



Masteroppgåve i helse- og sosialfag

- meistring og myndiggjering

Sjukefråver i omsorgsinstitusjonar

Studiepoeng (45)

Desember 2016

Summary:

Background:

Sickness absence causes many negative consequences both to society, the organization and the working self. Work promotes health, and because people spend many hours of the day with colleagues, these relations are a very important part of the social network. Several studies shows that lack of social support may be a risk-factor for both physical and mental health problems. Statistically, the healthcare sector has the highest sickness absence when comparing the various sectors in the country. It is therefore interesting to endeavor to find what factors in a care institution is involved in influencing sickness absence.

Objectives of the study:

The aim of this study is to describe various factors, both of individual and organizational nature, which may be a contributing cause to sickness absence. Both the physical and psychosocial work environment has been investigated, with the main focus on the psychosocial work environment.

Issues:

Which individual and institutional factors influence the sickness absence in a care institution?

Method:

The study is conducted with qualitative research interview. The data are based on interviews with ten respondents divided equally in two care institutions. They all have vocational training and are employed in a somatic department. The respondents are two head of unit, three nurses and five nursing assistants. The interview guide is designed on the basis of issues, theoretical perspectives and previous research on the topic. The data is processed and analyzed with respect to the respondents portrayal, the theoretical perspectives and previous research in the field.

Results:

The findings show that the respondents see the sickness absence at their working place as high. The factors they believe has the strongest correlation, are physical burdens, high stress levels and much use of unskilled temporary workers. It is unfortunate combinations of these factors, which appears to explain most. Positive factors are good relations between colleauges, the nature of the work which allows them to help the patients, and use of expertise. This increases the well-being to the extent that they often choose sickness presence over sickness absence. Many of the answers are consistent with both the theory and research presented in this study. Research also shows that support from the head of unit can influence the level of sickness absence. The respondents are divided in the degree of perceived support from the head of unit.

Conclusion:

The knowledge that is obtained through this study is useful in determining which factors can increase the well-being and the sickness presence, as well as looking at the risk factors that may cause increased sickness absence. There is a need for further research in the field in order to develop new tools to strengthen a good working environment which could lead to even more health-promoting workplaces.

Samandrag:

Bakgrunn:

Sjukefråver medfører mange negative konsekvensar for samfunnet, organisasjonen som blir ramma og den yrkesaktive sjølv. Arbeid er helsefremmande, og fordi ein brukar mange timar av døgnet saman med kollegaer, blir relasjonane her ein viktig del av det sosiale nettverket. Fleire studiar viser at slik manglande sosial støtte kan vere ein risikofaktor for både fysiske og mentale helseplager. Statistisk sett har helse- og omsorgssektoren høgast sjukefråveret når ein samanliknar dei ulike sektorane i landet. Det er difor interessant å freiste å finne kva faktorar i ein omsorgsinstitusjon er med på å påverke sjukefråveret.

Mål for studien:

Målet med denne studien er å skildre ulike faktorar, både av individuelle og organisatorisk art, som kan vere ei medverkande årsak til sjukefråveret. Både det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet er tema, men det psykososiale arbeidsmiljøet er mest i fokus.

Problemstilling:

Kva individuelle og institusjonelle faktorar kan auke eller redusere sjukefråver i ein omsorgsinstitusjon?

Metode:

Studien er gjennomført med kvalitative forskingsintervju. Datamaterialet bygger på intervju med ti respondentar fordelt likt på to omsorgsinstitusjonar. Alle har fagutdanning og er tilsett ved somatisk avdeling. Respondentane består av to einingsleiarar, tre sjukepleiarar og fem omsorgsarbeidarar. Intervjuguiden er utforma med utgangspunkt i problemstillinga, teoretiske perspektiv og tidlegare forskning av temaet. Datamaterialet er bearbeidd og analysert, både ut i frå respondentane sine skildringar, ut i frå dei teoretiske perspektiva, og tidlegare forskning innan feltet.

Resultat:

Funna viser at respondentane opplever at sjukefråveret hos dei er høgt. Faktorane dei meiner har sterkast samanheng her, er fysisk belastning, høgt stressnivå og mykje bruk av ufaglærte vikarar. Det er uheldige kombinasjonar av desse faktorane, som ser ut til å forklare mest. Positive faktorar er det kollegiale gode arbeidsmiljøet, arbeidets art ved at dei får hjelpe pasientane, samt bruk av kompetansen. Dette aukar trivselen i den grad at dei ofte vèl sjukenærver framfor sjukefråver. Mange av svara er i samsvar med både teori og forskning. Støtte frå næraste leiar er også ein faktor forskning viser har samanheng med graden av sjukefråver. Respondentane er delt i graden av opplevd støtte frå næraste leiar.

Konklusjon:

Kunnskapen som er utvikla i denne studien er nyttig for å greie ut om dei faktorane som er med på å auke trivselen og sjukenærveret, samt for å ta tak i dei risikofaktorane som kan gi auka sjukefråver. Det er behov for vidare forskning innan området for å kunne utvikle nye verktøy som styrkar eit godt arbeidsmiljø og som kan føre til endå meir helsefremmande arbeidsplassar.

Forord

Problemstillinga i denne oppgåva har fokus på kva faktorar som påverkar sjukefråveret i ein omsorgsinstitusjon. Hensikta med studien har vore å freiste å finne samanhengar mellom det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet, og om desse, saman med organisatoriske forhold og leiarstil, kan ha innverknad både på sjukefråveret og sjukenærveret.

Studien kunne ikkje vore gjennomført dersom ikkje personale og leiarar ved dei to institusjonane eg besøkte hadde vore viljuge til å bruke av arbeidstida si og stille til intervju. Takk til dykk alle for at de stilte opp, gav av dykk sjølve ved å reflektere over arbeidskvardagen og arbeidsmiljøet dykkar, og gav grundige svar på mine spørsmål. Eg vonar det var ei positiv oppleving også for dykk, og trur at dykkar bidrag til denne studien vil gi auka forståing av samanhengane mellom dei ulike faktorane sin påverknad av sjukefråveret og sjukenærveret.

Eg vil takke professor Kåre Heggen for god og konstruktiv veiledning, og for tålmodigheit gjennom ein lang prosess.

Eg vil også rette ein takk til familie, venner og kollegaer for støttande kommentarar og oppmuntring gjennom heile prosessen.

Volda, desember 2016

Gunn Toril Paulen

Innhald

INNLEIING	4
Bakgrunn for oppgåva	4
Om val av tema.....	8
Problemstilling:	9
TEORiar OG RAMMEFAKTORAR OM ARBEIDSMILJØ OG SJUKEFRÅVER... 10	
Talcott Parsons og funksjonalismen	10
Anthony Giddens og «strukturens dualitet»	12
Identitet, profesjonsidentitet og kollektiv identitet.....	15
Sjukafråver og sjukenærver	16
Fysisk arbeidsmiljø.....	17
Psykososialt arbeidsmiljø	19
Motivasjonsfaktorar.....	21
Leiaren sin påverknadskraft.....	22
Organisatoriske faktorar	23
Omorganisering.....	23
Skift- og turnusarbeid.....	24
Rammer, rettigheter og plikter	25
IA-avtalen	25
Oppsummering	26
Forskingsspørsmål	27
KVA SEIER FORSKINGA?	28
Statistiske samanlikningar	28
Fysisk arbeidsmiljø.....	28
Jobben som helsearena	30
Psykososialt arbeidsmiljø	30
Mekanisar i arbeidsmiljøet – betydninga av leiarstil og organisatoriske forhold	38
Beviste leiarar	38

Kompetansebehov og bemanningsplanlegging	39
Har IA-avtalen effekt?	39
Oppsummering	40
METODEDEL.....	41
Metodologiske perspektiv.....	41
Utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervju	42
Kvalitativ metode	44
For-forståing	44
Utval og validitet	46
Respondentar	47
Breidde	47
Repetisjon og overførbarheit	48
Kriterier for utvalet.....	49
Etiske refleksjonar	50
PRESENTASJON AV FUNN	53
Daglege arbeidsoppgåver	54
Fysisk arbeidsmiljø.....	55
Psykososialt arbeidsmiljø	57
Arbeidsglede og trivsel	58
Balanse mellom krav og kontroll.....	60
Arbeidstempo	62
Kompetanse.....	64
Støtte og tilhøyrse	65
Emosjonelle uttrykk.....	68
Sjukefråver.....	70
Sjukenærver	72
Verknaden av leiarskap og organisatoriske forhold	74
Kjenneteikn på ulike typar leiarskap	74
Omorganisering	77
Har IA-avtalen hatt effekt?	80

Beste tiltaket for å betre arbeidsmiljøet og få ned sjukefråveret	80
Respondentane sine eigne innspel	81
DRØFTING	86
Sjukefråver eller sjukenærver? Ytre eller indre faktorar?	87
Fysisk arbeidsmiljø.....	89
Motivasjon og meistring	91
Kompetanse	94
Leiarstil.....	96
Sjukenærver.....	97
Emosjonelle uttrykk.....	98
Omorganisering	99
Skift- og turnusarbeid	99
Effekt av IA-avtalen?.....	100
Respondentane sine eigne tankar.....	100
Kva har størst verknad – enkelte faktorar eller summen av enkeltfaktorane?.....	101
AVSLUTNING	102
Hovudfunn	102
Konklusjon.....	105
Faktorane si grad av påverknad på sjukenærveret og sjukefråveret.....	106
Avgrensingar i denne studien	106
Vidare forskning	106
LITTERATURLISTE.....	108
Bøker:	108
Artikkel i redigert bok:	108
Elektroniske ressursar:.....	109
Vedlegg:.....	113

INNLEIING

Bakgrunn for oppgåva

Det høge sjukefråveret i Norge kostar samfunnet dyrt, og har mange negative konsekvensar både for arbeidsplassane og arbeidstakarane. Dette gir grunn til forskning for å finne årsakssamanhengar og dermed tiltak som kan betre forholda. Årsakene til sjukefråver kan vere samansett av mange ulike forhold, og temaet har vore studert både i forhold til kjønn, utdanningsnivå, yrke og sosiale forhold, for å nemne nokre. Media kan kanskje også påverke, til dømes når såkalla ekspertar uttalar seg. Eit døme er ein reportasje av Bugge og Mortensen med overskrifta: «Ekspertene slår tilbake: Nordmenn er ikke latsabber på jobben» (Bugge & Mortensen, 2016). Truleg ynskjer dei fleste arbeidsaktive i befolkninga å framstå med høg arbeidsmoral og ynskje å vere ein av desse. Dette kan føre til at arbeidsmoralen faktisk stig. Og vice versa; folk kan bli mindre interessert i å stå på dersom det i media blir uttrykt at dei norske arbeidstakarane er «late og uansvarlege».

Sett i samanheng med den kraftige auken i allment velferdsnivå i Norge skulle ein tru at dei gode levekåra gav betre helse i befolkninga. Tal på arbeidstimar har blitt færre og dermed har fritida auka, samtidig som dei fleste har fått stadig betre privatøkonomi. Ein skulle då tru at effekten av desse godene ville vere at helsa betra seg og dermed at nivået ved sjukefråveret endra seg proporsjonalt med betring av levestandard. Meir fritid til fysisk aktivitet og større økonomisk fridom gir muligheit mellom anna til eit betre og sunnare kosthald. Livsstilen har innverknad på helsa og skulle difor også ha innverknad på arbeidskapasiteten. På den andre sida kan ein også tenkje seg at kombinasjonen av meir fritid og større økonomisk fridom gir auka ønskje om å gjere andre ting enn å gå på arbeid. Kanskje har vi blitt så rike i dette landet at det går utover arbeidsmoralen og fellesskapet?

Sjukefråver kan vere ein konsekvens av mange ulike forhold og ikkje berre av sjukdom eller skade. Samfunnsmessige, sosiale og individuelle forhold kan alle ha innverknad på sjukefråveret. Dei siste tiåra har det stadig blitt fleire kvinner i arbeid, og statistikk viser at sjukefråveret er høgast blant kvinner. Trygdesystemet i samfunnet gjer også at den enkelte arbeidstakar ikkje taper økonomisk på sjukefråveret det første året, og dette kan vere med på å gjere det meir fristande å «ta ein sjukedag». Den norske arbeidsmoralen blir stadig diskutert i media, både her i landet og i våre naboland, og dette kan vere med på å påverke verdiane og haldningane i samfunnet.

Sosial posisjon kan også ha ein samanheng med graden av sjukefråver og uførheit i form av å vere knytt til ressursar, makt og prestisje. Blant anna har utdanningslengd innverknad på

yrkesval, og høg utdanning kan i stor grad føre til prestisjefylte jobbar med høg lønn. I ein NOU om Arbeid for helse viser Helse og omsorgsdepartementet (2010, s. 90 og 91) til at helse varierer med utdanning, inntekt og yrke og det går fram av sjukefråversstatistikken i helse- og omsorgssektoren at grupper med høgast utdanning har lågast sjukefråver. Vidare viser rapporten at sjukefråveret i helse- og omsorgssektoren er lågast for t.d. legar og psykologar, medan det for sjukepleiarar og helse- og omsorgsarbeidarar blir skildra som høgt, med 9 og 10 prosent for desse. Dette gjeld både for menn og kvinner, men forskjellen er sterkare for menn (Helse og omsorgsdepartementet, 2010, s. 42). Kjønn har altså også innverknad på helsa. Yrkesaktive med kortare utdanningslengd oftare får jobbar med større belastningar, noko som igjen i stor grad gir auka risiko for helseplager og sjukdom. Belastningane kan vere av ulik art, ifrå fysisk tungt arbeid til også å omfatte psykiske belastningar. I helsesektoren finn ein alle desse faktorane, der mange av arbeidstakarane er ufaglærte eller har kortare utdanningslengd. Dette er eit kvinnedominert yrkesfelt, der dei fleste jobbar med menneske i ulike situasjonar og fasar i livet. Pleiarane er ofte dei som følgjer både pasient og pårørande gjennom ulike prosessar, og som skal opptre profesjonelt i dei ulike situasjonane. I eine augneblinken kan det vere ein pasient som treng hjelp til å trene seg opp att etter ein operasjon og i neste kan det vere pårørande som treng tryggleik og trøst i samband med ein døyande far eller mor. Både den fysiske arbeidstygda og den mentale delen av å skulle gi av seg sjølv i stadig skiftande kontekstar og situasjonar kan over tid opplevast som belastande. Det er ofte mykje sorg i biletet, både hos pasienten sjølv, hos pårørande, og det kan ein også som hjelpar oppleve. På den andre side kan det likevel gi meining å få lov til å gi av seg sjølv når nokon treng hjelp. Ein kan føle seg heldig som har ein unik sjanse til å kunne gi eit positivt innslag i ein elles tung kvardag for pasienten. Det kan vere utfordrande å finne balansegangen mellom profesjonaliteten ein skal utøve i samhandling med pasient og pårørande, og samstundes skjule eiga sinnsstemning som frustrasjon, sorg, sinne, irritasjon, osv.

I ein studie utført av Batt-Rawden og Tellnes (2013) viser det seg at kvinners helse i større grad enn menn også er påverka av private forhold, slike som problematiske livshendingar i tillegg til omsorgsansvar. Menn si helse blir meir påverka av forhold på arbeidsplassen (Batt-Rawden & Tellnes, 2013). Denne studien viser altså at individuelle faktorar kan gi stor variasjon knytt til individets sårbarheit overfor sjukefråver. Faktorar som for enkelte fører til sjukefråver treng ikkje ha same verknad for andre. Oftast er det summen av fleire faktorar som fører til sjukefråver. Både organisatoriske forhold og fysisk og psykososialt arbeidsmiljø

er forhold det kan vere muleg for arbeidsgjevar og arbeidstakar å påverke. Den private livssituasjonen kan ha innverknad på arbeidskapasiteten, men dette kan det vere vanskeleg for arbeidsgjevar å gjere så mykje med, som t.d. arbeidsmengde og –press i heimen, uro og stress i forhold til privat økonomi og liknande. Slike indirekte årsaker kan verte utslagsgjevande med tanke på fare for sjukefråver dersom negative forhold på arbeidsplassen kjem i tillegg.

Ein kan skilje mellom helsereelaterte arbeidsproblem og arbeidsrelaterte helseproblem. Det første omgrepet, helsereelaterte arbeidsproblem, inneber at ein i utgangspunktet har ein gitt sjukdom eller helseplage som gjer det vanskeleg, eller kanskje uråd å utføre jobben. Det andre omgrepet, arbeidsrelaterte helseproblem, inneber at arbeidsoppgåvene og arbeidsforholda fører til sjukdom. Det kan t.d. vere fysisk tungt arbeid, skift- og turnusarbeid, omorganiseringar, dårleg leiing, dårleg psykososialt arbeidsmiljø osv. Her er det mykje forskning å vise til, mellom anna Aagestad, Johannessen, Tynes, Gravseth og Sterud (2014) sin studie, der rollekonflikt, emosjonelle krav og støtte frå leiar viser seg å ha innverknad på graden av sjukefråver (Aagestad et al., 2014, s. 793).

