellom sykmeldte og ledere oppleves, og om prosjektet har ført til noen endring når det gjelder oppfølging av sykmeldte.

### **1.3.1 Sykefravær**

Sykefravær og uførepensjonerings har vært stadig økende i Norge ([www.nav.no](http://www.nav.no)) på tross av at objektive helsemål som for eksempel gjennomsnittlig levealder indikerer bedring av helsetilstanden i befolkningen (Krokstad & Westin, 2002). Muskel- og skjelettplager og lettere psykiske plager er blant de hyppigste årsakene til sykefravær og uførhet (Sandman, 2000; Waddell, 2006).

En stor del av økningen i sykefraværet er basert på uspesifikke tilstander og (H.R. Eriksen & Ursin, 2004; Waddell, 2006) med få eller ingen objektive medisinske funn. Legen har bare pasientens egen beskrivelse av plagene å støtte seg til for å stille diagnose og avgjøre behandling. Subjektive helseplager er en annen betegnelse for slike helsetilstander (H.R. Eriksen & Ursin, 2002). Forekomsten av subjektive helseplager er høy i befolkningen. De fleste arbeider og fungerer bra med sine hverdagsplager, men for noen blir plagene enkelte ganger så store at de får nedsatt funksjon og arbeidsevne og trenger hjelp fra helsevesenet (Ihlebaek, Eriksen, & Ursin, 2002). Denne overgangen har vi lite kunnskap om. Utbredte helseplager fra flere kroppsområder påvirker funksjonsevnen negativt (Natvig, Bruusgaard, & Eriksen, 2001). Slike utbredte helseplager synes å gjøre det vanskeligere å komme tilbake til yrkesaktivitet etter sykefravær og øker risikoen for uføretrygd (Kamaleri, Natvig, Ihlebaek, & Bruusgaard, 2009). Forskning har vist at det er ca 10% av de sykmeldte som står for 80% av sykefraværet og at kollektive tiltak sjelden når de 10% som har mest bruk for det (Tveito, 2007).

### **1.3.2 IA- avtalen**

Etter en nedgang på midten av 1990-tallet har sykefraværet og uførepensjonerings vært økende (NOU, 2000). Utviklingen med stadig flere som forsvinner ut av arbeidslivet og over på langvarige trygdeordninger er problematisk både for individ, virksomhet og samfunn. Regjeringen og partene i arbeidslivet inngikk derfor høsten 2001 en intensjonsavtale om et inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen)(NAV, 2009a). Overordnet mål for IA-avtalen har vært å redusere sykefravær, øke fokus på jobbnærvær, hindre ”utstøting” fra arbeidslivet og å inkludere flere individ med funksjonsbegrensninger som ikke har et arbeidsforhold i arbeidslivet.

SFF som er en IA-bedrift har hatt som mål å redusere sykefraværet i tråd med målsetningene i IA-avtalen. Som del av dette arbeidet var det ønskelig fra bedriftens side å undersøke om et mestringsprogram, dvs Seljeprogrammet, kunne være til hjelp for ansatte som strevde med langvarig sykefravær grunnet helseplager. Bakgrunnen for å sette i gang med Seljeprogrammet var nettopp at stadig flere ansatte i SFF forlot arbeidslivet på grunn av helseplager.

### **1.3.3 Fysisk aktivitet**

Fysisk trening har vist seg å ha positiv effekt både på helseplager og på sykefravær grunnet disse plagene (Linton & van Tulder, 2001; Tveito, Hysing, & Eriksen, 2004). Norske helsefremmende anbefalinger er: ”Alle mennesker bør, helst hver dag, være fysisk aktive i til sammen minst 30 minutter. Intensiteten bør være minst middels, for eksempel en rask spasertur. Ytterligere helseeffekt kan oppnås ved å øke den daglige mengden eller intensiteten utover dette” (Bahr, 2008). Aktivitetsnivå kan også deles inn i 3 kategorier ut fra gjeldende anbefalinger: fysisk aktive, utilstrekkelig aktive og inaktive (Beland, Torstveit, & Sundgot-Borgen, 2004; Fysisk aktivitet og helse, 2000).

### **1.3.4 Arbeidsrettet rehabilitering**

Ettersom årsaker til langvarig sykefravær og uførhet er komplekse og sammensatte, blir det hevdet at dette også krever en kompleks tilnærming i form av helhetlig biopsykososial tverrfaglig intervensjon (Waddell, 2006). Ved langvarig sykefravær grunnet muskel- og skjelettplager er det enighet om at rehabiliteringsintervensjoner bør være multidisiplinære og at fysisk aktivitet og kognitiv adferdsterapi bør inngå som viktige elementer i rehabiliteringen (Mortensen, et al., 2008). En slik kombinasjon av aktive tiltak ser også ut til å være hensiktsmessig i behandlingen av angst og depresjon (Martinsen, 2008). Mental helse utgjør 20% av sykefraværet og angst og depresjon er den største diagnosegruppen innen mental helse (NAV, 2009b).

Helsemestringsprogram som kombinerer kognitiv behandling, stressmestring og fysisk trening har vist seg å kunne gi bedre jobbtilfredshet og stressmestring på en slik måte at den enkelte blir bedre i stand til å håndtere egne helseplager, men har vist manglende effekt når det gjelder å redusere sykefraværet (H.R. Eriksen, et al., 2002). Selv om grad av subjektive

helseplager og sykefravær ikke ser ut til å påvirkes av helsemestringsprogram, hevdes det likevel at arbeidsgivere kan ha nytte av å tilby sine ansatte et slikt tiltak for å øke generell jobbtilfredshet og velfølelse (Tveito & Eriksen, 2009). Ansatte som har mye sykefravær har også mer helseplager, de har større helserisiko i form av negativ livsstil, de har dårligere mestring, lavere utdanning, flere har manuelt arbeid og lav jobbtilfredshet (Tveito, Halvorsen, Lauvålien, & Eriksen, 2002).

### **1.3.5 Massasje og berøring**

Uvnäs-Moberg og Petersson ved Karolinska Institutet i Stockholm har undersøkt effektene av hormonet oxytocin (Uvnäs-Moberg & Petersson, 2005). Tidligere ble det antatt at virkningen av oxytocin kun var relatert til stimuleringsmekanismer ved amming og fødsel, men senere studier har vist at det har en gunstig effekt på blodtrykk, kortisolnivå og smerteterskel. I tillegg kan det stimulere positive sosiale interaksjoner og dessuten fremme helbredelse og vekst. Uvnäs-Moberg og Peterssons forskning (2005) tyder på at oxytocin frigjøres ved fredelig og positiv berøring som for eksempel ved massasje og varme. En tenker seg videre at frigjøring av oxytocin også kan trigges av rene psykologiske mekanismer. Massasje kan også ha en stressdempende effekt gjennom redusert kortisolnivå og økt serotonin- og dopaminnivå (Field, Hernandez-Reif, Diego, Schanberg, & Kuhn, 2005).

### **1.3.6 Hensikt med prosjektet**

Hensikten med dette prosjektet var å undersøke om Seljeprogrammet bestående av gruppesamtaler ved psykolog, treningsveiledning, thalassoterapi i kombinasjon med kulturelle og friluftaktiviteter kunne hjelpe langtidssykmeldte til bedre å mestre egne helseplager og arbeidssituasjon. Videre å gjøre arbeidstakere motivert for å gå tilbake til arbeidslivet. Til sist ønsket en å undersøke om Seljeprogrammet kunne ha en forebyggende effekt med tanke på å redusere den enkeltes risiko for fysisk eller mental overbelastning.

### **1.3.7 Problemstillinger**

1. Opplever sykmeldte at et individuelt tilpasset mestringsprogram (Seljeprogrammet) gjør dem mer motivert til å returnere til jobben/arbeidslivet?
2. Opplever nærmeste leder noen effekt av at sykmeldte har gjennomført Seljeprogrammet?

3. Opplever sykmeldte som har deltatt på Seljeprogrammet noen effekt av programmet?
4. Kommer de som deltar på Seljeprogrammet raskere tilbake til stillingen sin enn andre sykmeldte?

## **1.4 Metoder i undersøkelsen**

For best mulig å evaluere hvilken nytte ansatte og deres ledere har hatt av Seljeprogrammet ble det benyttet både kvantitative og kvalitative evalueringsmetoder. Vi har brukt vanlige standardiserte spørreskjema for å evaluere prosjektet kvantitativt og fokusgruppeintervjuer for å evaluere prosjektet kvalitativt. Prosjektet ble planlagt som en randomisert kontrollert studie med 30 deltakere i hver gruppe. Antall deltakere burde vært det dobbelte for å kunne dokumentere effekter av tiltaket som ville være interessante i videre arbeid med sykefravær. Med 30 deltakere i hver gruppe må effektene være temmelig store for å få frem signifikante forskjeller mellom gruppene. Økonomisk ramme for prosjektet og kapasitet på Selje hotell gjorde at 30 i hver gruppe ble valgt som et kompromiss med de begrensninger det innebar og prosjektet må ansees som en pilotstudie.

Spørreskjema gir informasjon som kan behandles med statistiske metoder for å få frem mulig effekt av tiltaket. Effekt kan vurderes ved å se etter forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen eller ved å se på eventuelle forskjeller innad i hver gruppe, altså endring fra første til siste måletidspunkt. Spørreskjemadata gir også informasjon om hvordan ulike variabler som demografi, livsstilsfaktorer, funksjon, fysisk form og mestring fordeler seg i utvalget.

Fokusgruppene gir resultater som ikke egner seg for statistisk analyse, men som gir et bredere og friere uttrykk for hvordan de ansatte og deres nærmeste ledere som intervjues ser på de samme problemene. De som deltar i fokusgruppene belyser sine erfaringer, fortolkninger og perspektiver i forhold til hvilke erfaringer de har med sykefraværsarbeidet i SFF og hvordan de har opplevd å delta i Seljeprogrammet.

Resultatene fra de to metodene presenteres hver for seg, og konklusjoner som vi kan trekke fra undersøkelsen som helhet presenteres samlet til slutt i rapporten. Undersøkelsen hadde få deltakere, og det er derfor lav statistisk styrke i resultatene som presenteres. Prosjektet er å betrakte som en pilotundersøkelse og konklusjonene som trekkes må derfor fortolkes i lys av denne begrensningen.

### **1.4.1 Rekruttering**

Utvalget bestod av ansatte i Sogn og Fjordane fylkeskommune (SFF) som sammenhengende hadde vært sykmeldt minst 6 uker en eller flere ganger i løpet av det siste året. Før oppstart ble alle ansatte og ledere i SFF informert om innhold og hensikt med Seljeprogrammet. Muntlig og skriftlig informasjon ble gitt på allmøter og via e-post. Det ble informert om innhold og varighet av programmet samt hvilke ansatte som var aktuelle for inklusjon. Ansatte som var eller hadde vært sykmeldt sammenhengende i minst 6 uker kunne selv ta kontakt med sin nærmeste leder for å bli inkludert i prosjektet. Enhetslederne på hver enkelt arbeidsplass kunne på sin side ta kontakt med ansatte som de mente var egnet for å deltakelse i Seljeprogrammet.

### **1.4.2 Inklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier for deltagelse i Seljeprogrammet var

- Ansatte i Sogn og Fjordane fylkeskommune (SFF)
- Minst en sykmeldingsperiode med varighet minst 6 uker i løpet av siste år

### **1.4.3 Eksklusjonskriterier**

Eksklusjonskriterier for deltagelse i Seljeprogrammet var følgende:

- Personer som ikke lenger var ansatt i SFF
- Personer som var sykmeldt grunnet svangerskapsrelaterte plager
- Personer som hadde alvorlige diagnoser som sannsynligvis ikke var forenlig med videre deltagelse i arbeidslivet
- Personer som ikke hadde mulighet til å delta på samlingene på Selje
- Personer som ikke kommuniserte godt nok på norsk

### **1.4.4 Seljeprogrammet**

Seljeprogrammet som ble gitt til deltakerne i intervensjonsgruppen og som Unifob helse har evaluert, var lagt opp med to samlinger på Selje Hotell hver på 5 dager, med fem måneder mellom hver samling. I løpet av de fem månedene mellom samlingene skulle deltakerne følge

opp et individuelt tilrettelagt treningsopplegg samt følge opp tema og oppgaver de arbeidet med på første samling. I følge prosjektsøknaden til FARVE (vedlegg 1) skulle NAV Arbeidslivssenter i Sogn og Fjordane bruke 3 timer av den første samlingen til å snakke om, reflektere over og diskutere inkluderende arbeidsliv. De skulle også snakke om hvordan den enkelte kunne ta med seg det de lærte gjennom mestringskurset videre tilbake til arbeidsplassen.

Seljeprogrammet er utviklet av psykolog Thomas Bickhardt i samarbeid med Selje hotell og var bygd opp av fire deler (se vedlegg 4).

1. Den ene delen var rettet mot den psykiske helsen og hadde en kognitiv tilnærming. Tema som ble belyst var: selvinnsikt i egen helse, motivasjon og kommunikasjon, belastning og stress, spenning og avspenning, samt individuelle tema som deltakerne selv brakte opp. Temaene ble drøftet både gruppevis med 7-8 personer i hver gruppe, men også individuelt. Det kognitive programmet ble ledet av en erfaren psykolog.
2. En annen del av programmet bestod av fysisk trening ledet av treningspedagoger ved Idrettssenteret i Sogndal. Deltakerne ble fysisk testet ved oppstart av programmet for å kunne gi den enkelte et tilrettelagt treningsprogram. Hensikt med treningen var å øke styrke og utholdenhet. Videre skulle deltakerne fortsette treningen mellom samlingene på Selje Hotell, og deretter re-testes på siste samling.
3. Thalassoterapi var en tredje del av Seljeprogrammet. Thalassoterapi ble gitt daglig under samlingene og bestod av massasje, algepakninger, massasjebad med sjøvann, stråledusj og dusjaffusjon med massasje.
4. En fjerde del av programmet kalt støttende rammeverk bestod av naturopplevelser, kulturopplevelser, kreativ underholdning og lokal mat og ernæring.

#### **1.4.5 Etikk**

Alt datamateriale er aidentifisert og behandlet konfidensielt. Deltakelse i prosjektet var frivillig, og det ble innhentet skriftlig informert samtykke. Prosjektet fulgte retningslinjene i Helsinki-deklarasjonen. Prosjektet er tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk og meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.

## **2 Kvantitativ evaluering**

Følgende problemstillinger danner grunnlaget for den kvantitative evalueringen av prosjektet:

1. Opplever sykmeldte som har deltatt på Seljeprogrammet noen effekt av programmet
2. Kommer de som deltar på Seljeprogrammet raskere tilbake til stillingen sin enn andre sykmeldte?

### **2.1 Metode**

For å få til en kvantitativ evaluering av effekten av Seljeprogrammet, ble gjennomføringen av prosjektet designet som en randomisert kontrollert studie der halvparten av deltakerne ble tilfeldig trukket enten til en intervensjonsgruppe som skulle følge Seljeprogrammet i sin helhet, eller til en kontrollgruppe som fikk tilbud om et todagers opphold inkludert thalassoterapi på Selje hotell. Kontrollgruppen fikk dette tilbudet for å minske oppmerksomhetseffekten slike tiltak kan ha.

#### **2.1.1 Utvalg og prosedyre**

Utvalget bestod av ansatte i Sogn og Fjordane fylkeskommune (SFF) som en eller flere ganger hadde vært eller var sammenhengende sykmeldt i minst 6 uker i løpet av siste år. Før oppstart ble alle ansatte informert om tiltaket på allmøter og/eller via e-post. Ansatte som fylte inklusjonskriteriene kunne selv ta kontakt med sin nærmeste leder for å bli inkludert i prosjektet. Enhetslederne på hver enkelt arbeidsplass kunne på sin side ta kontakt med ansatte som de mente var egnet for deltakelse.

Spørreskjema som skulle danne grunnlag for baselinedata ble enten levert direkte av enhetsleder eller sendt i posten til de ansatte ca 6 uker før første samling på Selje. Foruten spørreskjema inneholdt konvolutt informasjonsskriv om prosjektet, samtykkeerklæring og en frankert svarkonvolutt adressert til Unifob helse. Ansatte som returnerte utfylt spørreskjema samt en skriftlig samtykkeerklæring ble inkludert i prosjektet. Ny runde med spørreskjema ble sendt i posten to uker etter siste samling på Selje. I alt 48 personer returnerte spørreskjema og samtykkeerklæring. Ti av 48 fylte ikke inklusjonskriteriene og ble ekskludert fra prosjektet. På grunn av begrensninger ved Selje hotell ble i første omgang 30 ansatte inkludert i prosjektet.

Disse 30 ble tilfeldig trukket til enten å delta i intervensjonsgruppen (n=15) eller til kontrollgruppen (n=15). Intervensjonsgruppen gjennomførte Seljeprogrammet, mens kontrollgruppen fikk tilbud om to dager thalassoterapi på Selje Hotell. Kontrollgruppen fikk ikke tilbud om kognitiv terapi eller tilrettelagt treningsprogram.

Ny rekrutteringsrunde ble forsøkt etter et halvt år (februar 2009), men kun 10 ansatte meldte sin interesse for deltakelse i denne runden. Ettersom tre av deltakerne trakk seg, samt at 3 deltakere ikke var i definert målgruppe, ble antallet for lavt til å gjennomføre med kontrollgruppe. Det ble derfor bestemt at alle de resterende skulle få tilbud om Seljeprogrammet. Av metodologiske hensyn ble derfor ikke de siste 10 inkludert i selve forskningsstudien. Med et så lavt deltakerantall er denne studien å betrakte som en pilotstudie.

### **2.1.2 Spørreskjema**

Spørreskjemaet deltakerne fikk utlevert var satt sammen av en rekke standardiserte og validerte skjema som er laget for å måle sykefravær, arbeidsmiljø, helserelatert livskvalitet, livsstil, søvn, mestring og helseplager. I tillegg ble demografiske variabler (kjønn, alder, utdanning, sivilstatus, stillingsbetegnelse) registrert.

#### Søvn

Søvn er viktig for kroppens gjenoppbygning, og mangel på søvn kan påvirke immunforsvar og kognitive funksjoner som hukommelse og læring. Det er stor variasjon i søvnbehov. Gjennomsnittlig søvnlengde er 7 til 7,5 timer, og de fleste mennesker sover mellom 6 og 9 timer (Ursin, 1996). Søvn ble målt med spørsmål om søvnkvalitet siste 3 måneder, antall timer søvn per døgn og en individuell vurdering av hvor mange timer søvn man selv trenger per døgn.

#### Livskvalitet

Livskvalitet ble målt med livets stige (Andrews, 1978). Livets stige er en figur med 10 trappetrinn som skal forestille livets stige. Øverste trinnet (10) representerer det beste livet en kan tenke seg og nederste trinnet det verste livet en kan tenke seg. Livets stige består av tre stiger, en stige for vurdering av livskvalitet i dag, en stige for vurdering av livskvalitet for 1 år siden, og en stige for hvordan en tror livskvaliteten er om 1 år.

### Vurdering av egen helse

Vurdering av egen helse ble målt med ett enkelt spørsmål med fem svaralternativ: meget god, god, middels, dårlig eller meget dårlig.

-

### Helserelatert livskvalitet

SF-36 måler helserelatert livskvalitet, og er hyppig brukt i klinisk forskning. Det inneholder 36 spørsmål, fordelt på åtte dimensjoner: fysisk funksjon, kroppssmerte, fysisk rolletilpasning, mental helse, emosjonell rolletilpasning, generell helse, vitalitet og sosial funksjon.

Funksjonssvikt og livskvalitet er nært koblet, og målinger av livskvalitet vil ofte ha elementer av funksjon i seg, tilsvarende vil en ved spørsmål om egenrapportert helse ofte berøre funksjon. For sammenlikninger mellom friske og syke finnes det et norsk normalmateriale. Dette var et representativt utvalg av den norske befolkningen som besvarte SF-36 (Loge & Kaasa, 1998). SF-36 er anvendt i Statistisk sentralbyrås befolkningsundersøkelser og i helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Spørsmålene i SF-36 er lagt opp med ulike typer av svaralternativ. Noen spørsmål er ja/nei spørsmål, mens andre kan besvares med en av opptil seks forskjellige verdier. Respondenten rapporterer opplevd helse og livskvalitet de siste 4 ukene.

### Psykososialt arbeidsmiljø

Psykososialt arbeidsmiljø ble målt med den svenske kortversjonen av krav kontroll modellen (Theorell, 1993). Høy skåre på krav (5 spørsmål) er relatert til å jobbe hardt og raskt, stor arbeidsinnsats, utilstrekkelig med tid til å løse arbeidsoppgavene og det å bli utsatt for motstridende eller konfliktfylte krav. Kontroll (6 spørsmål) måler variasjon i arbeidet og er relatert til kreativitet, varierte oppgaver og mulighet for å lære noe nytt. Både krav og kontroll måles på en firepunkts skala. Arbeidsbelastning regnes ut basert på krav og kontroll. Sosial støtte ble målt med seks spørsmål fra den svenske versjonen av ”The Job Content Questionnaire” (Theorell, 1993). Spørsmålene måler støtte fra medarbeidere og ledelse og ble besvart på en firepunkts skala.

### Jobbtilfredshet

Jobbtilfredshet ble målt med ett enkeltspørsmål om tilfredshet på jobben med 5 svaralternativ fra svært fornøyd til svært misfornøyd. Det ble også stilt spørsmål om en ville valgt samme jobb i dag og om en ville anbefalt jobben sin til andre. I tillegg ble det stilt ett spørsmål om mobbing på arbeidsplassen med 5 svaralternativ.

### Fysisk arbeidssituasjon

Fysisk arbeidssituasjon ble målt med 4 spørsmål med 6 svaralternativ om gjentatte og ensidige arbeidsbelastninger, og om belastende stillinger for rygg, skuldre og nakke.

### Mestring

Mestring ble målt med faktoren instrumentell mestring (IMOC) fra The CODE (H.R. Eriksen, Olff, & Ursin, 1997) og består av 22 påstander med 4 svaralternativer (sjelden eller aldri, noen ganger, ofte, veldig ofte). Individuer som skårer høyt på IMOC har en aktiv, målorientert mestring (positiv responsforventning) (H.R. Eriksen, et al., 1997).

### Helseplager

Helseplager ble målt med Subjektive helseplager (SHC) (H.R. Eriksen, Ihlebaek, & Ursin, 1999), et skjema som kartlegger forekomsten av 29 vanlige helseplager siste 30 døgn. Skjemaet deles inn i 5 faktorer som er muskelskjelettplager, gastrointestinale plager, pseudonevrologi, allergi og forkjølelse/influenza. Alvorlighetsgrad skåres på en firepunkts skala der 0 = ikke plaget, 1 = litt plaget, 2 = en del plaget og 3 = alvorlig plaget. Varighet blir målt i antall dager (H.R. Eriksen, et al., 1999).

### Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet de siste sju dagene ble registrert ved hjelp av kortversjonen av International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) (Belaender, 2002). Fysisk aktivitet ble registrert i tre kategorier: meget og middels anstrengende aktivitet samt gangaktiviteter. I tillegg ble fysisk form registrert med ett enkelt spørsmål: Hvordan vil du beskrive din fysiske form? Svarkategorien var femdelt: meget god, god, middels, dårlig og meget dårlig.

### Sykefravær

Selv-rapportert sykefravær ble registrert med et spørsmål om deltakeren hadde vært borte fra jobben det siste året på grunn av sykdom, og hvis ja, hvor mange ganger. Vi hadde også

tilgang til egenmeldt og legemeldt sykefravær registrert av Sogn og Fjordane fylkeskommune i perioden fra 1. juli 2008 til 31. august 2009.

### 2.1.3 Statistikk

SPSS 15.0 for Windows ble benyttet i alle analysene. Deskriptiv statistikk (gjennomsnitt, variasjonsbredde, standardavvik (SD) og frekvenstabeller) ble brukt for å beskrive utvalget før oppstart av mestringsprosjektet. Standardavvik og variasjonsbredden forteller hvor stor variasjon det er i data. Endring i fysisk form, mestring, krav og kontroll, helseplager og helserelatert livskvalitet ble undersøkt med parret t-test innad i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Uparret t-test ble brukt for å teste forskjeller i endring mellom intervensjons- og kontrollgruppen (effekt av Seljeprogrammet). Forskjeller mellom grupper for skjevfordelte data ble analysert med Mann-Whitney U Test. En p-verdi på  $<0.05$  ble vurdert som statistisk signifikant.

## 2.2 Resultat

### 2.2.1 Demografi

Blant de 30 inkluderte var det en overrepresentasjon av kvinner ( $n=25$ ). Gjennomsnittsalderen var 51 år (SD 9.4) med en variasjon fra 34 til 63 år. De fleste var gift eller samboende (ca 87 %) og hadde gjennomsnittlig 2 barn (fra 0 til 4 barn). Deltakerne i mestringsprosjektet hadde gjennomsnittlig 14.9 års skolegang (SD 3.6) variasjonen var fra 8 til 22 år. Til sammen 80 % hadde utdanning tilsvarende videregående skole eller mer. Utdanningsnivået blant deltakerne var høyere enn for den generelle befolkning i Norge, der ca 60 % hadde videregående utdanning eller mer i 2007. Halvparten av de inkluderte var ansatt i pedagogiske eller undervisningsrelaterte stillinger, mens 40 % arbeidet innen service (primært renhold), kontor og administrasjon. Alle deltakerne rapporterte at de kun arbeidet dagtid. Atten deltakere (60 %) arbeidet i 100 % stilling, fem (17 %) hadde halv stilling og de resterende 7 (27 %) hadde stillingsprosjenter mellom 50 og 100 %. Se Tabell 1 for en oversikt over demografiske data.