I følgje statistikk frå nav er muskel- og skjelettplager største årsaka til sjukefråveret i Norge, tett etterfølgt av psykiske lidingar (nav, 2015, a). Mykje av forskingslitteraturen har fokus på årsakssamanhengar mellom arbeidsforhold og sjukefråver. Sjukefråveret vil ofte vere avhengig av kva type jobb ein har og kva slags arbeidsoppgåver ein utfører. Fysisk tungt arbeid for ein med svak og/eller vond rygg gir naturleg nok auka fare for muskel- og skjelettplager. Dette er skader, sjukdomar og plager som kan ha forholdsvis klar og tydeleg årsakssamanheng med arbeidet ein utfører. I det høge sjukefråveret innan denne gruppa kan det også ligge andre årsaker som er meir skjult. I følgje Aagestad et al. (2011) bekreftar dei at bevegelisar med løft og framoverbøygde stilling samtidig med rotasjon, samt framoverbøygde stillingar utan støtte, aukar risikoen for sjukefråver. Dette gjeld også ved eit dårleg psykososialt arbeidsmiljø, der mellom anna faktorar som låg jobbtillfredsheit og låg grad av sosial støtte også kan gi fysiske plager som t.d. ryggmerter (Aagestad et al., 2011, s. 180).

Tidlegare forskning har fokusert mykje på tiltak for å få ned sjukefråveret og forholdet mellom fysisk arbeidsbelastning og sjukdom. Denne type forskning har ført til eit sterkt engasjement med tanke på å utvikle tiltak og hjelpemiddel for å lette dei fysiske belastningane på arbeidsplassane. I tillegg har fokuset også vore på det psykososiale arbeidsmiljøet, kva faktorar og i kva grad desse faktorane har innverknad på sjukefråveret. Og vidare også i kva grad sjukefråveret kan påverke det psykososiale arbeidsmiljøet i form av at det fører til færre fast tilsette på jobb, mykje bruk av vikarar, svakare grad av kompetanse og høg grad av

turnover. Dette kan igjen gi negative ringverknader både for pasientane, som i verste fall ikkje får den hjelpa dei treng, og for kollegaene, som får meir arbeidspress og ansvar. I motsett fall skulle ein tru at ein ved lågt sjukefråver ville få motsett verknad, at både pasientar og kollegaer opplevde tryggleik og meistring. I ein studie der forskaren såg på samanhengen mellom forventa sjukefråver og bemanningsplanlegging i sjukeheim og heimesjukepleie, blei det konkludert med at personalet også ved høgt sjukefråver generelt opplevde god kvalitet på tenestene samt trivsel på arbeidsplassen. Samstundes gav respondentane noko meir negative svar då spørsmåla blei meir konkret, og gav då uttrykk for at dei opplevde høgt tidspress, og at omsorgsbehov for pasientane, som mellom anna ernæring og hygiene, ikkje blei godt nok ivaretatt (Gautun & Bratt, 2014).

Ut i frå dei gode økonomiske ordningane ein har i samband med sjukefråver, kan det vere grunn til å stille spørsmål om kvifor folk med dårleg helse vèl å gå på arbeid når ein likevel har same løna sjølv om ein held seg heime. Tidlegare forskning har lenge hatt fokus på uhelse og sjukefråver, medan det dei siste åra også har blitt fokusert meir på forhold mellom arbeidskvalitet og god helse og kva som gjer at folk går på arbeid. Det å ha eit arbeid å gå til, i eit sunt sosialt miljø, kan vise seg å vere betre terapi enn langtidssjukefråver. Forskarane Caverley, Cunningham og MacGregor fann i ei undersøking i 2007 at arbeidstakarane hadde fleire dagar på jobb som sjuke og/eller skada samanlikna med antal dagar med sjukefråver (Saksvik & Finne, 2009, s. 351). I denne samanheng viser også ein studie av Aronsson og Lindh at 42 % av dei som opplever støtte frå leiar er klassifisert i kategorien «langtidsfrisk». Også faktorar som «nok ressursar til å gjere ein god jobb» og «fornøgd med kvaliteten på det ein gjer» verkar inn på graden av langtidsfrisk. Individuelle faktorar som har innverknad er mellom anna «arbeidsbelastning på heimebane» (Aronsson & Lindh, 2004, s. 13).

Det største tiltaket som har vore gjort på nasjonalt plan i denne samanheng er IA-avtalen (Inkluderande Arbeidsliv) som blei underteikna første gong i 2001. Målet med denne intensjonsavtalen er først og fremst «...å gi plass til alle som kan og vil arbeide.», men også å få ned sjukefråveret, å få yrkesaktive over 50 år til å stå lenger i arbeid, og auke rekruttering av personar med nedsett funksjonsevne. Avtalen skal også vere eit verkemiddel for å betre kommunikasjonen mellom arbeidsgjevar og den tilsette, og tilrettelegging for å få den sjuke raskare tilbake i arbeid (nav, 2015, a). Eit av delmåla i avtalen er å få ned sjukefråveret med 20 % i forhold til nivået i 1. kvartal 2001. I følge Statistisk sentralbyrå har sjukefråveret gått ned med 10,2 % sidan då (Statistisk Sentralbyrå, 2014, a). Den siste IA-avtalen blei underskriven den 04. mars 2014 og gjeld frå denne dato til 31. desember 2018.

Om val av tema

Helse- og omsorgssektoren består for det mest av kvinnelege tilsette, og statistikk frå Statistisk Sentralbyrå (2014) viser at sjukefråveret er høgast både blant kvinner når ein samanliknar kjønn, og i helsesektoren når ein samanliknar ulike yrkesgrupper (Statistisk Sentralbyrå, 2014, a). Temaet sjukefråver er altså generelt svært aktuelt, men spesielt innanfor denne sektoren. Som sjukepleiar i ei somatisk sjukeheimsavdeling opplever eg eit tungt fysisk arbeid i tillegg til mange utfordringar ved den mentale delen av arbeidet. Eg tenkjer då på det å vere profesjonell i møte med pasientar og pårørande i ulike situasjonar, og å vere ein del av eit psykososialt arbeidsmiljø som også kan medføre ulike utfordringar. Eg har også tidlegare vore leiar på ei avdeling der eg mellom anna har hatt personalansvar. Med denne bakgrunnen har eg erfaring frå «begge sider». Krysspreset som sjukepleiarane står i med tanke på krav og forventningar frå leiinga, rammevilkår og pressa ressursar, og krav og forventningar i samband med pasientane sine behov og ønskje. På leiarnivå har ein krysspreset mellom økonomikrav og ressursmangel, i tillegg til krav og forventningar frå personale, pasientar og pårørande.

I oppgåva mi vil eg sjå på kva faktorar som gir utslag på det fysiske arbeidsmiljøet, kva faktorar som påverkar det psykososiale arbeidsmiljøet, og korleis desse faktorane kan påverke kvarandre gjensidig. I ei somatisk sjukeheimsavdeling har mange av pasientane mista mykje av eigne ressursar og treng hjelp til å få stetta basale behov som t.d. personleg hygiene, påkledning, toalettbesøk og ernæring. Trass i gode hjelpemiddel er mange av desse arbeidsoppgåvene fysisk belastande i form av tunge løft, arbeid i bøygde og vridde stillingar, og statiske stillingar. I tillegg kan eit dårleg psykososialt arbeidsmiljø føre til stive og vonde nakkar og skuldre, og såleis også kome til uttrykk i fysiske plager. Desse grunnane viser at summen av dei ulike arbeidsoppgåvene kan gjere at ei somatisk avdeling er meir fysisk belastande enn andre type avdelingar. I mi undersøking vil eg sjå på faktorar i forhold til fysiske belastningar i samanheng med det psykososiale miljøet.

Eg ynskjer også å sjå på temaet sjukefråver frå motsett vinkling og freiste å finne ut kva faktorar som gjer at arbeidstakarane vel å gå på arbeid sjølv om dei ikkje er i form, altså kvar årsaker gjer at dei vel sjukenærver. Kva slags indre og ytre motivasjon er med på å styre avgjersla om å gå på arbeid når ein eigentleg ikkje føler seg heilt i form og lett kan forsvare å vere heime?

Utifrå min yrkesbakgrunn ynskjer eg å konsentrere meg om helse- og omsorgssektoren, nærare bestemt sjukeheimsavdelingar. Eg ynskjer å samanlikne somatiske avdelingar på to

ulike sjukeheimar i to ulike kommunar. Her vil eg intervjuje ulike arbeidstakarar, og også mellomleiarar på dei same avdelingane.

Problemstilling:

Kva individuelle og institusjonelle faktorar kan auke eller redusere sjukefråver i ein omsorgsinstitusjon?

TEORAR OG RAMMEFAKTORAR OM ARBEIDSMILJØ OG SJUKEFRÅVER

Sjukefråver er eit samansett fenomen der mange faktorar spelar inn. Eg vil belyse ulike teoriar kring nokre av de ulike faktorane. Omgrepet sjukefråver inneber at ein i utgangspunktet er yrkesaktiv, og at det er helsemessige årsaker til at ein ikkje er i stand til å vere i arbeid.

Faktorar som påverkar sjukefråveret kan som nemnt vere relatert både til arbeidsplassen og til privatlivet. Eg tek for meg teoriar om faktorar på arbeidsplassen som kan ha innverknad på både arbeidsmiljø, sjukefråver og sjukenærver i ein omsorgsinstitusjon.

Det psykososiale arbeidsmiljøet er eit samansett fenomen og blir påverka av mange ulike faktorar. Utfordringa kan vere å få desse faktorane til å spele saman for å utvikle eit harmonisk og sunt miljø. Strukturen i arbeidsmiljøet blir forma av dei ulike aktørane, som handlar ut i frå verdiar, normer, rammer og restriksjonar. Aktøren og faktorane i det sosiale miljøet verkar inn på, og formar, kvarandre.

Rammefaktorane og den type drift som er typisk ved ein omsorgsinstitusjon gir ein del vilkår som alle involverte ved institusjonen, slik som leing, personale og pasientar, må forholde seg til. Eg tenkjer då blant anna på turnusarbeid, som er typisk for denne type institusjon. Slike institusjonar har også ofte mange rutinar for å kvalitetssikre arbeidet som blir gjort, og tilbodet som blir gitt. Eg vil ta for meg blant anna det fysiske arbeidsmiljøet fordi dette er svært aktuelt på grunn av dei store fysiske belastningane som ein til stadigheit høyrer om i dette yrket. Trass i tilgang til mange gode hjelpemiddel, vil denne type arbeid likevel føre til store belastningar på armar, rygg, skuldre og nakke. Det psykososiale arbeidsmiljøet har også mange interessante faktorar. Her er identitet eit stikkord, med profesjonsidentitet og gruppeidentitet som bakgrunn for oppleving av tilhøyrslø. I denne kategorien ligg også mellom anna leing som ein viktig faktor. Til slutt vil eg ta for meg kva rammefaktorar som har innverknad på arbeidsmiljøet og dermed også på sjukefråveret.

Talcott Parsons og funksjonalismen

Talcott Parsons sin sosiologiske teori har sitt opphav i funksjonalismen og har tre hovudtrekk. Det første er holismen der den samfunnsmessige heilskapen står i sentrum. Denne heilskapen blir danna ut i frå relasjonane dei ulike delane har til den. Teorien forklarar samfunnsmedlemmane sine handlingar på grunnlag av deira posisjon i samfunnet, altså ut i frå kva som er forventa av dei på bakgrunn av deira posisjon og stilling, som til dømes forventningar pasienten har til sjukepleiaren, på grunn av sin profesjon og rolle.

Det andre hovudtrekket i Parsons teori er ei forlenging av dette, det han kallar funksjonsomgrepet. Dette omgrepet tek for seg kva innverknad og funksjon dei ulike delane i samfunnet har for heilskapen, altså kva oppgåver dei ulike institusjonane tek i vare for samfunnet. T.d. tek familien seg av omsorg og oppdrag av borna, økonomien syter for produksjon og distribusjon av varer og tenester osv.

Det tredje hovudtrekket i funksjonalismen er sosial integrasjon. Her freistar han å få fram kva for mekanismer som fører til sosial integrasjon og reproduksjon, og dermed at dei fleste samfunn er harmoniske og stabile. Parsons freistar å samle positivismen og idealismen og sjå på aktør/struktur-problemet, der mennesket på eine sida er fullstendig styrt av ytre faktorar, og det motsette, at mennesket er ein fritt veljande og sjølvstendig aktør.

Funksjonalismen har altså det «sosiale systemet» som grunnlag, og freistar å finne ut kva for oppgåver dei ulike delane har og kva mekanismar som fungerer, for til saman å oppnå og ivareta eit harmonisk og stabilt samfunn (Aakvaag, 2010, s. 41 og 42).

Parsons' neste utvikling av den sosiale teorien blir kalla det generelle handlingssystemet som han utvikla for å vise korleis aktør og struktur er kopla saman i samfunnet. Systemet består av desse fire subsystema: kultur, institusjon, person og åtferdsorganisme. Kulturen består av samfunnets overordna verdiar, symbol og meiningsmønster og det er herifrå aktøren hentar sine mål å jobbe mot. Med «institusjon» meiner han dei ulike rollene, normene og sanksjonane som regulerer samhandlinga i samfunnet, altså dei ulike midla som blir brukt for å styre handlingane. Med systemet «person» siktar Parsons til aktørens eigen identitet og «sjølv», altså at det er ein konkret person med sin eigen livshistorie og livsprosjekt som utfører handlingane. Og til slutt, det siste systemet, «åtferdsorganisme», som står for aktørens kropp og som er «det biologiske substrat for alt samfunnsliv» (Aakvaag, 2010, s. 45). Med tanke på å binde saman aktør og struktur ser Parsons for seg ei rekkje samanbindingar mellom dei ulike grunntrekka slik; Struktura regulerer aktøren gjennom institusjonalisering i form av rolleforventningar og internalisering ved at aktøren gjer samfunnet og kulturen sine basisverdiar om til sine egne. I følgje Aakvaag uttrykkjer Parsons at det er kulturen sine verdiar som er menneskets vegvisar og som gir mennesket sin eigenart, fridom og verdigheit, og som skil det frå ein reint biologisk-organisk og dyrisk organisme. For å vise korleis dette handlingssystemet skal overleve over tid, stiller Parsons spørsmål ved kva som ville skje dersom eit av subsystema svikta eller var fråverande. Dersom kulturen ikkje leverte verdiar og mening, og dersom institusjonane ikkje sikra regulering og sanksjoner av normer og samhandling, ville det oppstå forvirring, mangel på retning og meningstap, og samfunnslivet

ville miste retning, innhald og meining og det ville oppstå uløyslege konflikter. Dersom det hos personane i samfunnet oppsto identitetskollaps og sinnslidingar, ville desse ikkje vere i stand til å velje og realisere kulturelt betinga handlingsmål på ein institusjonelt akseptabel måte. Og til slutt, dersom personens organisme svikta, t.d. pga alvorleg sjukdom, seier det seg sjølv at det ville vere umuleg å gjennomføre noko form for handling (Aakvaag, 2010, s. 50).

Dette viser at dei ulike subsystema er avhengig av kvarandre sin funksjon. I perspektivet av eit arbeidsmiljø kan ein ut i frå dette sjå kor viktig det er at samfunnet har overordna verdiar og meiningar som aktørane freistar å leve etter. Også institusjonane sine normer og sanksjonar er viktige for å kunne oppretthalde eit stabilt og harmonisk arbeidsmiljø, og her er også kvar enkelt aktør sin oppførsel viktig. Å vere bevisst eigen identitet og profesjonsidentitet, samt å føle seg integrert, er viktig for å kunne føle seg trygg i eigen arbeidssituasjon. Vidare må også aktøren sin organisme fungere i tråd med dei ulike arbeidsoppgåvene som skal utførast, og dette er kanskje den mest grunnleggande faktoren for at dei andre systema skal kunne fungere.

Kritikken mot Parsons sin teori går blant anna på at han fokuserer for mykje på ordensproblemet, og at han løysar dette ved å hevde at aktøren blir styrt og kontrollert av strukturane i samfunnet, slik som internalisering av kulturelle verdiar og samfunnets rolleforventningar til aktørens handlingar. Teorien skulle binde saman både makro- og mikronivå, men Parsons fokuserer mest på det institusjonelle subsystemet og dermed blir personen og åtferdsorganismen prioritert bort. I følgje Parsons veljer aktøren sine handlingar ut i frå verdiar som er internalisert frå institusjonane og dermed etterlever dei sosiale forventningane. Ein kan då stille spørsmål ved kor fri aktøren er til å handle ut i frå egne verdiar eller interesser, utan å frykte sanksjonar frå samfunnets sentrale institusjonar (Aakvaag, 2010).

Anthony Giddens og «strukturens dualitet»

Anthony Giddens' strukturasjonsteori tek også føre seg aktør-/strukturproblematikken og det at det eksisterer eit motsetningsforhold mellom desse. Kjerna i Giddens sin teori blir kalla «strukturens dualitet» som påstår at «aktørens kreativitet, frihet og handlingskompetanse ikke er et resultat av frihet fra sosiale strukturer, men tvert imot avhenger av at de trekker på overindividuelle sosiale strukturer som fungerer som mulighetsbetingelser for deres handlinger» (Aakvaag, 2008, s. 130). Frå den subjektive sida blir aktøren betrakta som eit fritt, meningsfullt, sjølvstendig og kreativt handlande subjekt og som på bakgrunn av dette formar og konstruerer det sosiale samfunnet. På den andre sida, hevdar Giddens, tek objektivismen utgangspunkt i den sosiale strukturen, og meiner at det er denne som styrer

aktørens handlingar. Det er ei *gjensidig avhengigheit* mellom desse i form av at den sosiale strukturen eksisterer berre ved å bli brukt og produsert av handlande aktørar med handlingskompetanse om kva dei skal gjere, kvifor ein gjer det og med eit *livsprosjekt* som underliggende motivasjonsfaktor. Strukturen styrer altså aktørens handlingar ved overordna reglar og ressursar den handlande aktør brukar. Vidare ser Giddens på sosiale strukturer som ein muliggjerande funksjon, med sine etablerte normer og reglar. Aktøren vil, som eit kompetent handlande subjekt, forstå desse formelle og uformelle normer, reglar og føringar, og blir dermed i stand til å delta i det sosiale samfunnslivet, og kan utfolde seg fritt og kreativt innanfor desse. På den andre sida er faren at alle desse føringane kan bli eit hinder for fri utfolding, fordi aktøren må halde seg innanfor desse for å bli akseptert av dei andre samhandlande aktørane. Giddens seier også, i følge Aakvaag (2010), at strukturen blir oppretthalden og utvikla ved aktørens handlingar. Det er ikkje berre aktøren som må tilpasse seg strukturens reglar og normer, men desse blir også forma etter aktøren sine behov for utvikling og endring. Dermed har aktøren også makt til å endre og tilpasse strukturen.

Giddens skil mellom *sosiale strukturar*, som er forklart ovanfor, og *sosiale system*. Dette skildrar Giddens som stabile og vedvarande samhandlingsmønstre, eit resultat av aktørens handlingar ut i frå den eksisterande strukturen, og som igjen dannar regelmessige og standardiserte sosiale system. Giddens kallar desse for *sosiale institusjonar* når dei strekker seg ut over tid og rom. Om slike institusjonar seier Giddens:

For selv om institusjoner ofte kan erfares av den enkelte som massive, ytre og tvingende, har de ingen annen måte å bli produsert og produsert på enn gjennom kompetente aktørers handlinger. Det er bare ved at kreative og selvstendige aktører gjør bruk av de regler og ressurser som gir institusjonene deres strukturelle egenskaper, at de samme institusjonene reproduseres.

(Aakvaag, 2010, s.141).

Det som manglar i Giddens' strukturasjonsteori er diskusjonen om avgrensingane denne teorien gir i samfunnslivet, og kva ulikskap og makt kan bety i ein samfunnsontologi. Teorien seier mykje om kva mulegheiter dei sosiale strukturane gir for aktøren, men seier lite om avgrensingane. Den seier også mykje om aktørens makt i form av å ha tilgjengelege mulegheiter. Men makt gir også ulikskap, og makt over nokon gir mindre makt, eller i verste fall mangel på makt, hos andre. Dette gjeld også tilgang til ressursar, som også er ein form for makt. Der nokon har tilgang, har andre mindre, eller mangel på, tilgang til ressursar (Aakvaag, 2010).

I ein arbeidsmiljøsamanheng er der alltid reglar og rammevilkår. Desse kan fungere som ei trygghet der aktøren kjenner rammene, og dermed kan utfolde seg kreativt innanfor.

Samstundes blir også desse rammene og strukturen oppretthalde dersom aktøren ikkje utfordrar dei. I staden for å føle seg fri innanfor kjende og trygge rammer, kan dei i staden bli oppfatta som tronge og eit hinder for utfolding og kreativitet. Slike strukturar og system blir som nemnt oppretthalde ved at reglane og rammene blir tatt omsyn til og brukt. I følge Giddens sin teori er det likevel muleg å endre og danne nye strukturar ut i frå aktørane sine behov og gjennom deira handlingar.

Det har i mange år vore freista å endre og betre tilhøva for både pasientar og pleiarar i omsorgsinstitusjonar. Å endre strukturane kan vere utfordrande sidan dette er sosiale system som setter seg i miljøet over fleire år. Mine respondentar snakkar om både omorganiseringar og endring av rammevilkår, men likevel vil dei grunnleggande føresetnadane på ein slik arbeidsplass fortsatt vere der. Pasientane treng fortsatt hjelp til å få stetta sine grunnleggande behov. Trass i utvikling av både teknikkar, fysiske hjelpemiddel og metodar for å betre arbeidsmiljøet, er det fortsatt mange utfordringar, noko som det høge sjukefråveret viser.

Parsons sitt perspektiv tek utgangspunkt i eit stabilt og harmonisk samfunn, der aktøren blir integrert i samfunnet sine overordna verdiar og normer, og styrer sine handlingsval ut i frå desse. Saman med regulering av sanksjonar og normer, gir heilskapen retning og meining til aktørane, som dermed er med på å skape eit trygt og stabilt samfunn. Aktøren har fortsatt handlingsval, men innanfor gitte normer, rammer og vilkår.

I Giddens sin teori meiner ein at aktør og struktur er gjensidig avhengig av kvarandre. På den eine sida formar og reproduserer aktøren det sosiale samfunnet ut i frå eigne, frie, sjølvstendige og kreative val. På den andre sida eksisterer den sosiale strukturen fordi aktøren, ut i frå sin sjølvstendigheit og kreativitet, brukar strukturens etablerte normer og reglar i sine handlingsval.

Frå Parsons sitt perspektiv tek aktørane, som i arbeidsmiljøsamanheng kan bety kvar enkelt i ei personalgruppe, til seg dei overordna verdiane og gjer dei til sine eigne. I min studie vil eg sjå på korleis strukturen i organisasjonen og på avdelinga verkar inn på arbeidsmiljøet, til dømes i kva grad respondentane kan styre arbeidsdagen sjølv, eller om dette stort sett er styrt frå institusjonens rammer og miljøet sine normer. Eg er nyfiken på korleis respondentane opplever forventningane til dei i form av deira profesjon og rolle. Blir dei for mykje styrt av ytre rammer og overordna verdiar, eller kan dette gi ei oppleving av trygghet og dermed eit

kreativt spelerom der ein mellom anna får utvikle kompetanse og erfaring? Ut ifrå Giddens sitt perspektiv er det aktøren som formar det sosiale samfunnet på bakgrunn av å vere eit fritt, sjølvstendig og kreativt handlande individ, samtidig som at samfunnet består, og utviklar seg, ved at aktøren brukar og reproduserer dei opparbeidde strukturane og systema. I eit arbeidsmiljø dannar det seg ein kultur, og det kan vere interessant å sjå denne kulturen frå dei ulike perspektiva. Kva er det som påverkar til dømes valet om sjukenærver framfor sjukefråver? I eit arbeidsmiljø med innarbeidd høg arbeidsmoral, kan det frå Parsons sitt perspektiv vere normene både i samfunnet og i arbeidsmiljøet sin kultur som ubevisst styrer valet om sjukefråver eller sjukenærver. På den andre sida kan det frå Giddens sitt perspektiv vere aktøren si sjølvstende som avgjer valet om ein skal tillate seg å vere heime på grunn av sjukdom.

Identitet, profesjonsidentitet og kollektiv identitet

Det psykososiale miljøet i ei arbeidsgruppe blir forma ut ifrå dei ulike personlegheitene og identitetane som er deltakande. Endring i personalgruppa vil gi meir eller mindre utslag i arbeidsmiljøet. I følgje Heggen er det medlemmane sjølve som identifiserer si eiga gruppe, såkalla gruppeidentitet. Det underliggende i ein gruppeidentitet er ein kollektiv indre definisjon, der det ofte handlar meir om felles symbol enn felles handling (Heggen, 2010, s. 323).

Unge som for første gong skal ut i arbeid kjem ofte frå trygge rammer i heim og skule og skal no ta til å danne sitt eige liv og sin eigen identitet, både som person og som arbeidstakar. For desse vil arbeidsplassen og arbeidsmiljøet bety mykje. Profesjonsidentiteten tek si form her og krav som profesjonen stiller skal koplast med eigen personlegdom (Heggen, 2010).

Uansett tidlegare arbeidserfaring eller ikkje, vil ein i eit arbeidsforhold bli ein del av arbeidsmiljøet der ein meir eller mindre blir forma etter arbeidsplassen sine skrivne og uskrivne reglar og verdiar. Den tilsette må då forsøke å kople eigen identitet, egne verdiar og meiningar saman med arbeidsplassens verdiar og arbeidsmiljøet ein er ein del av. I ei slik tilknytingsfase har kvar enkelt individuelle behov for å føle tilhøyrslse. Mange har eit stort behov for å bli inkludert, og desse kan det vere lett for arbeidsplassen å «forme» etter dei retningslinjer og behov som er satt her. Å identifisere seg med ei kollegial gruppe gir føling av tilhøyrslse og at ein er ein del av eit sosialt nettverk. I eit sunt, sosialt arbeidsmiljø kan dette vere med på å oppretthalde god helse hos arbeidstakarane (Aagestad et al., 2011, s. 94).

På den andre sida kan ein oppleve at arbeidstakaren har ei haldning og ei åtferd som er i konflikt med arbeidsplassen sine overordna verdiar og som i tillegg kan vere av helseskadeleg

art. I slike tilfelle kan det vere nødvendig med korrektiv for å ivareta at arbeidsplassen sine retningslinjer vert følgt, samt å ivareta eit godt arbeidsmiljø. Slike korrektiv kan også virke som ein vegvisar i livet og dermed vere med på å oppretthalde god helse. Slike overordna verdiar og felles retningslinjer gir ein struktur i arbeidsmiljøet og kan gi ei oppleving av å høre til i eit fellesskap. Dette kan også gi deltakaren ein form for identitet i profesjonell samanheng, som ein kollektiv identitet og som også kan ha positiv innverknad på eige privatliv. Forhold både på arbeidsplassen og i privatlivet verkar inn på aktøren sin organisme og psyke. Dermed kan opplevingar og forhold både i privatlivet og i arbeidslivet ha noko å seie for helsa og graden av sjukdom.

Fleire studiar viser at oppleving av tilhøyrsløse er ein viktig motivasjonsfaktorar. Ikkje berre er det positivt for den tilsette si helse, men det kan også gagne organisasjonen. Dei fleste psykologisk orienterte teoriane om motivasjonsfaktorar seier at incentiv som har individet som målsetting, t.d. økonomisk vinst som incentiv, kan gi negativ effekt fordi det kan få den tilsette i mindre grad til å sjå seg sjølv som ein del av organisasjonen (Mastekaasa, 2010).

I følgje Aagestad et al. (2011) har oppleving av tilhøyrsløse også direkte innverknad på å nå organisasjonens mål. Tilhøyrsløse til arbeidsplassen blir definert slik:

Tilhøyrsløse til arbeidsplassen dreier seg om i hvilken grad individet føler tilknytning til eller kan identifisere seg med organisasjonen. Det sier noe om hvorvidt den ansatte ønsker å bli værende i organisasjonen, i hvilken grad vedkommende aksepterer og går inn for organisasjonens verdier og mål og om han eller hun er villig til å yte en innsats for å nå målene.

(Aagestad, et al., 2011, s. 77)

Sjukefråver og sjukenærver

Dei fleste av den yrkesaktive delen av befolkninga går jamt og trutt på jobb. Det er berre eit fåtal av arbeidstakarane som står for mesteparten av sjukefråveret. Nærare bestemt er det berre 8 % av dei yrkesaktive som utgjer 80 % av det totale sjukefråveret, i følgje Saksvik og Finne, (2009, s. 346).

Sjukefråveret har to kategoriar, eigenmeldt og legemeldt. Det kan også delast opp i hyppigheit, varigheit og sjukmeldingsgrad. Det eigenmeldte sjukefråveret har kortast varigheit og er hyppigast, men står for berre ein liten del av det samla sjukefråveret. Det legemeldte sjukefråveret har lengre varigheit, men likevel blir halvparten av dette avslutta innan fire veker. Det er dette fråveret som utgjer størsteparten av det totale sjukefråveret (Mæland, 2014, s. 54 og 55).

Eit anna omgrep det har blitt meir fokus på siste åra er sjukenærver. I tillegg til å freiste å forstå kva faktorar som påverkar og som kanskje er avgjerande for at ein arbeidstakar blir borte frå jobb grunna sjukdom, har ein i den seinare tid snudd om på perspektivet og rettar no fokuset meir på sjukenærver. Det inneber at ein vel å gå på jobb trass i at helsa tilseier at ein kunne valt å vere borte frå jobb, altså at ein går på arbeid sjølv om helsetilstanden ikkje heilt tilseier det (Mæland, 2014, s. 58). Der faren er stor for at arbeidstakaren må ty til sjukefråver, kan tilrettelegging i noverande arbeid, eller at ein får andre arbeidsoppgåver som passar betre i forhold til helsetilstanden, vere med på å auke muligheita for sjukenærver. Arbeidet skal ikkje forverre helsetilstanden, men aller helst føre til ei forbetring (Saksvik & Finne, 2009, s. 347). Kunnskap om, og forståing for, kva faktorar som spelar inn når størsteparten av den yrkesaktive befolkninga vel å gå på arbeid, er såleis av stor verdi. Sjukenærver er eit positivt ladda uttrykk som det ligg tru og håp bak. Mykje av fokuset for å få ned sjukefråveret har difor dei siste åra vore på kva faktorar, både individuelle og organisatoriske, som gjer at dei fleste går på jobb, kva som gir trivsel, arbeidsglede og engasjement på jobb.

Sjukenærver kan for mange vere ei positiv oppleving, trass svikt i helsa. På den andre sida av skalaen finn ein omgrepet *nærverepress*. Her ligg faktorar til grunn som gjer at ein føler seg *pressa* til å gå på jobb sjølv om ein av helsemessige årsaker heller burde velje sjukefråver. Dei vanligaste faktorane her er uunnverligheitspress, som inneber mellom anna høgt ansvar eller problem med å få tak i vikar, sanksjonspress som frykt for å «få høyre det» frå arbeidsgjevar eller kollegaer, moralpress, som går på eige samvit, og tryggleikspress, der ein er redd for å miste jobben dersom ein er borte (Saksvik & Finne, 2009, s. 347). Her ligg det eit negativt press som av ulike årsaker nærast tvingar arbeidstakaren til å gå på jobb. Over lengre tid er det stor fare for at dette presset til slutt vil føre til sjukefråver hos den som føler seg *pressa*, og at dette fråværet blir langvarig. Så sjølv om dette også dreiar seg om sjukenærver har dette eit negativt forteikn og kan altså på sikt føre til sjukefråver.

Fysisk arbeidsmiljø

Dei fysiske belastningane på norske arbeidsplassar har dei siste par tiåra generelt blitt lettare både i tyngde og mengd (Foss, 2012, s. 30). Ved dei fleste omsorgsinstitusjonane har det i stor grad blitt meir fokus på arbeidsteknikkar, tilrettelegging, fleire og betre hjelpemiddel og større bevisstgjerung ved ulike forflyttingsteknikkar. Trass i desse forbetringane viser statistikk frå Statistisk Sentralbyrå at sjukefråveret er størst innan diagnosen muskel- og skjelettplager. Når ein samanliknar dei ulike sektorane er det helse- og omsorgssektoren som har det største sjukefråveret, og kvinner når ein samanliknar kjønn (Statistisk Sentralbyrå, 2014, a).

Trass i stor fokus på, og utvikling innan, hjelpemiddel og teknikkar er det likevel svært vanskeleg å få bort alle fysiske belastningar som fører til fysiske plager og vondter. Slike plager avheng mykje av kva arbeid ein utfører. Repetitive lågintensitetsbelastningar og statisk arbeid utan, eller med svært liten, muskelbevegelsar gir stor fare for inflammasjonstilstander og rygg- og nakkeplager. Sjølv om ein etter kvart har fått mange gode hjelpemiddel innanfor dei ulike yrkesgruppene vil til dømes frisørar fortsatt måtte arbeide med heva armar, rørleggjarar vil måtte jobbe i bøygde og vanskelege stillingar og helsearbeidarar vil fortsatt måtte arbeide i bøygde og vridde stillingar (Mæland, 2014, s. 106).