Tabell 1. Demografiske data (antall og %) for deltakerne i mestringsprosjektet (antall=30)

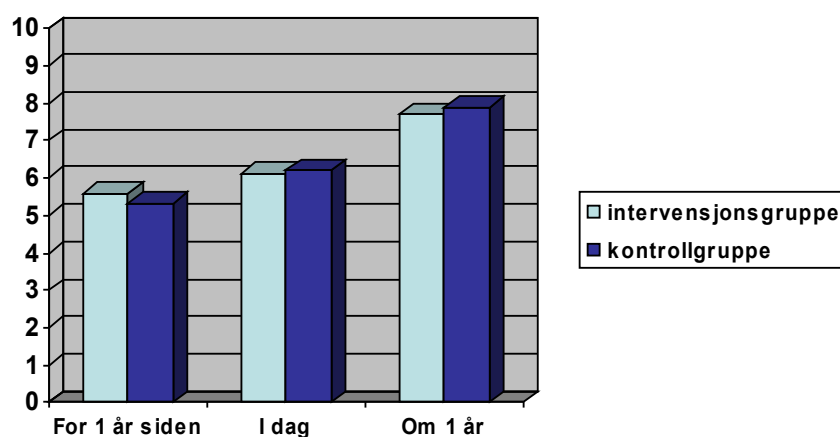
| Variabel | Antall | % |
|----------|--------|---|
|----------|--------|---|

|                                    |    |      |
|------------------------------------|----|------|
| Sivil status                       |    |      |
| Ugift/enke/enkemann/skilt/separert | 4  | 13.3 |
| Gift/samboer                       | 26 | 86.7 |
| Utdanning                          |    |      |
| Grunnskole                         | 3  | 10.0 |
| Videregående skole                 | 6  | 20.0 |
| Universitet/høgskole 1-4 år        | 8  | 26.7 |
| Universitet/høgskole mer enn 4 år  | 10 | 33.3 |
| Annet                              | 3  | 10.0 |
| Yrke                               |    |      |
| Administrasjon/kontor              | 5  | 16.7 |
| Data/IT/ingeniører/personal (HR)   | 3  | 9.9  |
| Pedagogikk/undervisning/rådgivning | 15 | 50.0 |
| Service (renhold, kantine)         | 7  | 23.3 |

## 2.2.2 Generell livskvalitet

Generell livskvalitet ble målt ved pretest, og resultatet presenteres for hele gruppen samlet. På en skala fra 1- til 10 der 10 representerer det beste liv en kan tenke seg, mens 1 er det verste liv en kan tenke seg, rapporterte deltakerne en gjennomsnittsverdi på 6.2 (SD=1.6) for livskvalitet i dag, mens for 1 år siden mente de at de hadde noe dårligere livskvalitet med et snitt på 5.4 (SD=2.5). De fleste mente at de ville ha det bedre om 1 år (Figur 1). Figuren viser at deltakerne rapporterte en stigende tendens når det gjelder livskvalitet over en 2 års periode.

Figur 1. Livskvalitet for 1 år siden, i dag og om 1 år i intervensjonsgruppen (n=15) og kontrollgruppen (n=15) rapportert før oppstart av Seljeprogrammet.



### 2.2.3 Livsstilsfaktorer

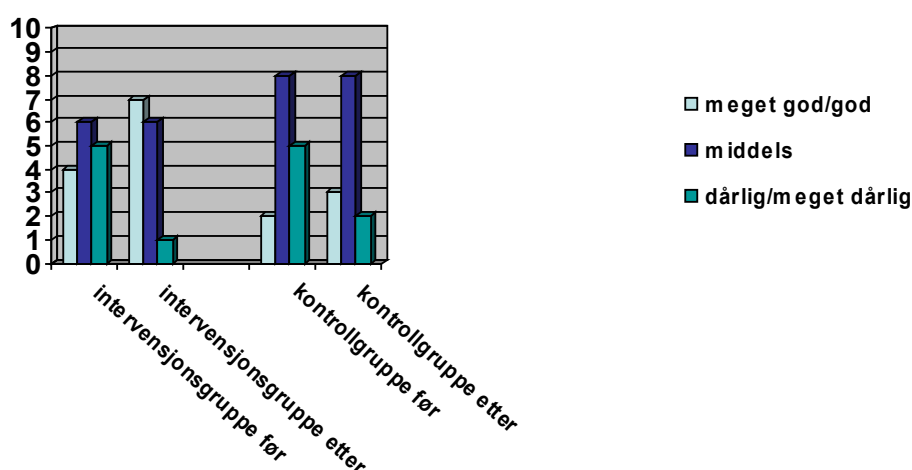
#### Nytelsesmidler

I alt 16 (53 %) av deltagerne oppgav at de aldri røykte, mens 14 oppgav at de røykte hver dag eller av og til. Ingen av deltagerne brukte snus. De fleste rapporterte et moderat alkoholforbruk.

#### Søvn

Figur 2 viser en grafisk fremstilling av selvrapportert søvnkvalitet før og etter Seljeprogrammet i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. I motsetning til kontrollgruppen, rapporterte deltakerne i intervensjonsgruppen bedre søvnkvalitet etter Seljeprogrammet ( $p=0.053$ ), men forskjell i endring mellom gruppene var ikke statistisk signifikant ( $p=0.463$ ). Deltakerne sov noe mindre per natt enn det de mente de hadde behov for. Gjennomsnittlig antall timer søvn per natt ble oppgitt å være 6.5 timer, mens behovet for søvn ble oppgitt å være gjennomsnittlig 8 timer per natt. Antall timer søvn per natt funnet i norske normaldata er 7.5 timer. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom intervensjons- og kontrollgruppe for oppgitt antall timer søvn før og etter Seljeprogram ( $p=0.961$ ).

Figur 2. Søvnkvalitet i intervensjonsgruppen før ( $n=15$ ) og etter ( $n=14$ ) Seljeprogram og i kontrollgruppen før ( $n=15$ ) og etter ( $n=13$ ) Seljeprogram.



### 2.2.4 Sykefravær

#### Selvrapporterte data

Ved oppstart av prosjektet svarte de aller fleste (n=28; 93.3 %) at de hadde vært sykmeldt i løpet av siste år. I snitt hadde de hatt 1.8 sykefraværsepisoder. Kun en person i intervensjonsgruppen og en person i kontrollgruppen oppgav at de ikke hadde vært sykmeldt i løpet av siste år. Muskel - og skjelettplager (n=9) og hodepine/trøtthet, psykisk ubalanse (n=8) var de hyppigst rapporterte fraværsårsakene.

Etter intervensjonen rapporterte 4 personer (28.6 %) i intervensjonsgruppen at de ikke hadde vært sykmeldt de siste seks månedene, mens det bare var 1 person (7.7 %) i kontrollgruppen som ikke hadde hatt sykefravær i dette tidsrommet. Forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant ( $p=0.86$ ).

#### Registrerte sykefraværdata fra SFF

I perioden fra 1. juli 2008 til 31. august 2009 var gjennomsnittlig antall sykefraværsk dager (egen- og legemeldt) i intervensjonsgruppen 129 dager ( $SD=144.8$ ). Antall sykefraværsk dager varierte fra 0 til 391 dager i perioden. I kontrollgruppen var gjennomsnittlig antall sykefraværsk dager noe mindre (111 dager ( $SD=94.5$ )), og variasjonen var også mindre (fra 0 til 262 dager) sammenlignet med intervensjonsgruppen. Gjennomsnittlig antall sykefraværsk dager i gruppene var ikke statistisk signifikant forskjellig ( $p=0.681$ ). På siste registreringsdag (31. august 2009) var kun to personer registrert sykmeldt, begge i intervensjonsgruppen.

### **2.2.5 Arbeidsmiljø**

På spørsmål om arbeidssituasjon svarte 18 av de ansatte (60 %) at de jobbet med ensidige bevegelser minst halvparten av tiden, og 12 (40 %) rapporterte at arbeidet var belastende på rygg eller nakke. De fleste (n=24, 80 %) hadde sjelden eller aldri opplevd å bli mobbet på arbeidsplassen, mens 6 personer (20 %) rapporterte at de av og til var blitt mobbet.

Seljeprogrammet førte ikke til endringer i opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet. Vi fant ingen statistisk signifikante endringer i opplevelse av krav ( $p=0.776$ ), kontroll ( $p=0.167$ ) eller sosial støtte ( $p=0.927$ ) på arbeidsplassen. Gjennomsnittsverdier for deltakernes opplevelse av krav (13.4), kontroll (17.7) og belastning (0.8) tilsvarer funn i den norske normalbefolkningen.

## 2.2.6 Jobbtilfredshet og mestring

Mer enn  $\frac{3}{4}$  av deltakerne rapporterte at de var fornøyd eller svært fornøyd med jobben sin (se Tabell 3). To tredjedeler var så fornøyd med jobben at de ville fortsette i sin nåværende jobb selv om de kunne velge hvilken som helst annen jobb, mens en tredjedel mente de heller ville foretrukket en annen jobb. Halvparten av de spurte ville anbefalt jobben sin til andre, mens den andre halvparten var i tvil om dette.

| Tabell 3. Tilfredshet med jobben (n=30) |                                      |          |           |
|-----------------------------------------|--------------------------------------|----------|-----------|
|                                         | Tilfredshet med jobben (antall og %) |          |           |
|                                         | Intervensjon                         | Kontroll | Totalt    |
| Svært fornøyd                           | -                                    | 3 (26.7) | 3 (10.0)  |
| Fornøyd                                 | 13 (86.)                             | 7 (46.7) | 20 (66.7) |
| Verken fornøyd eller misfornøyd         | 1 (6.7)                              | 4 (26.7) | 5 (16.7)  |
| Misfornøyd                              | 1 (6.7)                              | 1 (6.7)  | 2 (6.7)   |
| Svært misfornøyd                        | -                                    | -        | -         |

Vi fant ikke statistisk signifikante endringer i opplevelse av mestring ( $p=0,617$ ). Før oppstart av Seljeprogrammet hadde deltakerne en gjennomsnittsscore på 2.9 (SD=0.3) på mestring. Dette tilsvarer funn gjort i et utvalg av den norske normalbefolkningen.

## 2.2.7 Fysisk aktivitet

Før oppstart av Seljeprogrammet svarte 5 av deltakerne (17 %) at de var i meget god eller god fysisk form, 19 (63 %) at de var i middels fysisk form, mens 6 (20 %) mente formen var dårlig eller meget dårlig. Dette er lavere enn funn fra andre undersøkelser (normaldata) der 45 % rapporterte meget god eller god fysisk form, 45 % middels og 10 % dårlig eller meget dårlig fysisk form. Tjue (63.3 %) av deltakerne oppgav at de var i dårligere fysisk form enn vanlig. Det var også 20 deltakere (63.3 %) som rapporterte at de trente regelmessig og mer enn 30 minutter pr økt og med en intensitet som gjorde at de ble svett.

På oppfølgingsmålingen hadde selv- rapportert fysisk form bedret seg i begge gruppene. Ti deltakere (37 %) rapporterte nå at formen var meget god eller god, mens 15 (52 %) mente formen var middels og 3 (11 %) at den var dårlig. Den gjennomsnittlige bedringen var statistisk signifikant for hele gruppen sett under ett ( $p=.015$ ). Deltakerne i intervensjonsgruppen rapporterte den største bedringen og denne endringen var statistisk signifikant ( $p=0.039$ ), mens kontrollgruppen ikke hadde endret seg statistisk signifikant ( $p=0.26$ ). Disse resultatene fremkom ved før/etter-målinger i hver gruppe for seg, men da vi sammenlignet endringene for å se om forskjellene i bedring mellom gruppene var store nok til

å kunne si at Seljeprogrammet hadde vært effektivt, var forskjellen ikke statistisk signifikant ( $p=0.39$ ). Derfor kan vi ikke hevde at deltakelse i Seljeprogrammet hadde effekt på selv-rapportert fysisk form.

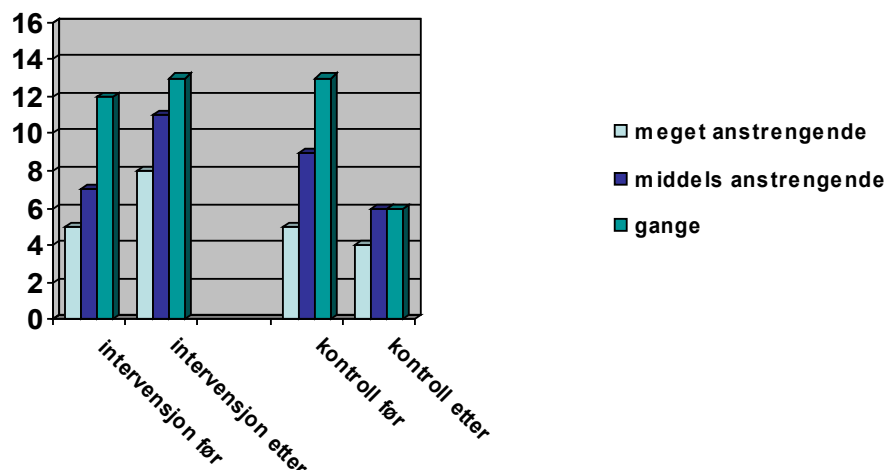
### IPAQ

Statens råd for fysisk aktivitet og helse stiller krav om mer enn 210 minutt fysisk aktivitet pr uke for å bli betegnet som ”fysisk aktiv”. Aktiviteten gjelder både meget anstrengende, middels anstrengende og gangaktivitet (inkludert gange på jobb) samlet. Før oppstart av Seljeprogram var det tilsammen 10 deltakere i intervensjonsgruppen som oppfylte dette kravet, 3 var utilstrekkelig aktiv (31-210 minutt pr uke) og 2 var inaktiv ( $\leq 30$  minutt pr uke). I kontrollgruppen var 12 deltakere fysisk aktiv, 2 var utilstrekkelig aktiv og 1 var inaktiv. Etter Seljeprogrammet hadde aktivitetsnivået bedret seg i intervensjonsgruppen: 14 deltakere var fysisk aktiv og 1 var inaktiv i henhold til anbefalingene. Motsatt tendens viste seg i kontrollgruppen: 5 var fysisk aktiv, 3 utilstrekkelig aktiv, mens 5 var inaktiv.