Som eit ledd i tiltak for å få ned dei fysiske belastningane må arbeidsplassane ta omsyn til lovfesta krav til det fysiske arbeidsmiljøet, jamfør Arbeidsmiljøloven (AML) § 4-4, 2. ledd, som seier følgjande:

Arbeidsplassen skal innredes og utformes slik at arbeidstaker unngår uheldige fysiske belastningar. Nødvendige hjelpemidler skal stilles til arbeidstakers disposisjon. Det skal legges til rette for variasjon i arbeidet og for å unngå tunge løft og ensformig gjentakelsesarbeid. Ved oppstilling og bruk av maskiner og annet arbeidsutstyr skal det sørges for at arbeidstaker ikke blir utsatt for uheldige belastninger ved vibrasjon, ubekvem arbeidsstilling o.l.

(Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-4)

I denne lovteksten kjem det fram at dei helsemessige konsekvensane dei fysiske belastningane kan påføre den tilsette, skal vurderast, i tillegg til kva type tilrettelegging som kan førebygge dette. Lova gir også arbeidsgjevar plikt til å gi arbeidstakar opplæring i mellom anna hensiktsmessig arbeidsteknikk og i bruk av hjelpemiddel. På den andre side er også arbeidstakar pålagt å skulle følgje retningslinjene for bruk av førebyggande tiltak, som til dømes hjelpemiddel, opplæring i forhold til arbeidsteknikkar og arbeidsstilling (Foss, 2012, s. 79 og 80).

Årsaksdiagnosane som blir brukt ved sjukmeldingar har den siste tida endra seg. Å diagnostisere ein vrikka fot eller ei hoven arm kan vere enkelt, men diagnostiseringa har siste tida endra seg mot subjektive skildringar av helseplager, såkalla symptomdiagnosar, framfor sjukdomsdiagnosar. For legen kan det vere vanskeleg å sette ei klar diagnose på pasientens helseplager. Svært mange av dei som kjem med muskel- og skjelettplager har også tilleggssymptom og plager. Desse er ofte diffuse og kan omfatte til dømes plager og smerter frå nakke og skulder, og kan også i nokre tilfelle dreie seg om symptom på angst, depresjon og søvnproblem. Hagen, Svensen, Eriksen, Ihlebæk og Ursin (2006) har gjort ein studie på pasientar med uspesifikke ryggsmertar og om der var signifikante samanhengar til desse

pasientane sine andre plager og symptom. Funna viste signifikant samanheng mellom det at personar med uspesifikke ryggmerter også hadde andre samansette symptom, slik som nakkesmerter, hovudverk, søvnevanskar, angst og depresjon osv. Vidare såg dei også ein signifikant samanheng med at desse pasientane hadde mindre grad av blant anna forkjøling, mageverk og eksemutbrot (Hagen et al., 2006). Studien seier likevel ikkje noko om *årsakene* til desse samanhengane.

Diagnosane kan gi grunnlag for å teste ut eller avklare årsakssamanhengar mellom forhold i arbeidet og sjukefråveret. Men når symptom som «slappheit/trøttheit» blir brukt som diagnose, er årsakene diffuse og det kan vere vanskeleg å finne direkte årsakssamanhengar. Fordi det blir stilt strenge vitenskaplege krav for å kunne hevde direkte årsakssamanheng mellom arbeidsmiljø og sjukefråver, er det vanskeleg å vise til kva enkeltfaktorar som påverkar graden av sjukefråver (Hagelund, 2014, s. 127). I 2012 leverte ei ekspertgruppe oppretta av Arbeids- og sosialdepartementet, Mykletun-utvalet, ein rapport om tiltak for reduksjon av sjukefråveret. Utvalet si anbefaling er ein aktivisering- og nærværereform der tanken er at ein skal vere på jobb sjølv om ein ikkje kan yte 100 prosent. Fokuset er ikkje på sjukdom og diagnosar, men heller på korleis oppnå størst mogleg arbeidsnærver. Ved å sjå på tiltak ved arbeidsplassen kan det leggast til rette i forhold til funksjonsnivået med tanke på gradert sjukmelding (Hagelund, 2014, s. 82).

Psykososialt arbeidsmiljø

Som Hagelund (2014) og Hagen et al. (2006) viser til, og som nemnt ovanfor, er sjukdomsbiletet ofte samansett og det kan dermed vere vanskeleg å finne direkte årsakssamanhengar. Sjølv ved ein klar fysisk plage kan det ligge negativ psykososial påverknad bak, som slår ut i fysiske smerter og plager.

Omgrepet «psykososialt» består av to ord, «psyke» og «sosialt». Psykisk helse kan i vid forstand definerast som evna til å meistre tankar, følelsar og åtferd, korleis ein meistarar å tilpasse seg endringar og handtere motgang. Psykiske lidningar kan ha samanheng med arv, oppvekst, akutte kriser, sosiale forhold og arbeidssituasjon. Det psykososiale arbeidsmiljøet blir påverka av kvar enkelt arbeidstakar sin psyke og personlege eigenskapar, men det er også motsett – at psykososiale og organisatoriske forhold har innverknad på den psykiske helsa (Aagestad et al., 2011, s. 172). Samtidig verkar det sosiale inn ved å knyte arbeidstakarane saman, på godt og vondt. I følgje Mæland (2014) handlar psykososialt arbeidsmiljø om «...trivsel, tilhørighet og motivasjon, sosiale relasjonar til kolleger og ledere og krav og kontroll i arbeidssituasjonen.» (Mæland, 2014, s. 108). Tilhøyrslle inneber både tilknytning og

identifisering til arbeidsplassen og arbeidsoppgåvene, men også i forhold til dei sosiale relasjonane til kollegaer og leiar. Mæland (2014) seier vidare at ein vesentleg del av ei positiv oppleving av jobben ligg i å oppleve støtte og hjelp frå kollegaer og leiar. Krav til, og kontroll over, arbeidssituasjonen inneber mellom anna arbeidstempo og arbeidsmengd, (motstridande) forventningar om korleis jobben skal utførast og i kva grad ein sjølv bestemmer i forhold til desse faktorane. I følgje Aagestad et al. (2011) opplever leiarar høg grad av kontroll i sin arbeidssituasjon, medan sjukepleiarane ligg i andre enden av skalaen og gir uttrykk for å oppleve liten grad av kontroll. Med kontroll meiner ein her graden av sjølvbestemmelse, innflytelse og fagleg ansvar. Ein av faktorane som skårar høgt i negativ forstand i samband med kontroll, er oppleving av vold og trugslar om vold, som også gir føling av liten kontroll i arbeidssituasjonen. Her er kvinner høgt representert og deriblant særleg sjukepleiarar (Aagestad et al., 2011, s. 92 og 100).

I følgje Ørn Terje Foss (2012) er det ikkje lett å måle verknaden av dei psykososiale faktorane i eit arbeidsmiljø og å konkludere med kvar ein står på ein skala mellom godt og dårleg. Mange måler berre ein generell tilfredsheit med jobben og ikkje kvifor forholda er som dei er. (Foss, 2012, s. 105). Han viser til mange av dei sama faktorane som Aagestad et al.(2011) og meiner at dei mest kjende av desse er: «... lite kontroll over arbeidssituasjonen, lite støtte fra nærmeste overordnede og fra kolleger, lite støttende klima på arbeidsplassen, samt lav generell tilfredshet med jobben, og nedbemanningar.» (Foss, 2012, s. 77). Den første faktoren, «lite kontroll over arbeidssituasjonen», stemmer med Karasek sin teori om krav-kontroll-modellen. Denne modellen viser at for å unngå helseproblem må det vere god balanse mellom krava som blir sett til dei tilsette og deira innverknad på kontroll i eigen arbeidssituasjon. Dette inneber mellom anna å få delegerte oppgåver og ansvar, medverknad og eigenkontroll. (Foss, 2012). Eg kjem tilbake til denne modellen seinare i oppgåva.

Arbeidsmiljøloven § 4-3 stiller krav til det psykososiale arbeidsmiljøet og er dermed ein del av rammefaktorane i organisasjonen. Desse krava støttar opp under faktorar i arbeidslivet som kan ha innverknad på helsa, og blir definert slik:

§ 4-3. Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet

- (1) Arbeidet skal legges til rette slik at arbeidstakers integritet og verdighet ivaretas.
- (2) Arbeidet skal søkes utformet slik at det gir mulighet for kontakt og kommunikasjon med andre arbeidstakere i virksomheten.
- (3) Arbeidstaker skal ikke utsettes for trakassering eller annen utilbørlig opptreden.
- (4) Arbeidstaker skal, så langt det er mulig, beskyttes mot vold, trusler og uheldige belastninger som følge av kontakt med andre.

(Arbeidsmiljøloven, 2005, § 4-3)

Lovteksten fokuserer på grunnleggjande behov som integritet og verdigheit, samt å føle seg inkludert i eit sosialt miljø. Vidare at ein, så langt som muleg, skal unngå at arbeidstakaren opplever trakassering, vald eller truslar. Lovteksten fokuserer på forhold som har innverknad på helsa og gir arbeidstakaren rett til å føle seg trygg og inkludert. I delar av helse- og omsorgssektoren er dei tilsette meir utsette for vold og trugslar enn hos andre yrkesgrupper, noko som kanskje utgjør ein stor del av årsaka til det høge sjukefråveret. Alle faktorane er med på å definere det psykososiale arbeidsmiljøet, og påverkar helsa til den yrkesaktive.

Motivasjonsfaktorar

Kunnskap og læring er viktige faktorar i arbeidslivet, både som motivasjon for arbeidstakarane og som innsatsfaktor for organisasjonen. Profesjonelle yrkesutøvarar har mykje teoretisk kunnskap og ofte ein jobb med faglege utfordringar. I følgje Mastekaasa har profesjonelt arbeid ofte samanheng med menneskebehandling, og med mange og varierte arbeidsoppgåver, som igjen kan gi høg grad av autonomi. Opplevinga av autonomi heng nært saman med variasjon og faglege utfordringar i arbeidsoppgåvene. I tillegg kan det å få bruke den profesjonelle kunnskapen også for mange gi ein indre motivasjon i arbeidet. Det kan opplevast motiverande å få vere til nytte i samfunnet og ikkje minst kan dei mellommenneskelege relasjonane til pasientar, brukarar og klientar opplevast slik. I følgje Mastekaasa (2010) kan ein sjå forskjell mellom offentleg og privat sektor der offentlege tilsette er meir opptatt av altruistiske verdiar som til dømes samfunnsnytte, og mindre av materiell vinst. Studiar viser at dette gjeld også innanfor utdanningsområder som sjukepleie, undervisning og sosialt arbeid (Mastekaasa, 2010).

Hetland og Hetland (2009) ser også på forskjellen mellom indre og ytre motivasjonsfaktorar. Dei meiner at det ikkje er høg løn, fint kontor og fancy tittel som gir arbeidsglede og trivsel. I arbeidslivet er det same motivasjonsfaktorar som elles i livet; basale behov som mellom anna autonomi og kompetanse. Indre motivasjonsfaktorar som det å vere nyfiken, og eit tilpassa nivå av utfordringar der ein får bruke fantasien og kreativiteten er med på å skape arbeidsglede. Det å få opplevinga av autonomi og kompetanse i arbeidskvardagen, gir ei oppleving av mestring og fridom til å gjere det ein interesserer seg for, og at det ein gjer er nyttig og gir energi. I tillegg til dette har ein også behov for tilhøyrslø. Å føle at ein er ein del av ei sosial gruppe der andre bryr seg og kan stole på kvarandre, er med på å gi rom for trivsel og kreativitet. På den andre sida kan behovet for tilhøyrslø bli trua av konflikt på jobben og

føre til jobbstress. I følge Hetland og Hetland er behovet for tilhørsle eit av dei mest grunnleggjande behova. Dei meiner at leiarar som støttar, og ikkje kontrollerer medarbeidarane, i større grad vil få fram taus kunnskap. God leiing inneber å veilede og utvikle andre. I motsett fall kan ein leie andre i form av detaljstyring. Autonomi og aktivitet er indre motivasjonsfaktorar, og ved for stor grad av kontrollstyring på leiarnivå, står ein i fare for å bli passive. (Hetland og Hetland, 2009).

Leiaren sin påverknadskraft

House, Hanges, Javidan, Dorfman og Gupta (2004) har følgjande definisjon av leiing: «the ability of an individual to influence, motivate, and enable others to contribute toward the effectiveness and success of the organizations of which they are members.» (House et al., 2004, s. 15). I bakgrunnen for denne definisjonen av leiing ligg det implisitt at leiing er noko positivt og oppbyggjande både for medarbeidarane og organisasjonen.

I eit organisatorisk hierarki har som regel leiaren større makt og påverknadskraft enn sine medarbeidarar, i form av posisjon. Hetland og Hetland meiner at bevisste leiarar kan bruke dette til å vere rollemodellar i forhold til haldningar, verdiar og åtferd. Dei peikar på viktigeita av leiaren si rolle for medarbeidarane sin trivsel på arbeidsplassen. Dei seier at: «Ved å spille på indre motivasjon og være oppmerksom på at vi har basale behov som også bør imøtekommes på arbeidsplassen, kan ledere beholde de beste medarbeiderne og forebygge mistriivsel og helseplager.» (Hetland og Hetland, 2009, s. 148).

Ulike leiarstilar kan gi ulik verknad på motivasjonen. Ein kontrollerande leiar kan føre til låg grad av oppleving av autonomi for medarbeidarane og dermed låg indre motivasjon. På den andre sida kan ein passiv leiar delegere for mykje ansvar til medarbeidarane som dermed står i fare for å bli utbrent. Det er forskjell mellom å delegere ansvar og å fråskrive seg ansvar. Det å få delegert ansvar kan bety å få tiltru, og det kan opplevast som positivt å få utfordringar innanfor sitt kompetansefelt og dermed kjenne på at ein er god til noko. Dette kan vere med på å styrke sjølvbildet og dermed føre til betre trivsel på arbeidsplassen (Hetland og Hetland, 2009).

Det er også forska på sambandet mellom leiing og tilknytning, og utifrå ulik forskning som Hetland og Hetland har studert, hevdar dei det slik at leiarar med eigenskapar som evne til å danne trygge tilknytingsmønstre, omsorgsevne og empati, gir betre motivasjon blant dei tilsette. Oppleving av tilhørsle hos dei tilsette gir større vilje til å hjelpe, samt større grad av

lojalitet til kollegaer, arbeidsplassen og til jobben i seg sjølv. Vidare seier Hetland og Hetland at:

Forskning på tilhørighet viser som nevnt at en trenger å være del av en gruppe og føle nære bånd til noen over tid for å ha god helse og trivsel. ... På jobben kan tilfredsstillelsen av behovet trues dersom det er stadig endring i staben, eller dersom negative holdninger og frustrasjon preger arbeidsmiljøet.

(Hetland og Hetland, 2009, s. 153).

Det motsette av god leiing er destruktiv leiing. Einarsen, Aasland og Skogstad (2007) har følgjande definisjon av destruktiv leiing: "The systematic and repeated behaviour by a leader, supervisor or manager that violates the legitimate interest of the organisation by undermining and/or sabotaging the organisation's goals, tasks, resources, and effectiveness and/or the motivation, well-being or job satisfaction of subordinates." (Einarsen et al., 2007, s. 2).

Det er to måtar å sjå på destruktiv leiing på; den eine ved å sjå på *fråvere* av ønska leiareigenskapar, og den andre ved å sjå på *nærver* av ikkje-ønska leiareigenskapar. Begge dreiar seg om leiarens negative handlingar, direkte eller indirekte retta mot dei underordna. Direkte ved å til dømes skjelle ut ein medarbeidar i andre sitt påsyn, eller indirekte ved å baktale eller undergrave medarbeidaren, eller totalt oversjå vedkomande.

Eg viser til Einarsen et al. (2007) sin modell for destruktiv og konstruktiv leiaråtfærd. Denne viser ulike leiarstilar i forhold til både medarbeidarane og organisasjonen. Leiaren kan opptre støttande eller i motsett fall undergrave sine medarbeidarar. Samtidig kan leiaren arbeide for eller mot organisasjonens mål og effektivitet. Leiaren kan jobbe på tvers av desse ulike stilane, ved mellom anna å skjelle ut ein medarbeidar (anti-medarbeidar) samtidig med å jobbe for at avdelinga skal oppnå sine mål (pro-organisasjon). Dette er ei form for destruktiv leiarskap sjølv om leiaren delvis opptre konstruktivt. Ved slik destruktiv leiing kan leiaren oppnå resultat, men det blir på bekostning av medarbeidarane og arbeidsmiljøet. Eller i motsett fall at resultatata blir dårlege fordi leiaren berre tek omsyn til medarbeidarane sine behov (Einarsen et al., 2007).

Organisatoriske faktorar

Omorganisering

Organisatoriske forhold på arbeidsplassen som kan ha innverknad på sjukefråveret er mellom anna omorganiseringar, nedskjeringar og skift- og turnusarbeid. Dei siste tiåra har omorganisering i mykje større grad vore ein del av kvardagen enn tidlegare. Vi er no inne i ein epoke der mange av utfordringane skal løysast mellom anna ved omorganiseringar. Slike

endringar har innverknad i arbeidskvardagen til dei tilsette, og alder, utdanningsnivå og personleg innstilling er av stor betydning for korleis kvar enkelt taklar ei omorganisering. Det kan for nokre bety ei positiv endring ved å få nye arbeidsoppgåver og meir, og/eller anna, ansvar, medan andre vil synest dette er ei belastning. Eit døme her kan vere Samhandlingsreforma som førte til at mange sjukeheimar og omsorgsinstitusjonar fekk fleire korttids plassar til mange ulike pasientgrupper, og dermed nye og endra arbeidsoppgåver og ansvar, særleg for sjukepleiarane på desse avdelingane. Omorganiseringar som innebere nedskjeringar kan også opplevast ulikt. For nokre som ein frustrerande tilstand med oppleving av stress og utrygghet både for den enkelte som mister jobben og for kollegaene, medan det for andre kan gi nye mulegheiter (Mæland, 2014).

Skift- og turnusarbeid

Ein annan organisatorisk faktor er skift- og turnusarbeid. Størsteparten av dei yrkesaktive som jobbar innan denne forma er deltidsarbeidarar og dei fleste er kvinner. I helse- og omsorgssektoren, og særleg på sjukeheimar, er turnusarbeid, med dag-, kveld- og nattevakter den arbeidsordninga som stort sett blir nytta. For dei som skiftar mellom dag og kveld kan det vere ei belastning å få det til å gå opp på heimebane for mellom anna dei som er småbarnsforeldre, eineforsørgar og dei med helseplager der dette blir forsterka ved ustabil døgnrytme. Skift- og turnusarbeidarar jobbar også i ulike arbeidslag fordi ein går ulike vakter. Dette kan ha både positiv og negativ effekt. Positivt på den måten at ein har kontakt med fleire kollegaer, og ein får dermed eit større spekter av faglege diskusjonar. Den negative effekten kan vere at ein ikkje greier å oppnå tette, sosiale tilknytingar. For skiftarbeidarar, og då særleg dei med nattarbeid, viser forsking at har større fare for hjarte- og karsjukdomar og kreft, særleg brystkreft (Foss, 2012, s. 254-257). Statens Arbeidsmiljøinstitutt (2011) seier i ein nyheitsartikkel at resultat frå fleire studiar viser at det er ein samanheng mellom nattarbeid og auka fare for brystkreft blant sjukepleiarar. På grunnlag av dette har kreftforskningsinstituttet i FN valt å klassifisere nattarbeid som ein mogleg kreftframkallande faktor (Statens Arbeidsmiljøinstitutt, 2011). Foss seier vidare at turnusarbeid på den andre side kan ha fleire positive effektar. Til dømes har turnusarbeidarar kortare arbeidstid pr. veke og ofte meir samanhengande fri. Nattarbeidarane har høgare løn som gir ein betre økonomisk trygghet, dei har større ansvar og faglege utfordringar, og samtidig betre kontroll over eigen arbeidssituasjon på grunn av meir delegert ansvar (Foss, 2012, s. 251).

Rammer, rettigheter og plikter

IA-avtalen

I 2001 vart den første avtalen om Inkluderande Arbeidsliv (IA-avtalen) inngått. Dette er ein avtale mellom regjeringa og hovudorganisasjonane i arbeidslivet. Den overordna målsettinga er å få eit betre arbeidsmiljø, styrke jobbnærver, førebyggje og redusere sjukdom og styrka inkludering / unngå utstøyting og fråfall frå arbeidslivet. I tillegg til å ha sjukefråver som eit fokusområde i avtalen, er det også fokus på jobbnærver. Partane i avtalen er verksemda, dei tilsette og Arbeids- og velferdsetaten (nav). Arbeids- og velferdsetaten skal syte for at verksemda får eigen kontaktperson ved nav Arbeidslivssenter, som har ansvar for å informere om, og koordinere etaten sine tilbod til verksemda. Arbeidsgjevar har ansvar for å syte for eit godt og inkluderande arbeidsmiljø i samarbeid, og i tett dialog, med tillitsvalde, verneombod og dei andre tilsette. I tillegg er arbeidsgjevar også pliktig til blant anna å legge til rette arbeidsforholda for arbeidstakarar med spesielle behov (Regjering.no, 2014, a).

I tillegg til at arbeidsgjevar har plikter for å følgje opp arbeidstakar, har også arbeidstakar plikt til å medverke både i forhold til det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet, mellom anna ved å følgje dei reglar som er sett for organisasjonens HMS-arbeid. Dette kjem fram i AML § 2-3 (1) og (2).

§ 2-3. Arbeidstakers medvirkningsplikt

- (1) Arbeidstaker skal medvirke ved utforming, gjennomføring og oppfølging av virksomhetens systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Arbeidstaker skal delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet i virksomheten og skal aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø.
- (2) Arbeidstaker skal:
 - a) Bruke påbudt verneutstyr, vise aktsomhet og ellers medvirke til å hindre ulykker og helseskader.

(Arbeidsmiljøloven, 2005, § 2-3).

I helsesektoren, og nærare bestemt ved ein omsorgsinstitusjon, vil dette mellom anna innebere at arbeidstakaren brukar tilgjengelege hjelpemiddel, brukar rette teknikkar i forflytting, deltek på kurs for å oppretthalde og auke sin faglege kompetanse, samt bidreg til eit godt psykososialt arbeidsmiljø.

I samband med oppfølging av IA-avtalen finst det fleire verkemiddel å ta i bruk både for arbeidsgjevar og arbeidstakar. Arbeidsplassen kan søke nav om å få tilskot til førebyggjande tiltak og tiltak for å legge til rette for dei med særskilde behov. Vidare har også bedrifter som

er med i denne avtalen ei ordning med eigenmelding frå arbeidstakar på inntil 24 kalenderdagar i løpet av ein 24 månaders periode. Dette er verkemiddel som skal vere med på å styrke jobbnærveret, samtidig med å hindre og redusere sjukefråver (Regjeringen.no, 2014, a).

Oppsummering

Eit høgt sjukefråver har negativ effekt på fleire områder i eit samfunn. Det er ei belastning for samfunnets økonomi, for bedriftene og arbeidsplassane som har denne utfordringa, og ikkje minst er det ei belastning for arbeidstakaren sjølv. Årsakene til sjukefråveret er mange og ofte samansette, og ikkje alltid berre eit resultat av sjukdom eller skade. Det kan vere både samfunnsmessige, sosiale og individuelle forhold. Ein stor del av befolkninga i Norge er yrkesaktive og i løpet av dei siste 50 åra har det også blitt fleire og fleire kvinner i arbeidslivet. I følgje statistikk er sjukefråveret høgast blant kvinner når det gjeld kjønn og i helse- og omsorgssektoren når det gjeld yrkesgrupper. Dette ser ein også igjen i graden av sjukefråver ein opplever ved mange omsorgsinstitusjonar, der dei tilsette er i fleirtal av kvinner. Vidare seier statistikken at muskel- og skjelettplager er største årsaka til sjukefråveret, tett etterfølgt av psykiske lidingar (nav, 2015, a).

Heilheita i samfunnet er avhengig av at kvar enkelt del fungerer i ei samhandling med kvarandre. Det er ulike forventningar til dei ulike delane og til samfunnsmedlemane sine handlingar, ut i frå posisjon og stilling. Talcott Parsons og Anthony Giddens er inne på ein liknande tankegang og freistar å sjå på samfunnsstruktur og aktør og korleis desse verkar inn på kvarandre. Parsons sin teori om *det generelle handlingssystemet* handlar om korleis aktør og struktur er knytt saman i samfunnet og kva for mekanismer som fører til at samfunn ofte fungerer i harmoni og stabilitet. Giddens sin teori ser på aktøren som friare og meir kreativ, og som på bakgrunn av dette konstruerer det sosiale samfunnet, samtidig som struktur, rammer og reglar er med på å styre aktørens handlingar.

Dersom ein overfører desse teoriane om det sosiale systemet og aktør-/struktur-prinsippet til arbeidsmiljøet i ein omsorgsinstitusjon, kan ein sjå at dei same mekanismane regjerer også her. I eit arbeidsmiljø er der sosiale system, strukturer, rammer og reglar ein må forholde seg til, samtidig som aktøren i meir eller mindre grad står fritt til å handle kreativt og fritt innanfor desse vilkåra. I ein omsorgsinstitusjon inneber arbeidsoppgåvene svært ofte fysiske belastningar. Trass i fokus på arbeidsteknikkar og auka tilgang på hjelpemiddel er der likevel mange tunge tak personalet må ta, som mellom anna gir vonde nakkar og ryggar. Ein ser også meir og meir ei endring i årsaksdiagnosene frå konkrete sjukdomsdiagnoser til

symptomdiagnoser som til dømes «slappheit/trøttheit». Dette kan gjere det utfordrande å finne rett måte å legge til rette arbeidet på. Då må ein kanskje sjå meir på det psykososiale arbeidsmiljøet, som innan forskning har fått stort fokus siste åra. I følgje Mæland (2014) handlar psykososialt arbeidsmiljø om: «...trivsel, tilhørighet og motivasjon, sosiale relasjonar til kolleger og leder og krav og kontroll i arbeidssituasjonen.» (Mæland, 2014, s. 108). Dette er punkt eg har fokus på i mi forskning, i tillegg til organisatoriske forhold. Under punktet *motivasjon* kjem det fram faktorar som påverkar både indre og ytre motivasjon. Her er det mest fokus på dei indre motivasjonsfaktorane, som til dømes er kunnskap og læring, variasjon i arbeidsoppgåvene og oppleving av autonomi i eigen arbeidssituasjon.

Forskingsspørsmål

1. Kva samanheng kjem til uttrykk mellom fysisk og psykososialt arbeidsmiljø som årsak til sjukefråver?
2. I kva grad ser organisatoriske forhold og leiarstil ut til å påverke sjukefråver og sjukenærver?
3. Kva tilhøve kjem til uttrykk mellom sjukefråver og sjukenærver? Kan til dømes same faktorar nokre gongar føre til sjukefråver, andre gongar til sjukenærver?

KVA SEIER FORSKINGA?

Det eigenmeldte sjukefråveret er den kategorien som oppstår hyppigast, men som berre står for 1% av alle avtalte dagsverk. Legemeldt sjukefråver utgjer 5-6%, og størstedelen varer ut over arbeidsgjevarperioden på 16 dagar, men blir avslutta kort tid etterpå. Ein låg del av det legemeldte sjukefråveret varer over lange tid, men desse har derimot ein tendens til å vare svært lenge. Sjølv om desse lange sjukefråvera er i fåtal verkar dei inn på heilskapen slik at gjennomsnittleg varigheit er på ca 56 dagar. I tillegg er det også slik at det er eit fåtal av arbeidstakarane som utgjer størstedelen av det samla sjukefråveret (Mæland, 2014).

Statistiske samanlikningar

Det samla sjukefråveret i Norge var 2. kvartal 2016 på 5,8 %. Fordelt på kjønn hadde kvinner eit sjukefråver på 7,6 % og menn 4,10 %. Samanlikna med 2. kvartal 2015 har her vore ein nedgang med 1,6 % (Statistisk Sentralbyrå, 2016). Statistikken viser altså at kvinner har høgare sjukefråver enn menn, og også at helse- og sosialsektoren er den som ligg høgast når ein samanliknar dei ulike næringane. Då IA-avtalen blei sett i verk i 2001 var intensjonen å få ned sjukefråveret med 20 %. Fram til 3. kvartal 2014 har det totale sjukefråveret gått ned med 10,2 % (Statistisk Sentralbyrå, 2014, a).

Den viktigaste årsaksdiagnosen til det samla sjukefråveret totalt sett, er muskel- og skjelettplager. I følgje statistikk frå nav har nedgangen i sjukefråveret innanfor denne gruppa vore på 2,5 % sidan 2005. På andre plass kjem psykiske lidningar. Sjølv om det ikkje er vitskapleg slått fast at helsetilstanden i befolkninga har blitt verre siste åra innan desse gruppene, er det likevel desse to gruppene som har hatt størst auke som årsaksdiagnose. Sjølv om sjukefråveret generelt har gått ned har desse to diagnosegruppene auka i bruken, og det er gruppa for psykiske lidningar som har størst auke (nav, 2014).

Fysisk arbeidsmiljø

Det har lenge vore stor merksemd rundt dei ergonomiske arbeidsforholda ved ulike arbeidsplassar. Dette har ført til meir tilrettelegging og dermed også mindre fysiske belastningar. Likevel er det i enkelte yrke vanskeleg å utøve arbeidsoppgåvene fritt for fysiske belastningar. Mange av arbeidsoppgåvene til mellom anna ein helsearbeidar kan utøvast med bruk av ulike hjelpemiddel, men det er likevel behov for å bruke kroppen i både bøygde og vridde stillingar, statiske stillingar samt å gå og stå mykje på harde golv. Mange av desse belastningane viser seg å gi auke fare for sjukefråver (Foss, 2012, s. 78).

Mæland (2014) viser til at det i følge forskarane Allebeck og Mastekaasa finst lite vitenskapelig dokumentasjon når det gjeld dei fysiske arbeidsforholda sin innverknad på sjukefråveret. Delvis fordi det kan vere vanskeleg å vise til ein *direkte* årsakssamanheng mellom det fysiske arbeidsmiljøet og sjukefråver uavhengig av andre faktorar. Likevel, seier Mæland (2014), er det fleire ulike forskingsprosjekt som viser at fysiske arbeidsforhold har ein *samanheng* med graden av sjukefråver (Mæland, 2014, s. 107). Forskarane Christensen, Lund, Labriola, Villadsen og Bültmann (2007) har funne ein slik samanheng, der risikoen for sjukefråver hos menn aukar når arbeidsoppgåvene i hovudsak blir utført ståande, sittande på huk eller ved mykje løfting. Hos kvinner fann dei denne samanhengen ved arbeid i mykje bøygd stilling og vriding av nakke eller rygg (Christensen et al. 2007, s. 488).

Det er ikkje nok at det berre er arbeidsplassen som skal leggjast til rette med tanke på fysiske belastningar. Kvar arbeidstakar har også eit eige ansvar for helsa si. Der det er tilgjengelege hjelpemiddel og/eller kurs i ulike teknikkar for å utføre arbeidsoppgåvene på ein mindre belastande måte, er arbeidstakaren pliktig til å bruke dette. Det er også nedfelt i Arbeidsmiljøloven (AML) § 2-3 at arbeidstakar har plikt til å medverke i det HMS-arbeidet organisasjonen har. Paragrafen lyder slik:

... aktivt medvirke ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø.

(2) Arbeidstaker skal:

- a) bruke påbudt verneutstyr, vise aktsomhet og ellers medvirke til å hindre ulykker og helseskader,
- ...
- f) medvirke ved utarbeiding og gjennomføring av oppfølgingsplaner ved helt eller delvis fravær fra arbeidet på grunn av ulykke, sykdom, slitasje eller lignende

(Arbeidsmiljøloven, 2005, § 2-3).

Ei levekårundersøking gjort av Ihlebæk, Brage, Natvik og Bruusgaard (2010) viser at 75–80 % av den norske befolkninga har opplevd smerter eller plager frå muskel- og skjelettsystemet i ei eller anna form i løpet av ein månad. Undersøkinga viser at fleire kvinner enn menn er plaga og at plagene aukar med alder. Yrkesgruppene som var mest utsett for dette var mellom anna bønder og sjukepleiarar der dei fysiske belastningane truleg er dei viktigaste faktorane. Muskel- og skjelettplager er den hyppigaste medisinske årsak ikkje berre til sjukefråver, men også til uføreytingar (Ihlebak et al., 2010, s. 2365).

Jobben som helsearena

Arbeidsplassen påverkar på ulike måter og i ulike grad helse til den yrkesaktive. Mykje av denne påverknaden skjer i form av fysiske belastningar, men også meir og meir på det psykososiale området. Det er ikkje lenger slik at det er det fysiske arbeidsmiljøet, med fare for forureining av til dømes steinstøv, asbest og liknande, som er den største faren. Sjølv om det er diagnosegruppa «muskel- og skjelettplager» som er den med størst årsakssamanheng til sjukefråver, er det innan psykiske lidningar ein ser størst auke i antal tapte dagsverk (nav, 2015, a). Dette viser at det psykososiale arbeidsmiljøet kan ha stor innverknad på dei tilsette si helse, og at det difor er verdifullt å freiste å finne kva faktorar dette gjeld.