Antall timer fysisk aktivitet per uke ble beregnet ved å summere meget og middels anstrengende aktivitet og gangaktivitet. Før Seljeprogrammet var gjennomsnittlig antall minutter aktivitet per uke 454 minutter i intervensjonsgruppen og 487 i kontrollgruppen. Etter Seljeprogrammet hadde antall minutter med fysisk aktivitet per uke nesten fordoblet seg i intervensjonsgruppen (874 minutter), mens det var redusert i kontrollgruppen (218 minutter). Denne forskjellen i endring mellom gruppene var statistisk signifikant ( $p=0.035$ ). En av årsakene til at samlet aktivitetsnivå for kontrollgruppen ble så kraftig redusert var sannsynligvis at de to som trakk seg fra studien før post-skjema ble sendt ut rapporterte høyt aktivitetsnivå (600 og 900 minutter per uke) før oppstart. Dersom disse to f.eks hadde rapportert tilsvarende mengde aktivitet etter Seljeprogrammet, ville gjennomsnittlig antall minutter fysisk aktivitet i kontrollgruppen vært 581 timer, og forskjellen mellom gruppene ville ikke lenger vært statistisk signifikant. Det er av denne grunn problematisk å trekke en konklusjon om at Seljeprogrammet hadde effekt på ukentlig fysisk aktivitetsnivå.

Figur 3 viser antall deltakere i intervensjons- og kontrollgruppen som drev med meget eller middels anstrengende aktivitet og/eller gangaktivitet før og etter Seljeprogrammet. Figuren viser at deltakerne i intervensjonsgruppen hadde økt sitt fysiske aktivitetsnivå etter intervensjonen, mens tendensen var det motsatte i kontrollgruppen.

Figur 3. Antall i intervensjons- (n=15) og kontrollgruppen (n=15 før, n=13 etter) som rapporterte at de sist uke hadde drevet med meget eller middels anstrengende aktivitet, og/eller gangaktivitet minst en gang i uken med varighet minst 10 minutter før og etter Seljeprogrammet\*.



\* Antall svar overstiger antall deltakere fordi det var mulig å krysse av flere kategorier

## 2.8 Helse og helserelatert livskvalitet

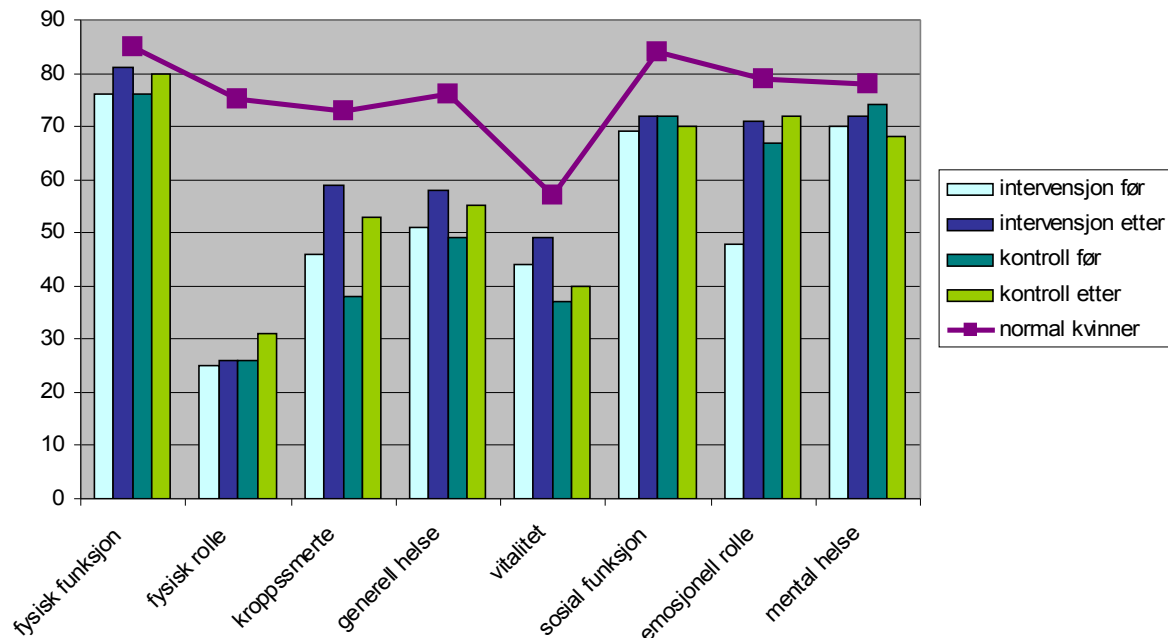
### Selvrapportert helse

Til sammen 5 deltakere (16.7 %) rapporterte ved oppstart av prosjektet at de hadde meget god eller god helse, mens 7 mente de hadde dårlig eller meget dårlig helse. De aller fleste deltakerne (n=18; 60 %) rapporterte at de hadde middels god helse. Dette er lavere enn tilsvarene funn fra norske normdata der omlag 80 % vurderer sin generelle helsetilstand som meget god eller god (Statistisk sentralbyrå 2009).

### Helserelatert livskvalitet

I denne undersøkelsen ble spørreskjemaet SF-36 brukt som et mål på helserelatert livskvalitet. SF-36 er mye brukt både nasjonalt og internasjonalt til å sammenligne helserelatert livskvalitet for grupper i befolkningen. Figur 4 viser hvordan deltakerne i intervensjons- og kontrollgruppen scoret før og etter Seljeprogrammet og sammenlignet med et utvalg norske kvinner. Figuren viser at deltakerne i prosjektet hadde jevnt over noe dårligere score på SF-36 sammenlignet med norske normdata for kvinner, og størst forskjell var det for sub- skalaen fysisk rolletilpasning (fysisk funksjon hindrer arbeidet), kroppssmerte og generell helse.

Figur 4. Gjennomsnittsscorer på helserelatert livskvalitet målt med SF-36 hos intervensjons- og kontrollgruppen før og etter Seljeprogrammet, og normdata for et utvalg norske kvinner



Deltakerne i intervensjonsgruppen rapporterte bedring i kroppssmerte og emosjonell rolletilpasning (om følelsesmessige problem har påvirket arbeidet) etter Seljeprogrammet. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i endring mellom gruppene for noen av skalaene i SF-36 og vi kan derfor ikke si at Seljeprogrammet hadde effekt på helserelatert livskvalitet målt med SF-36 (p- verdier fra 0.121 til 0.995).

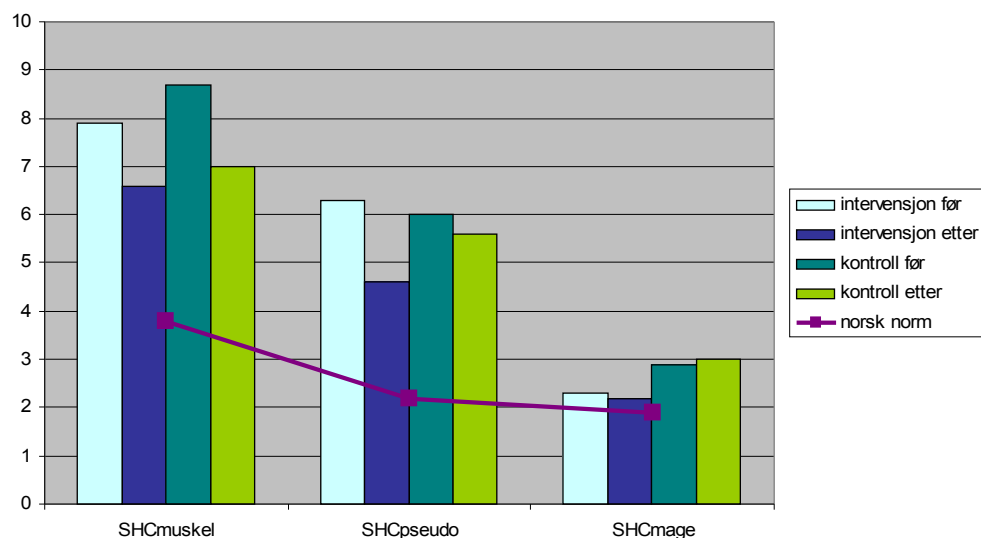
SF-36 kan også fremstilles som et samlet score for fysisk og mental helse. Seljeprogram hadde ingen statistisk signifikant effekt på samlet score for fysisk og mental helse, verken innad i gruppene eller som forskjell i endring mellom gruppene.

## 2.2.9 Subjektive helseplager

Sammenlignet med et utvalg av den norske befolkningen rapporterte deltakerne i mestringsprosjektet generelt mer helseplager (Figur 5). De hadde betydelig mer muskel- og skjelettplager og pseudonevrologiske plager (tretthet, hjertebank, nedtrykthet, pustevansker, migrene, bryst smerter) sammenlignet med norske normaldata. Deltakerne samlet hadde den samme fordelingen av helseplager før og etter Seljeprogrammet. Det var ingen statistisk

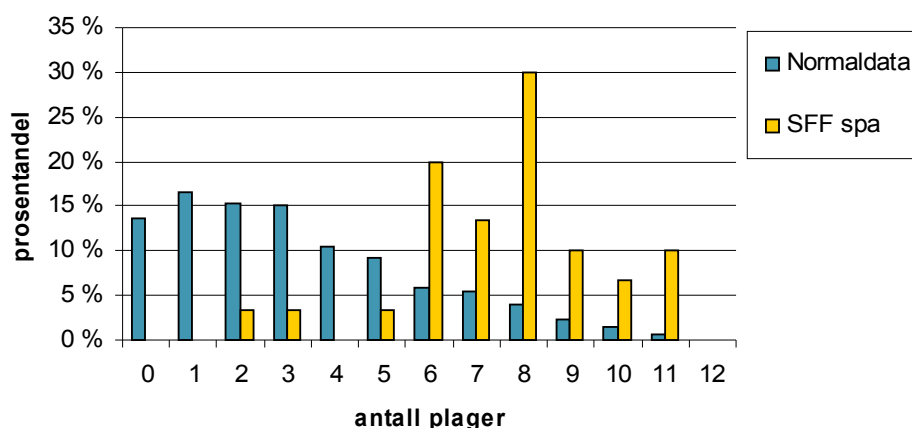
signifikant forskjell i endring av subjektive helseplager mellom gruppene, og vi kan derfor ikke si at programmet hadde effekt på subjektive helseplager.

Figur 5. Subjektive helseplager hos intervensjons- og kontrollgruppen før og etter Seljeprogram og sammenlignet med norske normaldata.



Figur 6 viser en sammenligning mellom deltakerne i mestringsprosjektet og norske normaldata for 12 av de mest vanlige helseplagene som rapporteres (hodepine, nakkesmerter, smerter øverst i ryggen, smerter i korsrygg, smerter i armer, smerter i skuldre, migrene, smerter i føtter, søvnproblemer, trøtthet, angst og depresjon). Figuren viser at deltakerne i mestringsprosjektet hadde betydelig mer helseplager enn tilsvarende funn i norske normdata. Åtte enkeltplager var det vanligste for deltakerne i mestringsprosjektet, mens 2-3 plager er det vanligste i normalbefolkningen (Figur 6).

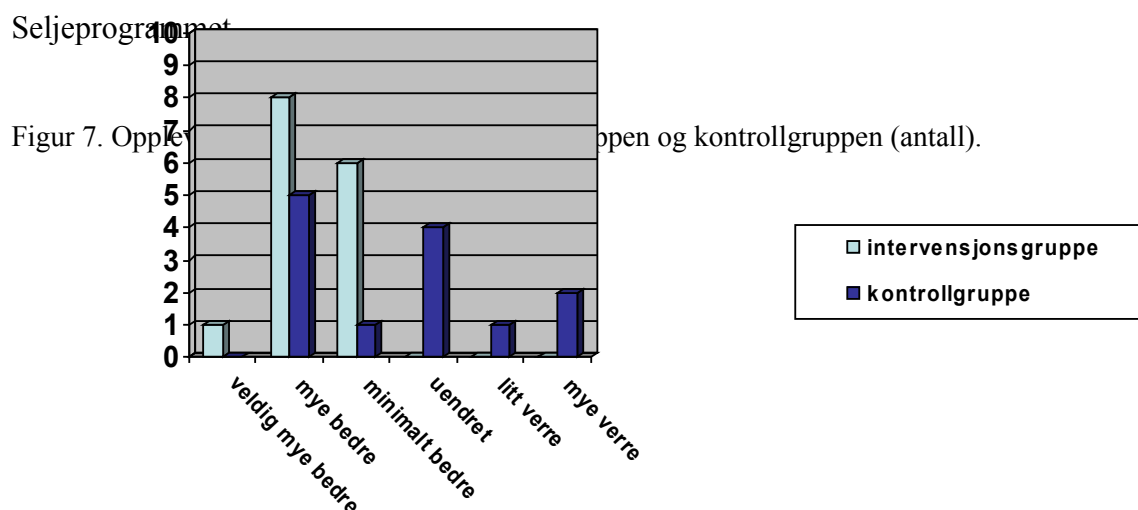
Figur 6. Fordeling av 12 vanlige helseplager hos deltakerne i mestringsprosjektet før intervensjonen og i norske normaldata.



### 2.2.10 Generell opplevelse av endring

Alle i intervensjonsgruppen rapporterte bedring av den generelle helsetilstanden sin som følge av Seljeprogrammet (se Figur 7). Ni deltakere rapporterte at de var blitt veldig mye eller mye bedre, mens seks rapporterte minimal bedring. Ingen mente at helsetilstanden var uendret eller blitt verre etter tiltaket. I kontrollgruppen svarte fem deltakere at de var blitt mye bedre, mens bare en var blitt minimalt bedre. I denne gruppen rapporterte fire at de var uendret, mens tre synes de var blitt verre. Mann-Whitney U test viste signifikant forskjell i opplevd endring mellom intervensjons- og kontrollgruppen ( $p=0.029$ ).