Sett frå eit anna synspunkt er det å vere i arbeid eit svært viktig førebyggjande tiltak for å oppnå god helse. Arbeidsplassen fungerer som ein sosialiseringsarena der ein kan bygge nettverk og oppnå relasjonar og oppleving av tilhøyrslø. Vidare kan jobben også vere eit korrektiv for helseskadelege avvik gjennom livet, som då igjen verkar som ei førebyggjning mot ulike utfordringar livet kan gi (Foss, 2012).

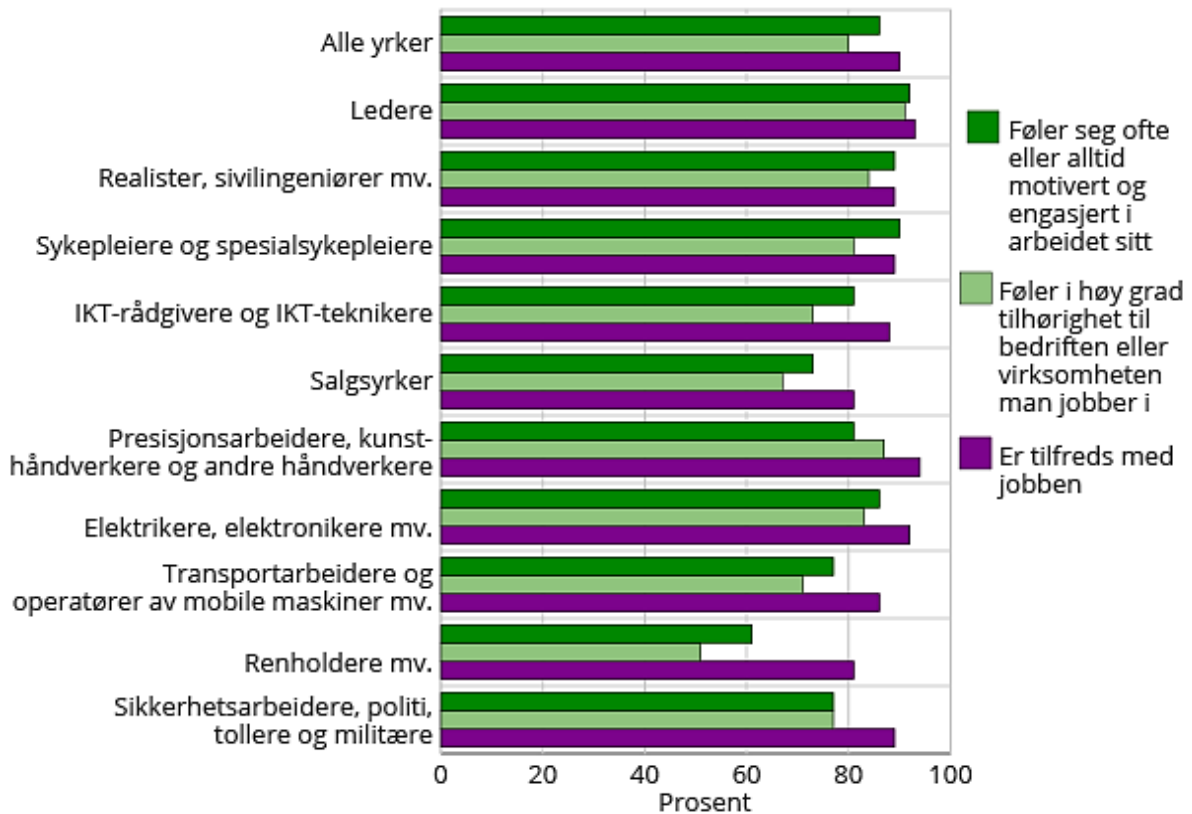
Psykososialt arbeidsmiljø

Som tidlegare nemnt kan det vere vanskeleg å skilje mellom fysiske og psykososiale årsaker til sjukefråveret. Årsaksdiagnosane har den siste tida gått meir og meir frå å vere konkrete sjukdomsdiagnosar til meir diffuse symptomdiagnosar. Sjølv om det ligg føre ein klar samanheng mellom sjukefråveret og ei fysisk årsak, kan der også vere psykososiale årsaker i tillegg. Det kan vere desse faktorane som er avgjerande for skiljet mellom sjukefråver og sjukenærver. For ein arbeidstakar kan det vere mange faktorar som er med på å styre arbeidsdagen og å forme arbeidsmiljøet ein er ein del av. Forsking innan psykososialt arbeidsmiljø viser mange felles nemningar i samband med arbeidet som har positiv innverknad på eiga helse, så som jobbtillfredsheit, tilhøyrslø, kontroll over eigen arbeidssituasjon og støtte frå kollega og næraste leiar. Saksvik og Finne (2009) har samanlikna ulike forsking og funne fleire felles faktorar som har høg grad av innverknad på storleiken på sjukefråveret. God leiing, godt sosialt miljø, at ein opplever jobben som lærerik og utviklande, tilstrekkeleg med tid og ressursar slik at ein opplever at ein gjer ein kvalitativt god jobb og at ein får anerkjenning for den jobben ein gjer, er faktorar som kan gjere at jobben har ein positiv innverknad i arbeidstakarane sitt liv (Saksvik & Finne, 2009, s. 359).

Statistisk Sentralbyrå har sidan 1996 årleg utført levekårundersøkingar, og særleg interessant er rapporten publisert 3. juli 2014, som viser ei oversikt over jobbtillfredsheit og opplevinga av tilhøyrslø fordelt på ulike yrkesgrupper (Statistisk Sentralbyrå, 2014, b). Som figur 1 viser

opplever størsteparten av dei yrkesaktive generelt jobbtilfredsheit og tilhøyrslse. Sjukepleiarar (og spesialsjukepleiarar) ligg høgt samanlikna med dei andre yrkesgruppene, og meir enn ni av ti seier at dei ofte eller alltid er motivert og engasjert i jobben og opplever jobbtilfredsheit, medan nokon færre i denne gruppa opplever tilhøyrslse til organisasjonen.

Figur 1. Tilfredshet med jobben og tilhørighet blant sysselsatte, etter yrke. 2013



(Statistisk Sentralbyrå, 2014, b).

Ein modell som definerer omgrepa «helsefremjande arbeid» og «psykososialt arbeidsmiljø» er framstilt av teoretikaren og forskaren Robert Karasek. Modellen blir kalla krav-kontrollmodellen og understrekar betydinga stress har med dei organisatoriske faktorane innflytelse, samarbeid og læring. Karasek sin konklusjon i ein artikkel frå 1979 var i strid med dåtidens oppfatning av at høge krav gav auka oppleving av stress. Karasek sin teori gjekk ut på at eit arbeidsmessig design der dei tilsette er aktivt engasjert, har stor innflytelse kombinert med høge krav gir eit sunnare arbeidsmiljø og meir tilfredse medarbeidarar enn i eit arbeidsmiljø med høge krav kombinert med låg grad av innflytelse. Denne teorien blei etter kvart

vidareutvikla til å omhandle faktoren sosial støtte som påverknad på graden av belastning. (Sørensen et al., 2012, s. 49 og 50).

Statistisk sentralbyrå si levekårundersøking i 2006 ser på korleis kvinnelege yrkesutøvarar opplever balansen mellom krav og kontroll, og har samanlikna kvinnelege yrkesutøvarar i helsesektoren mot sysselsette kvinner elles. Her kom det mellom anna fram at kvinnelege helsearbeidarar i mindre grad opplever kontroll over ulike forhold knytt til eigen arbeidssituasjon (Statistisk Sentralbyrå, 2010).

Figur 2. Andel blant kvinnelige helsearbeidere og andre sysselsatte kvinner, etter selvbestemmelse i jobben. 2006. Prosent



(Statistisk Sentralbyrå, 2010).

Dette blir også stadfesta i levekårundersøkinga utført i 2012 der det kom fram at sjukepleiarar og sal- og servicetilsette er dei som i lågast grad opplever kontroll over korleis dei kan utføre jobben sin, når ein samanliknar ulike yrkesgrupper. Ein av fem sjukepleiarar gav opp at dei sjølve bestemmer arbeidsoppgåvene sine (Statistisk Sentralbyrå, 2015).

I tillegg til lav kontroll viser undersøkinga frå 2006 at kvinnelege helsearbeidarar opplever høgare krav til tempo, større arbeidsmengde og meir følelsesmessige belastningar enn hos kvinnelege sysselsette i andre yrkesgrupper. Som vi ser i figur 3 er faktoren i forhold til emosjonelle krav høg for kvinnelege helsearbeidarar, over 50 % av dei spurte opplever å måtte forholde seg til sterke følelsar hos pasientar og klientar (Statistisk Sentralbyrå, 2010).

Figur 3. Andel med ulike typer jobbkrav, blant kvinnelige helsearbeidere og andre sysselsatte kvinner. 2006. Prosent



(Statistisk Sentralbyrå, 2010).

Aagestad et al. (2014) sin studie viser også dei same funna. Studien tek for seg fleire ulike faktorar, men dei faktorane som hadde signifikant samanheng med graden av sjukefråver, var rollekonflikt, emosjonelle krav og støtte frå leiar. I forhold til emosjonelle krav blir det forventat at arbeidstakarane opptre profesjonelt i jobbsamanheng. I helse- og sosialsektoren må dei tilsette i større grad enn i andre yrkesgrupper møte, og takle, ulike følelsar og sinnsstemningar hos sine pasientar og deira pårørande. Dei tilsette kan også oppleve eigne følelsar, som til dømes sinne, irritasjon og oppgittheit, men må likevel opptre profesjonelt og høfleg og ikkje la dette kome til uttrykk eller la det gå ut over pasienten. Det å skjule eigne følelsar var den faktoren som hadde sterkast innverknad på sjukefråveret, i følgje undersøkinga (Aagestad et al., 2014, s. 792).

Same undersøkinga tek også føre seg verknaden av å oppleve støtte frå næraste leiar har på graden av sjukefråver. Lågt nivå av støttande leiarskap viste ein lineær samanheng med sjukefråveret. Omgrepet støttande leiarskap innebar i kva grad arbeidsresultata vart verdsett av næraste leiar og i kva grad næraste leiar opptredde rettferdig og upartisk overfor dei tilsette. Studien viser også at sjukefråveret kan førebyggjast med inntil 15 % ved å redusere rollekonfliktar og dårleg leiing, samt opplæring i å handtere emosjonelle krav på arbeidsplassen (Aagestad et al., 2014, s. 791).

Vidare viser studien at det er mindre risiko for nakkesmerter blant dei som opplever støtte frå leiaren i forhold til sjølvstendigheit og initiativ i jobben sin. Rollekonflikt viste seg i denne samanhengen å vere ein sterk risikofaktor. Rollekonflikt oppstår når to eller fleire har krav og meiningar til korleis arbeidet skal utførast og ein føler ein blir «dratt» i ulike retningar. Det kan også oppstå rollekonflikt dersom der ikkje er ressursar og hjelpemiddel til å utføre arbeidsoppgåvene eller der ein blir pålagt å utføre arbeidsoppgåver som ein meiner burde vore utført på ein annan måte (Aagestad et al., 2014)

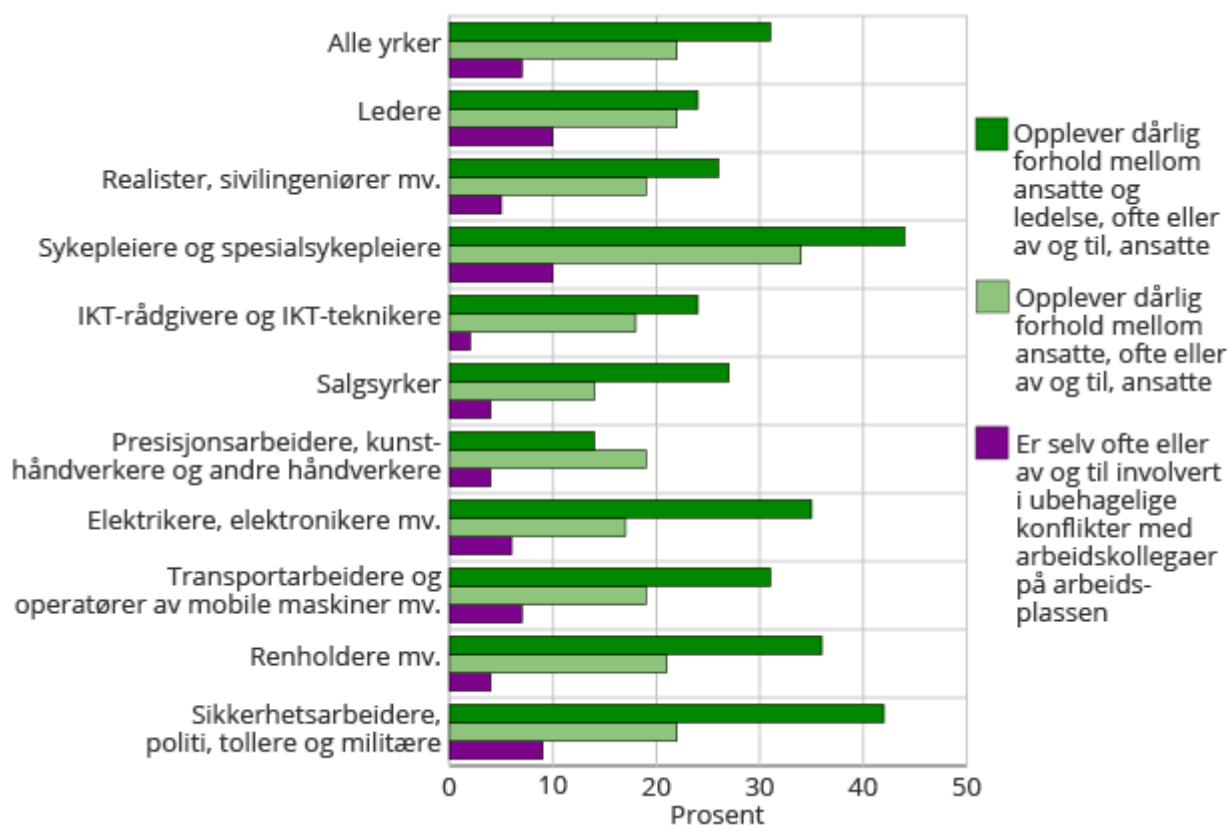
Mobbing viser seg å vere ein faktor som kjem fram i fleire ulike forskingsresultat. Så også i Aagestad et al. (2014) si forskning, men her viste resultatet ingen signifikant samanheng med sjukefråver. Ved tolking av dette resultatet blir det tatt høgde for at faktoren «mobbing» kan ha blitt målt i ei mild form, og at ved måling av meir alvorlege forhold av mobbing kunne ha vist ein sterkare samanheng (Aagestad et al., 2014, s. 792). I ein systematisk litteraturgjennomgang gjort av Nielsen, Magerøy, Gjerstad og Einarsen (2014) ser ein signifikant samanheng mellom eksponering av mobbing og psykiske og somatiske lidingar. Mobbing inneber gjentakande og vedvarande trakassering. Enkeltstående konflikthendingar blir ikkje definert som mobbing. Mobbing på arbeidsplassen kan skje både direkte og indirekte. Direkte mobbing inneber opne krenkande handlingar som til dømes utskjelling, upassande uttale og urettvis kritikk av arbeidstakarens arbeidsinnsats. Indirekte mobbing kan vere vanskelegare å påpeike, og kan handle om sosial ekskludering og baksnakking. Vidare kan mobbing skje ved å bli sett til arbeidsoppgåver under eige kompetansenivå og at nødvendig informasjon for å utføre arbeidsoppgåver blir halde tilbake (Nielsen et al., 2014, s. 1233).

Fleire studiar viser det same. I ein forskingsrapport utarbeidd av Ose, Jiang og Bungum (2014), blir det vist til ulike forskingsrapportar med fokus på mobbing blant sjukepleiarar, der resultatet viser at dette skjer, og med negative konsekvensar, særleg for dei som blir mobba. Ose et al. (2014) viser mellom anna til forskaren Yıldırım (2009) og skildrar konsekvensane med at: «De som ble mobbet var oftere deprimerte, hadde lavere arbeidsmotivasjon, konsentrasjonsproblemer, lavere produktivitet, lavere engasjement i jobben og dårligere relasjon til pasientene, ledere og kolleger» (Ose et al., 2014, s. 80). Samanfatinga av denne gjennomgangen av forskingsrapportar har ført til ei liste over mobbetema, som viser mange av dei same handlingane som nemnt i førre avsnitt, mellom anna tilbakehalding av vesentleg informasjon, å bli satt til arbeidsoppgåver under sitt kompetansenivå, ekskludering m.m. Mange opplever enkelte slike handlingar frå leiar og/eller kollega frå tid til anna, utan at ein

opplever det som mobbing. Derimot er det mobbing idet dette er gjentakende tilfelle over tid. Slike arbeidsforhold kan verke negativt på sjølvkjensla og det kan skape tvil om eiga evne til å utføre jobben. På sikt kan det gå ut over helsa og det å føle at ein har det godt i livet (Ose, Jiang & Bungum, 2014, s. 80).