Variabelen opplevd bedring ble delt i to grupper; 1) de som opplevde veldig stor og stor bedring ( $n=14$ ) og 2) de som opplevde minimal bedring, uendret eller forverring ( $n=14$ ). Det viste seg at de som rapporterte bedring hadde lavere score på aktiv mestring ( $p=0.028$ ) og fysisk form ( $p=0.030$ ) før oppstart av Seljeprogrammet sammenlignet med de som var uendret eller verre. Dette kan tyde på at de som hadde dårligst mestring og fysisk form før oppstart hadde hatt størst utbytte av å delta i mestringsprosjektet, men ettersom intervensjons- og kontrollgruppen i denne analysen er slått sammen kan effekten ikke tilskrives selve Seljeprogrammet.



## **2.3 Diskusjon**

### **2.3.1 Opplevde ansatte som deltok på Seljeprogrammet noen effekt av programmet?**

Kort sammenfattet kan vi si at vi ikke har funnet noen effekter av Seljeprogrammet på de fleste av variablene som ble brukt i prosjektet: mestring, krav, kontroll, fysisk form og andre helserelaterte faktorer. Programmet hadde heller ingen effekt på selv- rapportert sykefravær. Likevel var det flere i intervensjonsgruppen som mente de hadde bedret seg betydelig som følge av Seljeprogrammet. Deltakerne i intervensjonsgruppen var også mer fysisk aktive etter programmet sammenlignet med kontrollgruppen. De fleste rapporterte at de var fornøyd med arbeidsplassen sin, selv om noen også hadde opplevd å bli mobbet i arbeidstiden. Spørreskjemabesvarelsene tydet videre på at deltakerne hadde dårligere generell helse, mer subjektive helseplager og dårligere helserelatert livskvalitet sammenlignet med representative utvalg av den norske befolkningen.

I denne studien fant vi ikke effekt av Seljeprogrammet på mestring og opplevelse av kontroll selv om programmet hadde et spesielt fokus på nettopp mestring av helseplager i forbindelse med jobben. Heller ikke innad i gruppene kunne vi se endring i aktiv mestring. Dette kan ha ulike forklaringer. Det viste seg at deltakerne rapporterte samme nivå på mestring som tilsvarende funn i den norske normalbefolkningen, så potensialet for å bedre mestring var kanskje ikke så stort som vi antok på forhånd. En annen forklaring kan være at våre spørreskjema ikke var sensitive nok til å fange opp en eventuell endring. Enkeltspørsmålene hadde en generell formulering og det ble ikke spurt spesifikt om mestring av arbeidsrelaterte

plager. Det er hevdet at mestringsforventning er avhengig av kontekst eller situasjon (Bandura, 1977). Ursin og Eriksen (Ursin & Eriksen, 2004) hevder i modellen Cognitive Activation Theory of Stress (CATS) at mestring har sammenheng med tidligere erfaring og læring. Dette innebærer at hvis individets tidligere erfaring tilsier at han/hun vil mestre en utfordring, vil individet ha en positiv forventning om at så vil skje. En mulig forklaring på at evne til mestring ikke endret seg kan derfor være at deltakerne ikke hadde tilstrekkelig tro på at Seljeprogrammet ville hjelpe dem til å håndtere helseplagene på en bedre måte.

Vi fant heller ingen effekt av Seljeprogrammet når det gjelder helserelatert livskvalitet (SF-36) og subjektive helseplager (SHC). Deltakerne i intervensjonsgruppen rapporterte likevel signifikant mindre smerte og mindre problem på jobb grunnet emosjonelle forhold etter Seljeprogrammet. De tenderte til å ha bedre fysisk funksjon og mindre trøtthetsplager, men denne endringen var ikke statistisk signifikant forskjellig fra endringen i kontrollgruppen.

Fysisk trening var en annen sentral del av Seljeprogrammet. Deltakerne ble testet for fysisk form og kondisjonsnivå ved oppstart av programmet, og på bakgrunn av testresultatet fikk de skreddersydd et treningsopplegg som de skulle følge hele perioden mellom samlingene. Deltakerne ble deretter re-testet i løpet av andre samling på Selje. Vi har i denne rapporten kun hatt selv- rapporterte data tilgjengelig for analyse. Selv om deltakerne i intervensjonsgruppen rapporterte at de var i betydelig bedre fysisk form enn før intervensjonen, så var ikke forskjellen mellom gruppene statistisk signifikant. Vi kan derfor ikke konkludere med at Seljeprogrammet hadde effekt på fysisk form.

I gruppen som fikk Seljeprogrammet økte det totale ukentlige aktivitetsnivået etter avsluttet program. Totalt antall minutter fysisk aktivitet per uke hadde nesten fordoblet seg i intervensjonsgruppen, mens det nesten var halvert i kontrollgruppen. Denne store forskjellen var statistisk signifikant. Den negative utviklingen i kontrollgruppen kan forklares ved at de to deltakerne som trakk seg fra prosjektet rapporterte betydelig høyere aktivitetsnivå enn gjennomsnittet før oppstart, og når disse to mangler i oppfølgingsregistreringen kan dette forklare at vi fant en forskjell mellom gruppene. Med så få deltakere i studien vil høye eller lave scorer hos enkeltdeltakere ha stor innflytelse på resultatet. Den statistisk signifikante forskjellen mellom gruppene må derfor fortolkes med varsomhet. Nesten alle deltakerne i intervensjonsgruppen oppfylte kravene for fysisk aktivitet etter Seljeprogrammet, mens utviklingen hadde motsatt tendens i kontrollgruppen. Vi vet fra andre undersøkelser at

overrapportering av fysisk aktivitet er utbredt (Sallis & Saelens, 2000). Intervensjonsgruppen kan i større grad ha ønsket å vise at de hadde økt sitt fysiske aktivitetsnivå som følge av tiltaket og dermed ha overrapportert. Før oppstart var fysisk aktive jevnt fordelt i gruppene. Det finnes gode holdepunkter for at personer som er lite aktive vil få betydelige helsegevinster ved å bli aktive i minst 30 minutter daglig (Fysisk aktivitet og helse, 2000). For de utilstrekkelig aktive og inaktive vil det derfor være fordelaktig å øke aktivitetsnivået.

Det er viktig å understreke at deltakerne i Seljeprogrammet synes at de hadde bedret seg som følge av programmet. Alle i intervensjonsgruppen rapporterte mer eller mindre bedring, mens i kontrollgruppen var det flere som rapporterte at de var uendret eller verre. Vi kunne med våre spørreskjema ikke fange opp hva denne endringen skyldtes. En forklaring kan være at deltakerne generelt synes oppholdet gjorde dem godt, men at denne effekten ikke skyldtes økt mestring av helseplagene eller bedring av fysisk form registrert med våre spørreskjema. En annen forklaring er at denne type tiltak kan ha en betydelig oppmerksomhetseffekt som igjen kan ha påvirket deltakernes rapportering av bedring. For å utligne denne effekten fikk kontrollgruppen tilbud om et todagers opphold med thalassoterapi på Selje hotell.

### **2.3.2 Kom de som deltok på Seljeprogrammet raskere tilbake til arbeid?**

Målgruppen for denne studien var ansatte som var eller hadde vært sykmeldt i minst seks uker i løpet av det siste året. Det vil si at ikke alle deltakerne var sykmeldt ved oppstart av prosjektet. Etter avsluttet program var det noen flere i intervensjonsgruppen som rapporterte at de ikke hadde vært sykmeldt de siste seks månedene, men forskjellen mellom gruppene var ikke statistisk signifikant. Det var en tendens til at antall sykefraværsdager i prosjektperioden var noe høyere i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. Årsaken til dette kan være at noen få personer i intervensjonsgruppen hadde spesielt mange sykefraværsdager, noe som vil trekke gjennomsnittet for gruppen vesentlig opp på grunn av få deltakere.

Ved skolestart i august var imidlertid de fleste deltakerne, både de som deltok og ikke deltok på Seljeprogrammet, tilbake på jobb. At så å si alle var tilbake på jobb på dette tidspunktet kan delvis skyldes at en stor del av deltakerne i prosjektet hadde undervisningsrelaterte jobber, og at de fleste derfor vil være tilbake i jobb etter sommerferien. Dette støttes av sykefraværstatistikken i Statistisk sentralbyrå som viser at undervisningsansatte har noe mindre sykefravær i tredje kvartal (SSB, 2009).

### **2.3.3 Begrensninger ved undersøkelsen**

En begrensning med studien var den lave deltakelsen, og det lave antallet kan være en årsak til at vi i denne studien ikke fant effekt av Seljeprogrammet. Når antallet deltakere er så lavt må effektene være store for at forskjellene skal bli statistisk signifikante. Styrkeberegninger gjort på forhånd viste at gruppestørrelsen burde være på minst 60 i hver gruppe for å dokumentere klinisk signifikante forskjeller mellom gruppene, og med 30 i hver gruppe ville det være mindre sjanse for å dokumentere effekt av programmet. Det endelige antallet ble 15 deltakere i hver gruppe. Lav deltakelse kan skyldes at prosedyrene for rekruttering og inklusjon var uklare og at informasjonen ikke i tilstrekkelig grad nådde frem til aktuelle kandidater. En annen forklaring kan være at de ansatte ikke ønsket eller hadde tid til å delta i prosjektet. Dette betyr samtidig at de ansatte som ble inkludert kan ha vært en selektert gruppe som ikke var representativ for andre ansatte som sliter med sykefravær grunnet helseplager.

### **2.3.4 Konklusjon kvantitativ evaluering**

Vi kan ikke ut fra den kvantitative evalueringen hevde at Seljeprogrammet hadde noen effekt verken på deltakernes funksjon, mestring, helse eller på tilbakeføring til jobb. Det lave deltakerantallet kan ha vært en viktig årsak til at vi ikke kunne dokumentere effekter av Seljeprogrammet. Det var tendenser til effekt på enkelte variabler i spørreskjemaet i favør av intervensjonsgruppen, men forskjellene var ikke store nok til at resultatet ble statistisk signifikant. Til tross for den manglende effekten av Seljeprogrammet er det viktig å understreke at deltakerne i intervensjonsgruppen rapporterte i større grad å ha blitt bedre etter Seljeprogrammet sammenlignet med deltakerne i kontrollgruppen. Det var en tendens til at de som rapporterte bedring etter Seljeprogrammet hadde lavere scorer på aktiv mestring og fysisk form før oppstart, og har derfor hatt større potensial for bedring. For å kunne si noe sikkert om nytteverdien av denne typen tiltak bør studien gjentas i større skala og med flere deltakere.

## 3 Kvalitativ evaluering

**FOND**

TIL ETTER-  
OG VIDEREUTDANNING  
AV FYSIOTERAPEUTER



Den kvalitative evalueringen er utført med støtte fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter.

### 3.1 Innledning

Følgende problemstillinger dannet utgangspunkt for den kvalitative evalueringen av Seljeprogrammet:

1. Opplever sykmeldte som har gjennomført Seljeprogrammet noen endring i forhold til opplevelse av egen helse og arbeidsevne?
2. Opplever nærmeste leder noen endring ved at sykmeldte gjennomfører Seljeprogrammet?
3. Er sykmeldte som har gjennomført Seljeprogrammet mer motiverte til å returnere til arbeid enn andre sykmeldte?

Hovedfokus for den kvalitative evalueringen har vært knyttet til hvordan deltakerne selv opplevde å delta på Seljeprogrammet og hvilken nytte de synes de hadde av programmet. Mesteparten av data kommer dermed fra deltakerne i intervensjonsgruppen, men også en kort oppsummering av synspunkt fra intervjuet med lederne og fra deltakerne i kontrollgruppen er tatt med i rapporten. Kontrollgruppens og ledernes innspill vedrørende synspunkter og erfaringer knyttet til innhold og organisering av forskningsprosjektet for øvrig følger i vedlegg nr 3.

### 3.2 Metode

Kvalitative intervju ble gjennomført før og etter Seljeprogrammet av:

- 1) deltakere i intervensjonsgruppen
- 2) deltakere i kontrollgruppen

3) nærmeste ledere til ansatte som skulle delta/hadde deltatt i prosjektet

Metoden som ble benyttet var fokusgruppeintervju. Fokusgruppeintervju er en kvalitativ metode hvor en gruppe mennesker samles med hensikt å bringe fram deltakernes oppfatninger, følelser, holdninger og ideer om et utvalgt tema (Puchta & Potter, 2004). Målet med fokusgruppeintervju er ikke å komme fram til en løsning eller konsensus om tema, men å få fram ulike synspunkter om og erfaringer med temaet (Malterud, 2003).

Moderator (BB) ledet intervjuene ved å bringe fram forberedte tema og åpne spørsmål, dog med åpenhet for at andre tema kunne komme opp. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert i etterkant av intervjuene. Transkripsjonene sammen med feltnotater fra co-moderator (LM/MR) underveis og umiddelbart etter intervjuene ble analysert ved tematisk innholdsanalyse (Kreuger & Casey, 2000a; Robson, 2002). Analyseenheter ble bestemt på bakgrunn av de temaene som fremkom i materialet, og dannet så utgangspunkt for meningsenheter som teksten kunne kondenseres inn i. Teksten ble forkortet og organisert inn i de meningsenheter som trådte fram i materialet, mens kjernen i tekstinholdet ble holdt inntakt (Robson, 2002). I bearbeidingen av teksten ble det muntlige språket i sitatene omskrevet til skriftspråk og alle sitat ble gjengitt på bokmål.