Levekårundersøkinga for arbeid og løn utført i 2013 (Statistisk Sentralbyrå, 2015) gir ei oversikt over oppleving av konfliktnivå i arbeidsmiljø-samanheng, med fokus på forhold både mellom dei tilsette seg imellom, og mellom tilsette og leiding. Her kjem det fram at det er sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar som skårar høgast eller like høgt på alle desse punkta, men høgast innan faktoren «Opplever dårlig forhold mellom ansatte og ledelse».

Figur 4: Andel ansatte som opplever dårlige forhold mellom ansatte og mellom ansatte og ledelsen og andel sysselsatte som selv har vært involvert i konflikter med arbeidskolleger, etter yrke. 2013



(Statistisk Sentralbyrå, 2015).

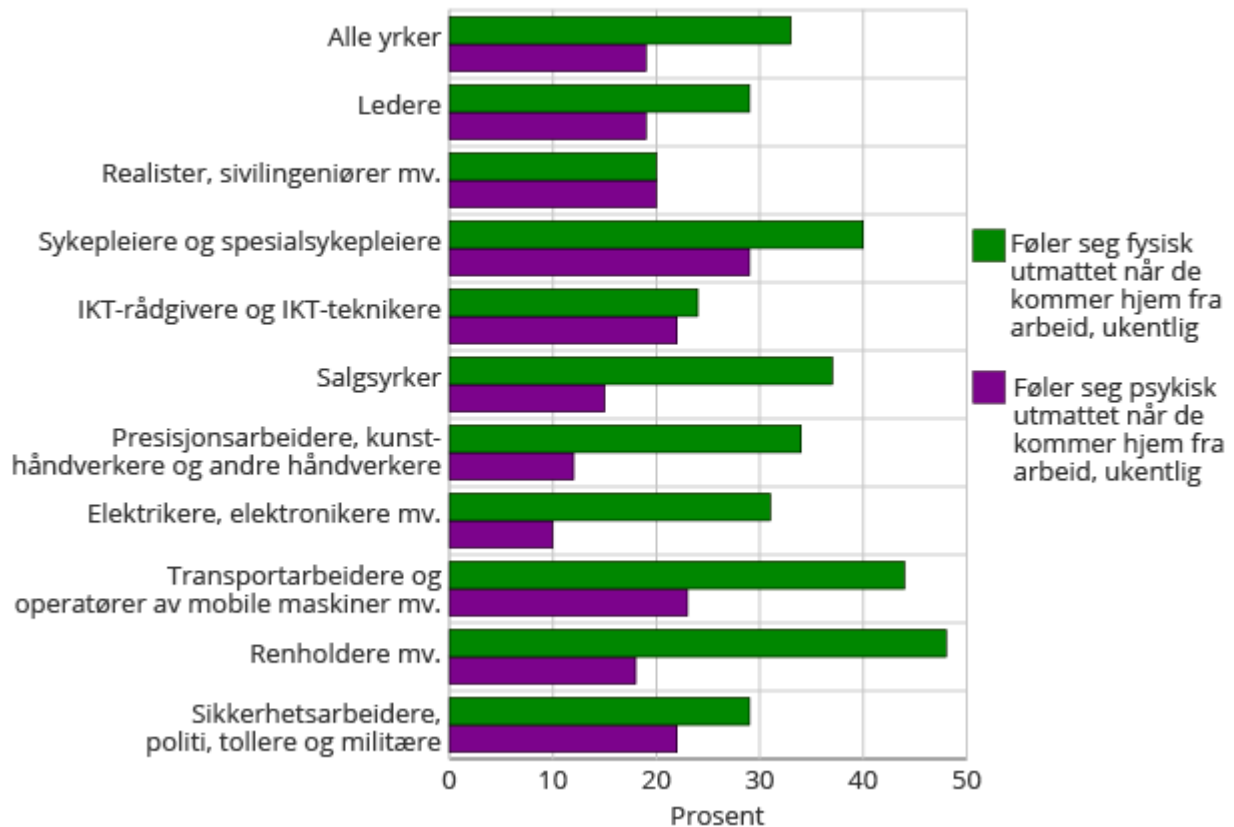
Foss (2012) har sett på ein studie gjort ved Karolinska Institutet i Sverige, som viser til betydninga av leiarskap. Resultatet viser færre tilfelle av hjarte- og karsjukdomar ved god

leiing. På den andre side gir negativt stress auka risiko for hjarte- og karsjukdomar, og menn sin risiko for å dø aukar med 25 % dersom dei opplever å ha ein dårleg leiar. Leiing har ei viktig og direkte rolle for arbeidsmiljøet. Karolinska Institutet definerer god leiing mellom anna som å vere integrerande, oppfordre til godt team-arbeid, men også å arbeide sjølvstendig, gi dei tilsette tillit og støtte. Dårlig leiing blir definert som destruktiv og passiv oppførsel mellom anna ved å unngå kontakt med dei tilsette, vere useriøs og uvennleg og å ha ein diktatorisk framtoning. (Foss, 2012, s. 110)

Forskarane Bernstrøm og Kjekshus har gjort ei undersøking med tanke på leiaren sin måte å imøtekomme sine tilsette på. Her har dei tatt for seg leiaren som motivator, i kva grad han/ho bryr seg om sine tilsette, og at dei tilsette opplever tilhøyrse. Også måten leiaren følgjer med på om arbeidsoppgåvene vert utført korrekt og gir dei tilsette konkrete tilbakemeldingar, blir vurdert. Det er nødvendig for den tilsette å vere trygg på korleis ein skal utføre arbeidsoppgåvene, og å oppleve å gjere ein god jobb. Slike tilbakemeldingar frå leiaren gir ofte ein følelse av mestring, og kan dermed vere ein sterk motivasjonsfaktor. Forskarane ser ein signifikant samanheng mellom støtte frå næraste leiar og auke i sjukefråveret. Dette kan forklarast blant anna ved at arbeidstakarane opplever forståing og aksept frå leiar når ein sliten medarbeidar tek ein sjukedag. I ein omstillingsprosess er det også fare for auke i sjukefråveret dersom næraste leiar sin lojalitet er retta mot toppleiinga. Der leiaren viser merksemd til arbeidstakars utføring av arbeidsoppgåvene, viser statistikken nedgang i sjukefråveret. Likevel, seier Bernstrøm og Kjekshus (2012), må samanhengen mellom leiaren sin veremåte og tillitsforholdet mellom leiar og tilsett sjåast i ein kontekst og ikkje tolkast fritt utan samanheng til situasjonen (Bernstrøm & Kjekshus, 2012, s. 2, 10 og 13).

Vidare seier ein av tre tilsette at dei i løpet av veka føler seg fysisk utmatta når dei kjem heim frå jobb. Nokre færre, ein av fem, føler seg psykisk utmatta innanfor same tidsrom. Som ein kan sjå av figur 5 skårar sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar høgast i samanlikning av yrke på spørsmål om ein i løpet av veka føler seg psykisk utmatta når ein kjem heim frå jobb. Den same gruppa skårar også høgt når det er snakk om fysisk utmatting (Statistisk Sentralbyrå, 2014, b).

Figur 5. Psykisk og fysisk utmattelse blant sysselsatte, etter yrke. 2013



(Statistisk Sentralbyrå, 2014, b).

Systematisk litteratursøk av kohort-studier, case-studier og randomiserte studier gjort av Seidler et al. (2014) indikerer ein samanheng mellom «høge jobbkraav» og/eller «auka arbeidsbelastning» og auka risiko for psykisk utmatting og utbrentheit. I tillegg seier forskingsresultatet at opplevd konflikt mellom privatliv og høgt arbeidspress frå jobb, følelsen av å vere usikker i jobbsamanheng, samt mobbing kan vere medverkande faktorar.

Forskarane peikar på at det var få adekvate metodiske studiar å finne, og at det er behov for meir forskning innan dette feltet. Likevel konkluderer dei med at mental helse har samanheng med psykososiale arbeidsforhold, og at å tilpasse arbeidsforholda er den mest effektive måten å hindre psykiske lidingar på (Seidler et al., 2014, s. 10, 11 og 12).

Aronsson og Lindh (2004) forska på sjukenærver og sjukefråver i forhold til variablar som arbeidsmarknadsforhold, forhold på arbeidsplassen og individuelle bakgrunnsfaktorar som kvantitativ belastning på heimebane, privat økonomi og relasjonen til sine nære. Det er altså ikkje berre faktorar på arbeidsplassen som verkar inn, men også den tilsette si personlegheit,

helse og posisjon i samfunnet. Forskinga tok føre seg forhold på arbeidsplassen som besto av variablar så som støtte frå næraste leiar, ressursar på arbeidsplassen og tilfredsheit. Studien viste at i forhold til variablane på arbeidsplassen var det støtte frå sjefen som hadde sterkast innverknad. 42 prosent av dei som opplevde å alltid få slik støtte var tilknytt gruppa av langtidsfriske. Ressursar til å gjere ein god jobb og opplevinga av å vere fornøgd med kvaliteten på arbeidet sitt, var også variablar som stilte sterkt i forhold til langtidsfriske. Det viste seg at forhold knytt til arbeidsplassen og arbeidsoppgåvene differensierte sterkare enn dei personlege forholda (Aronsson & Lindh, 2004, s. 13 og 14).

Mekanismar i arbeidsmiljøet – betydninga av leiarstil og organisatoriske forhold

Ved høgt sjukefråver er det eit ønskje å unngå ytterlegare auke i sjukefråveret, samt å få den sjukmelde raskt tilbake i arbeid. For å oppnå dette er det ulike tiltak som kan setjast i verk, som mellom anna å leggje til rette på arbeidsplassen for den enkelte arbeidstakar. Det er då ein stor fordel om leiaren har grunnleggjande kompetanse innan mekanismane i arbeidslivet; korleis arbeidsplassen som arena kan føre til sjukdom, og korleis arbeidstakarar med ein sjukdom, kronisk eller kortvarig, skal kunne fungere på arbeidsplassen. Altså å få sjukenærver til å vere eit betre alternativ enn sjukefråver. Caverley, Cunningham og MacGregor undersøkte samanhengen mellom sjukefråver, sjukenærver, forholda på arbeidsplassen og arbeidstakarane sin helsetilstand. Resultata viste at faktorar som jobbtryggleik, støtte frå næraste sjef og jobbtilfredsheit var tre viktige faktorar. Det viste seg å vere signifikant korrelasjon mellom reduksjon av desse faktorane og arbeidstakarane sitt sjukenærver. Det vil seie at når desse faktorane blei redusert, blei nærverpresset hos arbeidstakarane større. Slik dei forklarar resultata, kan lågt sjukefråver indikere både god helse og sjukenærver. Det er difor viktig at forskinga måler både sjukefråver, sjukenærver og helse (Saksvik & Finne, 2009, s. 351).

Bevisste leiarar

Forskarane Bernstrøm og Kjekshus (2012) har studert leiar sin innverknad på sjukefråveret ved ei omorganisering. Forskingsresultatet viser at god støtte frå næraste leiar verkar førebyggjande på sjukefråveret i ein omorganiseringsprosess. Samtidig er det også viktig at denne støtta blir kombinert med at leiar tek opp problem ved unormalt sjukefråver og at leiar også tårer å ta dei vanskelege samtalane. Vidare har retninga på kvar leiaren sin lojalitet går, også innverknad. Der leiars lojalitet vart retta mot toppleiinga, såg ein auke i sjukefråveret. Leiaren si åtferd har altså stor innverknad på sjukefråveret. Forskinga viste også at andre

faktorar spela inn, men denne faktoren kan det vere lettast å gjere noko med (Bernstrøm & Kjekshus, 2012, s. 7).

Kompetansebehov og bemanningsplanlegging

Som nemnt tidlegare kan kompetansebehovet, altså behovet for å oppleve at ein får brukt sine evner og ferdigheiter i utøvinga av arbeidsoppgåvene, og oppleving av at ein meistarar utfordringar, bidra til ein indre motivasjon og oppleving av arbeidsglede (Hetland og Hetland, 2009). Dette kompetansebehovet kan lett «drukne» i tidspress og alle arbeidsoppgåvene som må gjerast. I følgje ein forskingsrapport frå NOVA blir behovet for kompetanse tatt lite omsyn til ved bemanningsplanlegginga, spesielt på sjukeheimar og i heimesjukepleia. Forskarane bak rapporten, Gautun og Bratt, stilte mellom anna spørsmål om kva innverknad bemanninga har for kvaliteten på tenestene og for arbeidsmiljøet. Utgangspunktet for studien var det stabilt høge sjukefråveret i helsesektoren, og om dette blir tatt omsyn til ved bemanningsplanlegginga, mellom anna ved optimal kompetansesamansetning i bemanninga. Det viste seg at det ofte blei leigt inn ufaglært arbeidskraft, eller i verste fall at dei tilsette måtte gå underbemanna ved sjukefråver. Konklusjonen i studien er at eit stort fleirtal av personalet opplevde høgt tidspress i arbeidskvardagen. Likevel såg ikkje tidspresset ut til å ha samband med personalet si vurdering av kvaliteten på tenestene. Derimot viser studien ein samband mellom styrken på bemanninga og opplevd kvalitet ved tenesta. På eine sida meinte over halvparten av informantane at kvaliteten på tenestene var gode, medan dei andre informantane opplevde at tidspresset medførte at ernæring, hygiene og andre omsorgsbehov ikkje blei godt nok ivaretatt. Når det gjaldt arbeidsmiljø, gav dei fleste informantane uttrykk for høg grad av trivsel og eit godt samarbeid. Dette trass i oppleving av høg arbeidsbelastning og høgt sjukefråver (Gautun & Bratt, 2014, s. 9, 58, 60 og 61).

Har IA-avtalen effekt?

Næringslivets Hovedorganisasjon sin avdelingsdirektør for arbeidsliv, Alf Åge Lønne, påstår at bedrifter knytt til denne organisasjonen har hatt ein nedgang i sjukefråveret med 21 % etter IA-avtalen blei innført. I følgje Lønne har eit dedikert IA-arbeid gitt resultat. Han meiner at for å få dette til må det til ei forankring i leiinga, med klare spelereglar og eit godt arbeidsmiljø. Arbeidsplassen er den viktigaste arenaen for å få den sjukmelde raskt tilbake i arbeid, og kontakt mellom arbeidsplassen og den sjukmelde er ein viktig faktor (Næringslivets hovedorganisasjon, 2015).

Oppsummering

Mykje forskning har vore gjort for å freiste å finne årsakssamanhengar til det høge sjukefråveret her i landet. Tiltak har vore sett i verk, mange med statleg styring, som til dømes IA-avtalen frå 2001. Målet var å få ned det samla sjukefråveret med 20 %, men dette er framleis ikkje nådd, i følge nav (2015, a). Å finne årsakssamanhengar mellom sjukefråveret og forhold på arbeidsplassen er ikkje enkelt. Det ville kanskje vere naturleg å tenkje at samanhengen mellom vonde nakkar og skuldre hos pleiarane i ein omsorgsinstitusjon skuldast eine og åleine dei fysiske arbeidsoppgåvene. I følge Allebeck og Mastekaasa, seier Mæland (2014), er det lite vitskapeleg dokumentasjon på at her er ein årsakssamanheng, men samstundes er her fleire forskingsartiklar som kan vise til samanhengar. Blant andre viser Christensen et al. (2007) til å ha funne ein samheng mellom fysiske arbeidsforhold og sjukefråver, og Ihlebæk et al. (2010) si forskning viser at ulik fysisk arbeidsbelastning gir auka fare for sjukefråver.

I tillegg til at den fysiske arbeidsbelastninga gir slitasje og smerter, viser det seg at det psykososiale arbeidsmiljøet også har innverknad på helsa. Faktorar som viser seg å gå igjen i dei ulike undersøkingane, er oppleving av tilhøyrsløse, oppleving av å ha kontroll over eigen arbeidssituasjon og –kvardag, støtte frå næraste leiar, og organisatoriske forhold som til dømes omorganisering.

I tillegg til å sjå på sjukefråveret, har mykje forskning dei siste åra hatt fokus på sjukenærver. Ein ser at arbeid kan gi betre helse i form av å vere ein sosialiseringarena der ein kan oppleve tilhøyrsløse (Foss, 2012). Eit godt arbeidsmiljø med god leiing, eit godt sosialt miljø, oppleving av jobben som lærerik og utviklande, kan gjere at jobben blir ein positiv faktor i livet (Saksvik & Finne, 2009). Jobben kan vere av så stor betydning at ein vel sjukenærver framfor sjukefråver, trass i at ein kanskje har ei helse som tilseier at ein med god grunn kunne velje å vere borte frå jobb.