### **3.3 Resultat**

Først presenteres en oppsummering fra fokusgruppeintervjuene med deltakerne i Seljeprogrammet med fokus på å belyse problemstilling nr. 1 og 3. Deretter presenteres resultatene fra intervjuet med lederne for å belyse problemstilling nr. 2. Synspunkt og erfaringer fra deltakere i kontrollgruppen knyttet til opplevd endring i dialogen med leder i prosjektperioden presenteres i forkant av en samlet oppsummering av data relatert til dette spørsmålet. Resultatdelen avsluttes med en oppsummering av deltakernes synspunkter knyttet til innholdet i, og gjennomføringen av, Seljeprogrammet.

#### **3.3.1 Fokusgruppeintervju med deltakerne i Seljeprogrammet**

Fokusgruppeintervju med et utvalg av deltakerne ble gjennomført den 13.03.09 på Selje hotell. Tolv deltakere møtte til intervju, 11 kvinner og 1 mann. Aldersfordelingen blant

deltakerne i fokusgruppene var 34-62 år. Deltakerne ble intervjuet i 2 fokusgrupper med 6 deltakere i hver gruppe. Sammensetningen i fokusgruppene var den samme som ved intervjuene som ble gjennomført før oppstart av programmet. Altså var gruppedeltakerne godt kjent med hverandre og trygge i gruppene. Dette førte til at gruppedynamikken kom lett i gang. I den ene gruppen var deltakerne svært ivrige og tenderte til å snakke i munnen på hverandre, mens deltakerne i den andre gruppen snakket mer etter tur. Alle kom til orde i begge gruppene. Deltakerne delte sine erfaringer om de temaene som ble diskutert og kommenterte villig hverandres innspill. Stemningen var vennlig og deltakerne forholdt seg lyttende til hverandre.

Synspunkter og erfaringer fra intervensjonsgruppen oppsummeres i henhold til problemstillingene for studien.

### **3.3.2 Endringer knyttet til helse og arbeidsevne etter gjennomført Seljeprogram?**

Dette punktet deles i følgende underpunkt:

- a) Økt selvfølelse og bedre håndtering av det å være sykmeldt
- b) Bevissthet om å sette grenser og finne balanse i eget liv
- c) Se nye muligheter/komme i gang med nye aktiviteter

#### **Økt selvfølelse og bedre håndtering av det å være sykmeldt**

Deltakerne ga uttrykk for at prosjektet hadde styrket deres selvfølelse. Spesielt det å møte andre i samme situasjon, å være en del av et fellesskap og vite at en ikke er alene om å ha helseplager ble trukket fram som viktig. At målet med prosjektet var å mestre, og se at en kan ha en bra helse og et godt liv, selv om en har en sykdom ble nevnt som meget positivt. Også det at en er verdifull som arbeidstaker selv om en ikke klarer å jobbe 100 % ble trukket fram som viktig. Noen sitater fra deltakerne:

*”Før sa jeg at jeg var i jobb. Som om det er et nederlag å ikke være på full guffe. Men nå har jeg stolthet til å si at jeg jobber 50 %. Å være stolt av det, at du har kommet dit, det er jo det en skal være!”*

*”Det er vel det at en blir tryggere på seg selv. Herregud, det er jo ingen som forventer at du skal gjøre det og det, når du ikke har lyst til det.”*

### **Bevissthet om å sette grenser og finne balanse i eget liv**

Deltakerne la vekt på at Seljeprogrammet hadde hjulpet dem i prosessen med å lære å legge fra seg ansvar (både knyttet til arbeidsliv- og privatliv), og at de var blitt bevisste på at det var lov å ha fokus på seg selv, uten å ha dårlig samvittighet. For i større grad å kunne ta hensyn til seg selv ble det å sette grenser for omgivelsene, å ikke alltid si ja, trukket fram som viktig.

Noen sitater fra deltakerne:

*”Og dette at en gjør det en har lyst til, ikke bare tar hensyn til alle andre. Nå er det jeg som er i fokus! Det og har jeg lært meg.”*

*”Jeg har lært meg å gi litt blaffen, slappe av. Å forstå at verden faktisk går rundt, selv om ikke jeg står og styrer den.”*

I gruppene ble det beskrevet situasjoner der deltakerne allerede hadde endret adferd og turde å være tydeligere overfor arbeidsplassen eller familien når det gjaldt egne behov, for eksempel når det gjaldt tilrettelegging på jobben. En deltaker fortalte at Seljeprogrammet hadde lært henne å ha mer fokus på seg selv og være tydeligere overfor omgivelsene: *”Og da ser jeg på ledelsen som et verktøy for at dagene mine skal gå bedre. Det å gi klare beskjeder, det er viktig. For de legger ikke noe til rette viss en ikke gir klare beskjeder. En må gi beskjed.”*

Andre beskrev at de hadde erkjent at det var viktig for dem å sette seg selv i fokus, men at de syntes det var utfordrende å sette grenser ettersom alle rundt dem var vant til at de alltid sa ja.

Mange beskrev betydningen av å bli mer bevisste på egen situasjon og hva som var viktig for dem i livet som sentralt for utbyttet av Seljeprogrammet. Deltakelse hadde bidratt til å se egen situasjon ”på avstand”, noe som ga mulighet til ny erkjennelse. At jobben ikke er alt, og at en ikke kan bruke alle kreftene på jobben, men at en også må ha overskudd til familie, venner, fritid og seg selv ble nevnt som viktig. Også det at hver enkelt måtte finne ut hva som ga dem energi og hva som tappet energi, og at de hadde lært viktigheten av å finne balanse mellom å være i aktivitet og å slappe av ble trukket fram. En deltaker sa:

*”Han Thomas (psykologen) introduserte et sånt balansebrett for oss. Det var en ”aha-opplevelse” for meg. Det gikk på det mentale, å ha balanse med tanke på arbeid og aktivitet i forhold til å være passiv og slappe av. Den har jeg rett og slett hengt på veggen hjemme som påminnelse.”*

### **Se nye muligheter/komme i gang med nye aktiviteter**

En konsekvens av at deltakerne opplevde å bli mer bevisst på egen situasjon førte til at noen av deltakerne innså at de hadde behov for å stake ut en ny kurs i forhold til framtidig jobb. Tankeprosesser igangsatt via programmet hadde ført til at de hadde funnet ut at den jobben de hadde nå sannsynligvis ikke var den rette for dem i forhold til de behovene de hadde (enten knyttet til plager/sykdom eller balansen i forhold til hvilke arbeidsoppgaver som ga energi/tappet energi). Eksempelvis:

*”Jeg har kanskje akseptert at det ikke går å forsette i den gamle jobben, så jeg er på utprøving på en annen jobb. Litt sånn forsiktig. Og det er veldig kjekt og positivt.”*

*”Jeg har skjont at på den arbeidsplassen jeg er så er det ikke det armrom og den plattformen som Thomas (psykologen) snakker om at vi trenger. Men jeg føler at dette programmet har vært med og gitt meg både innsikt i, og krefter til, å si at jeg faktisk må tørre å se meg om etter en annen jobb som kan gi meg mer av det jeg trenger for å trives.”.*

Erfaringer deltakerne hadde gjort seg i Seljeprogrammet hadde også gitt inspirasjon og motivasjon til å komme i gang med nye aktiviteter. Deltakerne trakk fram helheten i opplegget som viktig, men noen deltakere trakk fram deler av programmet som viktigere enn andre for endringsprosessen. Enkelte la vekt på at treningsveiledningen hadde fungert veldig bra for dem, mens andre trakk fram behandlingene som viktig for å lære å slappe av og ha fokus på seg selv. Noen sitater:

*”Det som har vært positivt for meg i prosjektet er at jeg har kommet i gang med å trene og være aktiv. Og det skal jeg forsette med, uansett.”*

*”Og så hvor viktig det blir å plassere i en lomme eller en boble hjemme. At det er OK å slappe av. At en trenger ikke ha dårlig samvittighet for det.”*

### 3.3.3 Økt motivasjon til å returnere til arbeid etter Seljeprogram?

Inntrykket fra fokusgruppediskusjonene var at ansatte som meldte seg på Seljeprogrammet var motiverte for å returnere til arbeidslivet både ved oppstart og ved avslutning av programmet. Før oppstart ble det uttrykt sterke ønsker om å jobbe/komme tilbake i jobb, men en del sa at de var usikre på om de kunne klare det ut i fra plagene de hadde. Deltakerne beskrev også at det ga energi å være i jobb, å kjenne seg verdsatt, være en del av et fellesskap, å ha mulighet til å lære noe nytt og å vite at en har noe å gi (Vedlegg nr 2, Rapport mai 2009, s. 25).

Et sitat fra rapporten datert mai 2009: *”Jeg er veldig fornøyd med jobben innenfor fylkeskommunen. Absolutt! Bedre arbeidsgiver har jeg ikke hatt noen gang. De har faktisk støttet meg ganske mye. Og det har alltid vært smil, både kollegaer og alt. Og det var til og med en fra ledelsen med på det siste møtet vi hadde. Og han var veldig positiv og sånne ting. Og det synes jeg egentlig var ganske kjekt, at jeg ble satt pris på selv om jeg hadde vært sykmeldt et år. Så jeg har funnet ut at tilbake til den jobben det skal jeg, om jeg så skal bite sammen tennene! Jeg trives så pass godt.”*

Også etter Seljeprogrammet beskrev deltakerne at de ønsket å være i arbeidslivet/komme tilbake til arbeidslivet, men noen av deltakerne fortalte at de sannsynligvis ville se seg om etter en ny jobb i stedet for å gå tilbake til stillingen sin (se sitat punkt 3.3.2).

### 3.3.4 Intervju av ledere

Alle enhetene i SFF som hadde ansatte som deltok i prosjektet (totalt 10 enheter) ble kontaktet med forespørsel om nærmeste leder med personalansvar for den sykmeldte kunne tenke seg å delta i fokusgruppeintervju. Fire ledere takket ja til å delta, men kun to kvinnelige ledere kunne møte på intervjutidspunktet. Frafallene fra lederne ble meldt inn dagen før intervjuene og ble begrunnet ut i fra andre arbeidsoppgaver på jobb. Lederne som deltok i intervjuet var engasjerte og hadde mange synspunkter å bidra med.

Lederne var usikre på om de hadde registrert endringer knyttet til helseatferd og arbeidsevne hos ansatte som hadde deltatt på Seljeprogrammet. Lederne kommenterte endringer knyttet til sykefraværstatus for noen av de ansatte som hadde deltatt, men var usikre på om disse endringene kunne relateres til programmet. Den ene lederen sa:

*”Det er en viss endring i forhold til at de oppfatter det positivt å få være med på et prosjekt. Men i forhold til sykefravær? Jo, det er enkelte som har blitt litt mer til stede, men jeg kan ikke si at det er noen vesentlig forskjell sett fra vår side. Men som et forskningsprosjekt er det fokus på folk, og det har vært en positiv opplevelse dette her med fokuset.”*

### **3.3.5 Fokusgruppeintervju med deltakere i kontrollgruppen**

Gruppeintervjuet ble gjennomført på Skei hotell 12.03.09. Fem ansatte fra kontrollgruppen møtte til intervjuet; fire damer og en mann. Innledningsvis var diskusjonen preget av at deltakerne i kontrollgruppen var skuffet over at de ikke hadde fått være med på intervensjonen. På spørsmål om hvilke tanker de hadde om prosjektet på et mer overordnet plan var tilbakemeldingene likevel positive; for eksempel at det var positivt at ledelsen i bedriften tok tak i problemstillinger knyttet til sykefravær og at prosjektet viste at arbeidsgiver brydde seg om helsen til arbeidstakere som sliter. En deltaker sa:

*”Jeg synes det er interessant at noen tar tak i dette med sykefravær, fordi vi er veldig mange som sliter, tror jeg, og trenger og bli tatt tak i. Men, det største håpet er at det skal komme noe videre utover, det er liksom det viktigste for meg.*

På spørsmål om deltakerne fra kontrollgruppen hadde opplevd noen form for endring i tilknytning til prosjektet svarte en deltaker at hun syntes det var lettere å si i fra om at hun hadde en psykisk sykdom, og var mer borte fra jobben pga. det. Ingen andre endringer knyttet til egen helse eller arbeidssituasjon relaterte til prosjektet ble trukket fram.

### **3.3.6 Endringer i dialogen mellom sykmeldte og ledere?**

I fokusgruppediskusjonene ble det ikke nevnt noe som kunne tyde på at Seljeprogrammet hadde bidratt til å bedre dialogen mellom ansatte og ledere. De deltakerne som hadde god dialog med leder før prosjektstart beskrev at det hadde de fremdeles, mens andre ikke var fornøyde med dialogen verken i forkant eller underveis i prosjektperioden. Det ble likevel beskrevet tilfeller av at det var blitt enklere å si i fra til leder om behov knyttet til egen helsetilstand som følge av prosjektet.

Mer informasjon og tilbakemelding både fra arbeidsplassen og NAV i forhold til mulighetene for den enkelte, både når det gjaldt tilrettelegging av arbeidsplass og arbeidsoppgaver, trening i arbeidstiden og trygderettigheter, ble etterlyst. Som i intervjuene i forkant av intervensjonen, ble medarbeidersamtaler etterlyst og foreslått som et godt redskap for å kartlegge den enkeltes behov og ønsker. Et forslag som ble nevnt var at lederne burde ha deltatt på en av samlingene på Selje hotell, dels for å få innsikt i innholdet i programmet og dels for å treffe "sine ansatte" for å diskutere mulig tilrettelegging på arbeidsplassen.

Lederne som ble intervjuet ga heller ikke uttrykk for at dialogen med de sykmeldte hadde endret seg i løpet av prosjektperioden. De trakk fram at de ansatte som hadde meldt seg til prosjektet var de som i utgangspunktet hadde en positiv holdning til å ta tak i egen situasjon for å komme tilbake i jobb. Denne gruppen sykmeldte opplevde de å ha en god dialog med også før prosjektet.

### **3.3.7 Deltakernes evaluering av innhold og gjennomføring av Seljeprogrammet**

Dette avsnittet inneholder erfaringer om treningsveiledning, gruppesamtaler, Selje hotell, thalassoterapi og natur- og kulturopplevelser, ansvar/organisering/timeplanen, deltakernes synspunkt om å møte andre i samme situasjon og deltakernes tanker om veien videre etter Seljeprogrammet.

#### **Treningsveiledning**

Deltakerne fortalte at de hadde hatt forventninger om at trenerne skulle kjenne til den enkeltes helseproblemer ved oppstart av Seljeprogrammet. De hadde opplevd tidsbruken innledningsvis som lite effektiv med tanke på å tilrettelegge treningen. De uttrykte også usikkerhet knyttet til om den treningen de ble anbefalt ved oppstart var tilpasset deres behov og ikke bare en generell anbefaling. Noen utsagn:

*"Og det var kanskje noe med forventningene vi hadde at det skulle være litt mer individuelt tilrettelagt. Det opplevde vi ikke. Den delen var litt skuffende."*

*"Det handler litt om trygghet. En er i en sårbar posisjon når en er syk. Det å vite at en får det som er best for seg og ikke for alle andre."*

Andre var udelte positive til treningsopplegget og understreket at det var treningen som hadde hjulpet dem tilbake i jobb. Noen utsagn: *”Det med trening, det å komme i gang med et program, og få litt opp-backing på det. Jeg synes jeg har hatt stor hjelp av det.”*

*”Går fortsatt og trener og jeg har kommet meg veldig. Så det viser seg at det er trening og bevegelse som skal til. Jeg har ikke vært sykmeldt etter jeg var her sist. Så jeg synes det går bra nå.”*

Testing av fysisk form var det delte meninger om. Noen syntes det var positivt å få kartlagt sin fysiske form og betraktet re-testingen som en motivasjonsfaktor for videre trening, mens andre følte seg ukomfortable både med å trene i treningsstudio og med å bli testet. Savnet av mer trening utendørs og mer variasjon i treningen ble nevnt (bl.a. ønske om yoga og Thai Chi). Ettersom det ikke var noe alternativ til styrke- og utholdenhetstrening opplevde de deltakere som ikke burde/kunne gjennomføre slik trening pga. helsetilstand, eller de deltakerne som ikke ønsket å delta på denne type trening, at de boikottet opplegget og ”meldte seg ut” av gruppen. En deltaker sa:

*”Det å utfordre meg selv mye med styrke og utholdenhet det skal jeg være forsiktig med (ut i fra min helsetilstand). Men det har vært litt vanskelig her, fordi opplegget har vært sånn som det har vært og jeg har følt meg litt utenfor av den grunn.”*

Deltakerne trakk fram en treningsøkt de hadde hatt på stranden som et bra eksempel på hvordan treningen kunne tilrettelegges utenfor treningsstudio. En deltaker sa: *”På stranden, med steiner og sand, det var helt topp. Masse lek, moro, ufarlig. Jeg overrasket faktisk meg selv over hvor kjekt jeg hadde det. Det var litt sånn kick. Det handlet om at det ble litt lekbasert, det ble ufarlig for meg. Jeg skulle ikke levere maks. Eller teste meg. Jeg kjente at jeg greide mer enn jeg trodde jeg skulle.”*

Mellom samlingene skulle deltakerne få to timer trening pr uke i arbeidstiden. Kun et fåtall hadde benyttet seg av dette og/eller vært oppmerksom på denne muligheten. Deltakere i prosentstillinger fortalte at de ikke hadde trent i arbeidstiden, men trent de dagene de likevel hadde fri.

## **Gruppesamtaler**

Deltakerne beskrev at det kunne være en tøff prosess å sette ord på erfaringer og tanker knyttet til egne plager og sykefravær, eksempelvis: *”Jeg følte egentlig at det var utrolig mye som ble satt i gang her sist. Det var jo egentlig et sjokkmøte. Vi kom inn her... Jeg begynte jo å grine i en gruppe som jeg ikke kjenner. Det er ganske tøft.”*

Noen av deltakerne mente de ville fått bedre utbytte av programmet dersom de hadde fått tilbud om individuelle samtaler med psykologen innledningsvis. Dette ville gitt psykologen bedre innsikt i den enkeltes situasjon, noe som igjen kunne bidratt positivt inn i gruppesamtalene. Da ville han også vite bedre hvilke påvirkningsmuligheter han hadde. Andre trakk frem at psykologen hadde vært tilstrekkelig tilgjengelig for den enkelte underveis i oppholdet og de savnet dermed ikke individuelle samtaler innledningsvis. På den andre samlingen på Selje hotell prioriterte psykologen individuelle samtaler fremfor gruppesamtaler. Deltakerne syntes det var positivt, men de ønsket også gruppesamtaler på denne samlingen. Grunner som ble oppgitt var at de ønsket å få en avrunding på oppholdet i gruppene og hjelp til å samle trådene før de skulle fortsette arbeidet på egen hånd. Noen utsagn:

*”På den første (samlingen) synes jeg det hadde vært greit å ha en alene samtale med Thomas (psykologen) slik at han visste litt hva som foregikk i gruppen, slik at han kunne vite hvilke tråder han skulle trekke i, slik at disse øktene ikke ble så tilfeldige.”*

*”Nå har vi fått individuelle samtaler, men det har gått på bekostning av gruppesamtalene. Det har jeg savnet litt. Det er noe med å samle trådene og endene før en skal ut i verden igjen. Å lukke litt det som en har jobbet med..”*

Oppfølgingen fra psykolog mellom samlingene på Selje skjedde via telefon. Deltakerne ble oppfordret til å sende SMS når de ønsket kontakt, men det var ikke alle som hadde fått med seg denne informasjonen. Dette førte til at noen deltakere hadde hyppig kontakt (ca 1 gang i måneden), mens andre ikke hadde hatt noen kontakt med psykologen mellom samlingene. Tilfeller der telefonkontakt ble vanskelig ble også trukket fram. En fortalte:

*”Utrolig nok fikk jeg ikke til å snakke på telefon med Thomas (psykologen). Og da var det nok en nedtur, for jeg fikset ikke det heller. Men det sa han at var helt greit, og jeg kunne heller sende e-post i stedet. ”*

## **Selje hotell, thalassoterapi, natur- og kulturopplevelser**

Det å reise bort fra arbeidsstedet og hjemmet for å kunne ha mer fokus på seg selv ble trukket fram som positivt. Noen utsagn: *”Konseptet med at en samler seg i gruppe syns jeg er bra. Og det at vi er avskåret fra den vanlige hverdagen. Det blir en helt annen ro over en selv enn det er hvis du gikk i jobb samtidig. Dette å få være såpass lenge vekke og sammen med andre, det tror jeg er positivt. En får tid til å kjenne etter.”*

*”Hvis du kommer vekk så ser du ting på avstand og får perspektiv.”*

Noen trakk fram Selje hotell som en gunstig plass for denne type kurs. *”Det er jo en fantastisk plass å være på, å kjenne etter. Det har betydd veldig mye for meg personlig. Naturen her er et landskap som appellerer veldig til meg, som jeg kan yte veldig mye i.”* Deltakerne opplevde at thalassoterapien hadde hjulpet dem til å slappe av og bidratt til at de var blitt mer bevisste på å lytte til seg selv. En beskrev det slik: *”Den lyttingen til seg selv, den er det behandlingene, i kombinasjon med samtaler i gruppene rundt matbordet og på trening, og med Thomas, som har bidratt til. En kombinasjon.”*

*”Etter jeg kom hjem fra det første oppholdet så opplevde jeg at jeg var mye roligere. Pga. behandlingene, tror jeg. Og det å komme seg vekk hjemme fra er og viktig for min del.”*

Men deltakerne hadde forventet at også thalassoterapeutene hadde kjennskap til den enkeltes helseplager ved oppstart. Et par av deltakerne fortalte at det var tilfeldig at de fikk informasjon fra thalassoterapeutene om at det var enkelte av behandlingene de ikke burde ta med tanke på de helseplagene de hadde. En deltaker fortalte:

*”Jeg hadde gitt beskjed om hva slags behandlinger jeg ikke kunne ta, for det hadde en annen terapeut sagt til meg tilfeldigvis sist idet jeg skulle til å ta de behandlingene. Men han hadde ikke fått det med seg og ikke før akkurat når han skulle i gang spurte han: Er det noe spesielt med deg? Det var bare tilfeldig, det var ikke rutine på å spørre heller, sa hun etterpå. Så da fikk jeg en annen behandling, og det var helt greit, men det kunne være greit at de visste litt mer.”*

Natur-/kulturdagene fikk positiv omtale av deltakerne, ikke minst dagen på Selje kloster: *”Den dagen vi var til Selje kloster syntes jeg var helt topp. For da fikk vi gå en del både i motbakke og ut på klosteret. Det syntes jeg var en topp dag.”*

### **Organisering/Ansvar/Timeplan**

Når det gjaldt organisering av dagene på Selje hotell mente deltakerne at programmet burde vært spredd mer utover dagen. De opplevde det som negativt å måtte skynde seg fra lunsj på trening. Å gå direkte fra thalassoterapi til trening følte de ødela effekten av avspennende behandling. Flere mente at programmet kunne vært strukket lenger utover kvelden og at det da kunne blitt tid til flere individuelle samtaler med trenerne og en bedre rekkefølge av tiltakene gjennom dagen i sin helhet. En sa: *”Thalasso og så rett på trening. Det er ikke så bra så thalassoterapeuten til meg. Han anbefalte meg å hvile. Akkurat det synes jeg ikke var helt... Greit nok viss vi har trening om morgenen og thalasso midt på, det blir noe annet.”*

Deltakerne beskrev at de oppfattet informasjonen om hvem som hadde ansvar for kvalitetssikringen av prosjektet som uklar. Var det fylkeskommunen, oss forskerne eller de som drev behandlingen på Selje hotell? En deltaker stilte følgende spørsmål til forskerne i fokusgruppen: *”Det er et prosjekt, et tema, individuell mestring og fellesskap. Så har vi thalasso, trening, samtale og kost, kultur, natur og sånt. Det er litt uklart for meg. Det er en koordineringsdel her som ikke... Det er noe med å integrere det hele mer...”*

Det var og spørsmål knyttet til finansieringen av prosjektet. En deltaker som hadde kommet til konklusjonen om at hun burde skifte jobb uttrykte uro for at prosjektet dermed skulle bli vurdert som mislykket for hennes del, ettersom det var arbeidsgiver som hadde tatt initiativ til, og betalt for å få sykmeldte tilbake i jobb. Hun spurte litt spøkefullt: *”Vi har jo brukt opp en hel del penger i dette prosjektet. Så hva hvis jeg ikke skal tilbake til fylkeskommunen, hva skjer da? Skal jeg da betale tilbake for min deltakelse i prosjektet?”*

### **Møte andre i samme situasjon**

Det å møte andre sykmeldte/andre med helseplager ble trukket fram som viktig for utbyttet av prosjektet. Noen utsagn for å illustrere dette: *”En del av terapien her har ikke bare vært i trening, behandling og de samtalene vi har hatt med Thomas (psykologen). Men og i de samtalene vi har hatt når vi har vært sammen på det sosiale. Jeg var litt skeptisk til å begynne med fordi jeg var redd det skulle være sånn sykehusprat, men det har det ikke vært, ikke i det hele tatt. I den grad det har vært det, har det vært gjennom gode råd eller opp-backing.”*

*”Du møter folk i samme livssituasjon. Og du føler et fellesskap, uten at du føler deg som nær sagt en taper. Etterpå, når en skal reise hver til sitt, så vet en med seg selv at der er flere.”*

### **Veien videre etter prosjektperioden**

Det å skulle ta med seg det de hadde erfart, både i forhold til å finne tid til seg selv og være tydelig på sine behov, ble sett på som en utfordring. En deltaker sa: *”Det blir en utfordring å videreføre grensene i jobbsammenheng. For det er jo veldig lett å jobbe for mye, alltid skulle være så flink.”*

Deltakerne hadde et sterkt ønske om en oppfølgingssamling. Dette ønske ble begrunnet ut i fra at en ny samling kunne være en motivasjonsfaktor, en vitamininnsprøytning for å fortsette de prosessene de var i gang med, men også ut i fra interesse for å vite hvordan det hadde gått med de andre deltakerne og for å kunne lære mer av hverandre.

*”Å treffes for å se hvordan det hadde gått med oss, for vi er jo midt i prosessene. Selv om dette er slutt, så er det mange av oss som står og lurert litt på hvordan det skal bli nå og egentlig ikke er ferdige med å se på mulighetene eller er ikke er ferdige med å se hvordan det er der ute.”*

### **3.4 Diskusjon**

Hovedinntrykket fra den kvalitative evalueringen var at deltakelse på Seljeprogrammet hadde vært en positiv opplevelse for de aller fleste. Deltakerne ga uttrykk for at programmet hadde hjulpet dem til å mestre egen sykdom/egne plager og egen hverdag, at deltakelse hadde gitt økt selvfølelse, økt bevissthet om å sette grenser og hjulpet dem til å takle det å være sykmeldte på en bedre måte. Data fra våre fokusgrupper stemmer slik sett overens med funn fra andre studier som har vist at helsemestringsprogram som kombinerer kognitiv behandling, stressmestring og fysisk trening kan gjøre at enkelte opplever seg bedre i stand til å håndtere egne helseplager og mestrer stress bedre (H.R. Eriksen, et al., 2002).

Lederne var usikre på om de hadde observert endring knyttet til helse og arbeidsevne hos ansatte som hadde deltatt. Lederne kommenterte endringer knyttet til sykefraværstatus for noen av de ansatte som deltok, men var usikre på om denne endringen kunne relateres til Seljeprogrammet. Ettersom kun to ledere møtte til intervju kan en ikke hevde at bredden av synspunkter og erfaringer fra de aktuelle lederne i fylkeskommunen kom fram.

I den kvalitative evalueringen ble det ikke fanget opp om programdeltakerne var blitt mer motiverte for å returnere til arbeidslivet som følge av Seljeprogrammet. Noen av deltakerne fortalte at Seljeprogrammet hadde gitt dem den støtten de trengte for å gi slipp på den stillingen de hadde og se seg om etter en ny jobb. Dersom Seljeprogrammet videreføres kan prosesser knyttet til endring av jobb/arbeidsgiver være et tema som kan gis større plass og betydning.

Deltakerne trakk fram helheten i Seljeprogrammet, med fokus både på det kognitive, trening, fysisk trening, thalassoterapi, natur/kultur, og fellesskapet med de andre deltakerne, som viktig for utbyttet. Men de hadde også en rekke synspunkter på hvordan programmet kunne gitt et enda større utbytte. Deltakerne hadde forventet at både treningsveilederne og thalassoterapeutene hadde kjennskap til den enkeltes helseplager i forkant av oppstartssamlingen på Selje hotell. De hadde også forventet at treningsopplegget i større grad skulle tilpasses den enkeltes behov og preferanser. Deltakerne kommenterte også at de enkelte delene i programmet burde vært integrert på en bedre måte, for eksempel opplevde de det som ubehagelig å trene rett etter spabehandling. Slik programmet ble gjennomført opplevde deltakere at deres forventninger om individuell tilpasning ikke ble tilstrekkelig innfridd.

I de fem månedene mellom oppstartsuken og avslutningsuken på Selje hotell, der deltakerne skulle drive egentrening og jobbe med arbeidsoppgaver fra psykologen, var det også skissert at de skulle få telefonoppfølging en gang i måneden både fra treningsveilederne og psykologen. Noen deltakere hadde hatt jevnlig kontakt med veilederne og psykologen underveis, mens andre ikke hadde hatt kontakt i det hele tatt. Ved eventuell videreføring av prosjektet er rutinene for oppfølging mellom samlingene et punkt som bør drøftes.

Deltakerne opplevde også at koordineringen og integreringen av de ulike delene av programmet var mangelfull. De trakk blant annet fram at de i gruppesamtalene og thalassoterapien lærte å skulle lytte til seg selv, mens treningen var styrt og uten valgmuligheter. En kan spekulere i om Seljeprogrammet kunne gitt et større utbytte dersom behandlingsteamet hadde vært mer samkjørt når det gjaldt å nå hovedmålsetningen om å øke den individuelle mestringen. Slik programmet ble gjennomført ble de enkelte delene stående for seg selv uten at de synes å være del av en integrert plan.

I fokusgruppene etterlyste deltakerne mer informasjon fra NAV om mulighetene og rettighetene de hadde som sykmeldte. I prosjektsøknaden var det skissert at NAV Arbeidslivssenteret i Sogn og Fjordane skulle bruke 3 timer av den første samlingen på Selje hotell til å snakke om inkluderende arbeidsliv (vedlegg 1). I tillegg skulle de ha fokus på hvordan deltakerne kunne ta med seg det de lærte gjennom Seljeprogrammet tilbake til arbeidsplassen. Uvisst av hvilken grunn ble denne delen av programmet ikke gjennomført. I intervjuene før oppstart fortalte flere av deltakerne om negative erfaringer med NAV (vedlegg 2). Blant annet savnet både sykmeldte og ledere mer informasjon og kunnskap om rettigheter og muligheter den sykmeldte og deres leder har i en IA-bedrift. Vår mening er derfor at Seljeprogrammet kunne gitt ytterligere gevinst dersom de planlagte timene i regi av NAV Arbeidslivssenter hadde blitt gjennomført.

### **3.4.1 Metodediskusjon**

Antall fokusgrupper ble dels valgt ut fra antall deltakere i prosjektet, dels ut i fra anbefalinger i litteratur. I litteraturen er tommelfingerregelen minst tre grupper (Kreuger & Casey, 2000b), som ble valgt her. Tre fokusgrupper med langtidssykmeldte (6, 6 og 5 deltakere) dekket over halvparten av deltakerne i Seljeprogrammet høsten 2008. Med det som bakgrunn kan en hevde at tre grupper med til sammen 17 deltakere sikret en god spredning i synspunkter og erfaringer fra de sykmeldte i bedriften som deltok.

Alle enhetene i SFF som hadde ansatte som deltok i Seljeprogrammet (totalt 10 enheter) ble kontaktet med forespørsel om nærmeste leder med personalansvar for den sykmeldte kunne tenke seg å delta i fokusgruppeintervju. Fire av ti ledere takket ja til å delta, men kun to møtte på intervjutidspunktet. En kan derfor stille spørsmål ved om resultatene som presenteres er dekkende for den bredde av synspunkter og erfaringer lederne i fylkeskommunen har i tilknytning til Seljeprogrammet. En kan også stille spørsmålet om det var lederne med størst engasjement i sykefraværarbeidet som stilte opp.

### **3.5 Konklusjon kvalitativ evaluering**

Deltakerne ga uttrykk for at deltakelsen i Seljeprogrammet hadde styrket deres selvfølelse. De beskrev at det var lettere å takle det å jobbe redusert eller være sykmeldt etter deltakelse. Deltakerne beskrev også at Seljeprogrammet hadde hjulpet dem å ta et skritt videre i forhold til å mestre egen sykdom/plager og egen hverdag, og å se seg selv som verdifulle i arbeids-

livet til tross for varige plager. Deltakerne var motiverte for å returnere til arbeidslivet både før og etter intervensjonen, og deltakelse i programmet hadde ikke ført til at de var blitt enda mer motiverte.

Lederne var usikre på om de hadde observert noen endring i deltakernes helseatferd og arbeidsevne. Lederne kommenterte endringer knyttet til sykefraværstatus for noen av de ansatte som hadde deltatt i prosjektet, men var usikre på om disse endringene kunne relateres til Seljeprogrammet.

Deltakerne trakk fram helheten i Seljeprogrammet som viktig for utbyttet, men de hadde også innspill til forbedringer av programmet. De savnet spesifikt at behandlingsteamet hadde hatt forhåndskjennskap til den enkeltes helseplager slik at de kunne føle seg trygge på at terapien var tilrettelagt på en god måte. Deltakerne opplevde også at koordineringen og integreringen av de ulike delene av programmet var mangelfull, og at deres forventninger om individuell tilpasning ikke ble tilstrekkelig innfridd. Det kan stilles spørsmål ved om programmet var godt nok tilpasset personer med helseplager og sykefravær.

## **4 Oppsummering og konklusjon av kvantitative og kvalitative analyser**

I dette avsnittet har vi tatt utgangspunkt i problemstillingene slik de ble formulert i prosjektskissen og presenterer en oppsummering av de viktigste funnene fra de kvantitative og de kvalitative analysene. Standardiserte spørreskjema som inneholdt spørsmål om demografi, mestring, helserelatert livskvalitet, fysisk form, fysisk aktivitetsnivå og subjektive helseplager ble brukt for å evaluere effekten av Seljeprogrammet. Spørreskjema ble sendt ut til deltakerne før og etter programmet. Fokusgruppeintervju med et utvalg deltakere både i intervensjons- og kontrollgruppen i tillegg til i ledergruppen ble gjennomført før og etter Seljeprogrammet for å evaluere prosjektet kvalitativt.

### **Opplever sykmeldte at individuelt tilpasset mestringsprogram (Seljeprogrammet) gjør dem mer motivert til å returnere til jobben/arbeidslivet?**

Denne problemstillingen ble kun drøftet i den kvalitative delen av evalueringen. Vi hadde ikke inkludert et spesifikt spørsmål i spørreskjemaet som direkte kunne fange opp

motivasjonsendring hos deltakerne. Inntrykket fra fokusgruppeintervjuene var imidlertid at deltakerne var motiverte for å returnere til arbeidslivet etter sykmeldingsperioden, og dette ble formidlet både før og etter intervensjonen. Deltakelse i programmet synes derfor ikke å ha ført til ytterligere økt motivasjon for arbeid. De ansatte karakteriserte jobben som viktig for egen selvfølelse fordi den gjorde at de følte seg nyttige, men også fordi den bidro til at de følte seg som en del av et fellesskap. De formidlet at de ikke følte seg komfortable i rollen som sykmeldt. Deltakerne ønsket å komme seg tilbake i arbeidslivet, men noen var usikre på om de ville/kunne gå tilbake til jobbene sine, ut i fra de plagene de hadde.

### **Opplever nærmeste leder noen effekt av at sykmeldte har gjennomført Seljeprogrammet?**

Lederne vi snakket med mottok ikke spørreskjema, derfor belyses også dette spørsmålet på grunnlag av de kvalitative analysene. De få lederne som tok del i intervjuet uttrykte usikkerhet i forhold til om de hadde observert noen endring relatert til arbeidsstatus og arbeidsuførhet hos deltakerne i Seljeprogrammet. De hadde heller ingen oppfatning av at Seljeprogrammet hadde bidratt til at dialogen mellom leder og ansatt vedrørende oppfølging av den sykmeldte hadde bedret seg på noen måte. Det er vesentlig å bemerke at svært få ledere deltok i intervjuet, og vi kan derfor ikke hevde at bredden av erfaringer og synspunkter fra de aktuelle lederne i fylkeskommunen kom fram.

### **Opplevde sykmeldte som har deltatt på Seljeprogrammet noen effekt av programmet?**

Vi kan ikke ut fra denne studien hevde at Seljeprogrammet hadde noen effekt verken på deltakernes funksjon eller mestring av helseplager. Det var en tendens til at intervensjonsgruppen var blitt mer fysisk aktiv og de rapporterte også bedret fysisk form. Det lave deltakerantallet kan ha vært en viktig årsak til at vi ikke kunne dokumentere effekt av Seljeprogrammet. Et positivt funn var imidlertid at betydelig flere i intervensjonsgruppen som rapporterte at de følte seg generelt bedre som følge av Seljeprogrammet sammenlignet med kontrollgruppen. Denne bedringen kunne ikke forklares med endring i funksjon, mestring eller helseplager som følge av intervensjonen. Vi kan ikke se bort fra at den opplevde bedringen kan forklares av forhold som vi ikke fanget opp med våre spørreskjema. Hovedinntrykket fra fokusgruppene var at deltakerne hadde hatt godt utbytte av oppholdet, og helheten i programmet i kombinasjon med det sosiale fellesskapet ble fremhevet som det viktigste for utbyttet. De mente dog at deler av programmet hadde forbedringspotensial. Blant annet nevnte de at enkeltdelene av programmet kunne vært koordinert på en bedre måte og at

treningsopplegget burde vært mer variert og tilpasset den enkeltes behov. De savnet spesifikt at behandlingsteamet hadde hatt forhåndskjennskap til den enkeltes helseplager slik at de kunne føle seg trygge på at terapien var tilrettelagt på en god måte. Slik programmet ble gjennomført opplevde deltakere at deres forventninger om individuell tilpasning ikke ble tilstrekkelig innfridd.

### **Kommer de som deltar på Seljeprogram raskere tilbake til stillingen sin enn andre sykmeldte?**

Det var heller ingen effekt av Seljeprogrammet på tilbakeføring til arbeid eller på antall sykefraværsdager i prosjektperioden. Mange var sykmeldte ved oppstart av prosjektet, og hadde også hatt sykefravær i løpet av perioden. Men ved skolestart etter prosjektslutt viste det seg imidlertid at de aller fleste, både i intervensjons- og i kontrollgruppen, var tilbake i arbeid. Dette støtter opp om synspunktet som fremkom i fokusgruppene, nemlig at de fleste var motiverte for å gå tilbake til arbeid allerede før prosjektstart og at dette ikke hadde endret seg underveis i perioden. Den kvalitative undersøkelsen tydet på at Seljeprogrammet hadde styrket deltakernes selvfølelse og tro på at de i fremtiden kunne mestre hverdagen på en bedre måte til tross for helseplagene. Deltakerne var blitt mer bevisst betydningen av å ha en god balanse mellom arbeid og fritid, og de synes at de taklet bedre å ha redusert arbeidsevne ved å kunne sette grenser for seg selv. Om dette vil bidra til redusert sykefravær var imidlertid usikkert.

### **Veien videre**

Selv om den kvantitative evalueringen viste manglende effekt av Seljeprogrammet var hovedinntrykket fra fokusgruppene at oppholdet likevel hadde lært deltakerne mye om hvordan de bedre skulle håndtere helseplagene sine, til tross for at programmet også hadde sine svakheter. En kan spekulere i om deltakerne ville hatt større utbytte dersom behandlingsteamet i tillegg hadde vært supplert med en person med helsefaglig bakgrunn som kunne bidratt til å koordinere delene i programmet på en slik måte at de i større grad ble tilpasset den enkeltes behov. Det er også mulig at en eventuell videreføring av programmet skulle hatt et bredere fokus på jobb/motivasjon for jobb og inkludert NAV Arbeidslivssenter i programmet slik det opprinnelig var planlagt. Flere av deltakerne mente i tillegg at det kunne vært nyttig å få et oppfølgingsopphold etter en tid for å friske opp igjen det de hadde lært i løpet av programmet.

## **5 Referanser**