METODEDEL

Metodologiske perspektiv

Bakgrunnen for problemstillinga i oppgåva er utfordringar som følgje av det høge sjukefråveret i helsesektoren. Sett i den store samanhengen har dette konsekvensar i form av store samfunnsøkonomiske sjukepengekostnader, mangel på menneskelege ressursar på arbeidsplassen, og store belastningar for den sjukmelde.

Særleg er sjukefråveret i helsesektoren høgt, og det er forska mykje for å finne årsaksforklaringar. For å kunne forstå eit slikt samfunnsvitskapeleg fenomen, må ein leite etter årsaker som kan forklare *kvifor* og *korleis* det skjer. Å forstå *kvifor* handlar ofte om å forstå individa sine intensjonar eller grunngevingar, altså kva verknad er det aktøren vil oppnå. Det neste steget er *korleis* handlinga skjer for å oppnå den bestemte verknaden, altså den ytre kausale (årsaks-)forklaringa. Her kan ein sjå *samanhengar* mellom handlinga og bakgrunnen for handlinga, men utan at ein kan fastleggje årsakene. Dermed er det vanskeleg å vere sikker på kausaliteten. I sjukefråver-samanheng kan det å vere sjuk, i alle fall på kort sikt, kjennest betre enn å gå på jobb. Likevel kan det opplevast annleis ved langsiktig sjukefråver. Årsakene kan også vere individuelle, og bakgrunnen for at ein sjukepleiar er sjuk kan vere annleis enn for ein annan.

Ole-Jørgen Skog (2005) viser til filosofen David Hume som meiner at kausalitet har tre hovudkjenneteikn. Det første inneber asymmetri, at der må ligge føre ein årsak før verknaden kjem. Det andre kjenneteiknet er at det må vere ein samanheng i tid og rom, altså ei ubrotten årsakskjede i tidsromet mellom årsak og verknad. Med det tredje kjenneteiknet, konstant konjunksjon, meiner Hume at verknaden kjem kvar gong årsaka opptrer. Dette er eit omdiskutert kriterium. For at dette skal kunne konstaterast må vilkåra vere dei same. Sjølv med gjentakande observasjonar av same forsøk er det vanskeleg å konstatere ein kausal samanheng, og ikkje berre eit tilfeldig samantreff, fordi det som oftast finst mange ulike årsaksfaktorar som verkar inn på resultatet. Som Skog (2005) uttrykkjer det, er det mykje menneska kan «gjere», i handling, som direkte fører til ein verknad. Innan sosiale fenomen kan slike verknader oppnåast ut i frå meir indirekte hendingar. Til dømes kan intensjonen vere å oppnå haldningsendringar i befolkninga, og dermed setje i verk ulike hendingar. Men då må ytre årsakssamanhengar kartleggast for å få kunnskap om kva direkte og indirekte faktorar som gir dei kausale verknadane (Skog, 2005). Ein konkret årsak (sjukdom, mental tilstand osv.) kan medføre ulike handlingar av dei ulike individa, eller også til ulik tid (nokre gongar vèl ein sjukefråver, andre gongar ikkje). Slike samanhengar gjer at her ikkje er kausalitet.

For at ein skal kunne sjå ein samanheng mellom hending og verknad, seier Gilje og Grimen (1995) at verknaden må skje *etter* hendinga. Vidare at dette forløpet må vere avgrensa i tid og rom, og det må vere noko som bind saman hendinga (årsaka) og verknaden på spesielle måtar. Ulike vilkår eller enkelthendingar kan vere medverkande til at éi hending er den som er utløysande og fører direkte til verknaden. Vidare må ein kunne vise til empiri, der eksperiment eller observasjon bekreftar eller avkreftar samanhengen. Vidare må også den utløysande årsak og forklaringsfaktorane kunne bli bekrefte eller ha sterk støtte ut i frå erfaring. Det må også ligge føre ein logikk mellom premissa og konklusjonen (Gilje & Grimen, 1995).

Sett i samanheng med mi forskning kan spørsmålet vere kva hending det er som påverkar sjukefråveret slik at ein nokre gongar vel å vere sjuk og andre gongar ikkje. Og vidare om denne/desse hendingane alltid vil ha same verknad, eller om det også vil avhenge av andre faktorar. I kvalitativ forskning kan det vere vanskeleg å finne direkte ytre kausale, og intensjonale, årsaksforklaringar. Det vil alltid vere mange ulike faktorar som i ulik grad har indirekte innverknad. I mi forskning ville ein kausalanalyse ikkje vere mulig. Mine respondentar uttalar seg ut i frå erfaringar om korleis dei opplever og oppfattar dei kausale forklaringane studien er oppteken av. I ein slik kvalitativ studie kan det vere svært vanskeleg å skulle etterprøve funna og få bekrefte årsakssamanhengen med gjentakande observasjonar. Funna kan i beste fall gi indikasjonar på kva som er viktige årsaker, eventuelt samanhengar, og om desse er «rette» eller kan forklare sjukefråveret.

Utforming av intervjuguide og gjennomføring av intervju

Ved utforming av intervjuguiden (vedlegg IV) har eg tatt utgangspunkt i tidlegare forskingsresultat som er gjort innanfor same temaet, og fokusert på dei ulike faktorane som forskning viser har innverknad på arbeidsmiljø og sjukefråver. Eg starta med å be respondentane skildre arbeidskvardagen sin, og følgde opp med spørsmål om kva det er ved arbeidsoppgåvene dei opplever som viktige, og kva som eventuelt gir utfordringar anten i arbeidskvardagen og/eller i privatlivet. Dette for at respondenten skulle stå fritt til å leggje vekt på det vedkomande opplever som viktig for akkurat henne. Deretter stilte eg opne spørsmål innanfor dei ulike felte motivasjon og psykososialt arbeidsmiljø, for å høyre kva faktorar respondentane sjølve uttrykte som relevante. Eg hadde også oppfølgingsspørsmål som gjekk meir direkte på dei faktorane eg ynskte å sjå nærare på i mi forskning. Dersom respondenten ikkje sjølv kom inn på desse, stilte eg spørsmål om i kva grad respondenten opplever desse forholda. Til dømes stilte eg spørsmål om i kva grad respondenten opplever å

kunne styre eigen arbeidskvardag, og i kva grad ho opplever å ha kontroll over eigen arbeidssituasjon. På denne måten freista eg å få fram respondenten sine egne oppfatningar om kva faktorar som er viktig. Dette også for å samanlikne respondenten sine opplevingar med tidlegare forskingsresultat. Faren med dette er at eg som forskar styrer respondenten til å ubevisst bevege seg i ei viss retning og at respondenten dermed likevel ikkje er så fri i tankegangen og svara sine. Samtidig er det viktig å styre samtalen noko for å kunne samanlikne respondentane sine svar både mot kvarandre og mot det tidlegare forskning seier. Likevel freista eg å unngå leiande spørsmål som kan styre svara i ei spesiell retning.

Eg gjorde eit prøveintervju på førehand, på min eigen arbeidsplass, for å teste spørsmåla og for å få føling med korleis det er å vere intervjuar, samt å teste opptakarverktøyet. Det viste seg at eg måtte justere litt på spørsmåla for å gjere dei endå tydelegare på kva eg var ute etter, og at eg i mindre grad skulle styre intervjuet mot bestemte svar.

Intervjua gjekk føre seg på respondentane sin arbeidsplass og i deira arbeidstid. Eg var redd for at dette kunne verte eit forstyrrende element i form av mange avbrot under intervjuet fordi respondenten måtte ta klokke og telefonar som ringte. Dette skjedde ikkje. Mitt inntrykk var at alle respondentane tok intervjuet alvorleg og hadde gitt beskjed til sine medarbeidarar om kva dei skulle og at dei blei opptatt i minimum ein time. Dette såg også ut som å bli akseptert. Fleire av respondentane gav uttrykk for at dei såg positivt på forskinga eg gjer, og at dei syntes det var spennande å bli stilt desse spørsmåla. Det gav dei anledning til å tenkje gjennom tema og faktorar som dei kanskje berre har tatt for gitt og ikkje tenkt så nøye over tidlegare. No måtte dei sjå på fleire sider av desse faktorane, og mange meinte at dette gav dei eit nytt perspektiv og syn innanfor området. Dette uttrykte dei å oppleve som positivt.

Relasjonen mellom meg som forskar og respondenten opplevde eg ulik i dei forskjellige intervjua blant anna fordi flyten i samtalen var ulik frå intervju til intervju. Eg opplevde at det var forskjell i kva grad spørsmåla «traff» respondenten. I nokre intervju gikk samtalen nærast av seg sjølv. Respondenten var innoom dei ulike faktorane i mine oppfølgingsspørsmål av seg sjølv, og eg trengde berre å kome med enkle kommentarar eller spørsmål for å få nyansert biletet. I andre intervju var samtalen meir stakkato, der eg måtte vere tydelegare og meir konkret på kva eg meinte med spørsmåla mine. Her var eg redd for å vere for konkret slik at respondenten ikkje skulle snakke fritt, men samtidig måtte eg gi såpass mykje informasjon at respondenten svarte på det eg spurde om.

Kvalitativ metode

Min intensjon i denne forskingsoppgåva er å ha ei beskrivande haldning og referere informantens stemme så korrekt som muleg. For å oppnå dette har eg brukt kvalitative forskingsmetodar ved å stille opne, men samtidig styrande spørsmål. Eg har freista å få informasjon om dei tema eg er oppteken av i mine forskingsspørsmål, og har latt respondenten sjølv få fortelje si oppfatning og si historie rundt dette. Det at eg er bevisst min eigen innverknad i form av mi for-forståing, blant anna på grunn av min sjukepleiarbakgrunn, er viktig for at eg i størst mogleg grad skal kunne redusere denne innverknaden.

Kvale & Brinkmann (2015, s. 45) skildrar fenomenologi som: «...et begrep som peker på en interesse for å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter.» I kvalitativ forskning vil det i intervjusammenheng vere fokus på å forstå sosiale fenomen ut ifrå respondentane sine egne perspektiv og deira oppleving av verda. Eit profesjonelt intervju har som mål både å innhente aktørens egne skildringar i si livsverd, samtidig med å tolke meiningane med dei fenomena som blir skildra. Dette er eit kontrollert intervju der ein tek utgangspunkt i ein intervjuguide med bestemte fokuserte tema. Ei av utfordringane her kan ligge i kor vidt det er samsvar i meiningane mellom respondenten si oppfatning av si livsverd og intervjuaren si forståing av denne. For å oppnå best mogleg samsvar er det viktig å få fram nyanserte skildringar av spesifikke situasjonar, ofte ved hjelp av oppfølgingsspørsmål. I denne sammenheng er det viktig at intervjuaren kjenner godt til stoffet og har ei viss for-forståing innan temaet, men samtidig er open for nye og uventa fenomen. Intervjuspørsmåla kan oppfattast ulikt av dei ulike respondentane. Eit standardisert spørsmål gir ikkje nødvendigvis eit standardisert svar, og spørsmålsstillinga og språket som blir brukt er difor viktig. Innleiingsspørsmålet kan opne for at respondenten sjølv fritt kan skildre sine hovuddimensjonar innanfor temaet, og dette kan følgjast opp med ulike oppfølgingsspørsmål for å nyansere og presisere skildringane frå respondenten (Kvale & Brinkmann, 2015).

For-forståing

For-forståing eller *fordom* er ein føresetnad for at forskaren skal ha ein idé om kva fenomen ein ser etter, slik at han skal kunne ha ei formeining om kvar merksemda skal rettast. Ei slik for-forståing blir kalla paradigme, eller generelle bakgrunnsteoriar (Gilje & Grimen, 1995).

Forskaren sin faglege profesjon, interesser, motiv og personlege erfaringar ligg til grunn ved spørsmålsformuleringane og ved tolking av funna. Det kan vere vanskeleg for forskaren å

vere fullstendig nøytral i ein forskingsprosess. For at lesaren skal kunne forstå forskaren si tolking og konklusjon, er det viktig at forskaren sjølv er bevisst si rolle og gjer greie for sin innverknad og sin ståstad (Malterud, 2011).

Vidare meiner Gilje og Grimen (1995) at faren ved å ha for mykje eiga innsikt, er at det kan gi så stor for-forståing at intervjuaren blir «låst» i si eiga oppfatning. Ein forskar vil alltid ha ein viss for-forståing i tolkinga av materialet sitt. Ein aktør si for-forståing kan uttrykkast og formulerast på ulike måtar, men det kan også vere ting aktøren er mindre bevisst på og reflektert over. Dette kan kallast *taus kunnskap*. Når ein som forskar skal tolke eit fenomen, er det viktig at forskaren freistar å vere merksam på alle dei delane av for-forståinga ein i utgangspunktet er mindre bevisst på eller reflekterer over, og korleis desse elementa kan virke styrande i tolkinga av dei fenomen som blir forska på. Vidare må ein, for å kome fram til konklusjonen, lytte til den som kan gi forklaringane. Her er *forståing* og *mening* sentrale omgrep. I ein kvalitativ studie er det viktig at det ligg føre ei felles forståing av omgrepa som blir brukt og hendingane som blir forklart. Her snakkar ein om hermeneutikk, som kjem frå det greske språket og tyder «forklaringskunst». Datamaterialet i ei samfunnsforskning kan bestå mellom anna av munnlege ytringar og tekster. Forskarane freistar å forklare meningsfulle fenomen, som til dømes åtferdsmønster, verdiar, reglar osv. ved å bruke fortolking og forståing av meningane. For at forskaren skal greie å forklare forskingsfenomenet, må han ha ei viss innsikt i, og forståing for, aktørane si fortolking av sin verden (Gilje & Grimen, 1995).

Som sjukepleiar på somatisk avdeling har eg omfattande for-forståing av feltet eg forskar på. Det at eg tidlegare har vore leiar gjer at eg også har innsikt i feltet frå ulike nivå. Dette kan ha innverknad på undersøkinga på fleire måtar. Eg har på førehand hatt idéar om kva eg skal sjå etter, og har tatt utgangspunkt i dette både i det teoretiske arbeidet, og ved spørsmålsformuleringane. Fordelen med at eg er så nær feltet, er at det då kan vere lettare å vite kva ein leitar etter og kva fenomen ein vil utforske. Vidare gir slik for-forståing ein fordel ved at språket eg brukar som forskar truleg blir påverka, og at eg legg same tolkingane i dei ulike uttrykka som blir brukt av respondentane. Faren kan vere at fordi eg kjenner så godt til feltet, kan dette ha ført til at eg har oversett andre tema og faktorar. Eg kan også ha unngått å stille oppfølgingsspørsmål fordi dei svara eg mottar passar inn i mitt kart som sjukepleiar i ein omsorgsinstitusjon. Og vidare, som Gilje og Grimen (1995) nemner, at såkalla *taus kunnskap* ikkje kjem fram i teksten, fordi denne kunnskapen er så integrert i arbeidsmetode og

tankemåte at den berre ligg der som ein uutalt kunnskap, men likevel ei felles forståing av denne.

Utval og validitet

I den kvalitative metoden innan forskning er ikkje målet nødvendigvis å finne det vanlege og generelle, men ofte heller dei unike og spesielle fenomena innanfor eit valt tema (Jacobsen, 2012). For at resultatet skal vere gyldig er det visse faktorar ein må vite innverknaden av. Blant anna må ein ha kunnskap om korleis utvalet ein skal hente kunnskapsmaterialet frå medverkar til resultatet. I følgje Jacobsen (2012) må ein, når ein gjer eit utval, ha i bakhovudet at «...den undersøkelsen vi gjer, alltid er et *utsnitt* av a) tema og variabler, b) kontekst, c) tid og d) personer og hendelser.» (Jacobsen, 2012, s. 170). Utvalet er strategisk og ikkje berre tilfeldig. Dette betyr at undersøkinga er gyldig berre for dei tema og innanfor den konteksten vi vel å undersøke. Her er også eit tidsaspekt som gjer det umogleg å intervjuje alle potensielle respondentar, og ein må avgrense antalet. I tillegg vil i følgje Jacobsen (2012), forskingsresultata strengt tatt berre vere gyldige for den perioden undersøkinga har tatt for seg. Likevel kan ein argumentere for at den også er gyldig ei tid i førevegen og fram i tid. Spørsmålet om gyldigheit, om vi kan stole på resultata, kjem også opp med tanke på utvalet. Når ein skal gjere eit utval for å gjennomføre ei undersøking, må ein tenkje på at dette utvalet skal vere representativt for funna, samt gyldig i andre samanhengar. Dette blir kalla overførbarheit. For at det skal vere muleg å overføre resultata frå éin samanheng til ein annan, må det vi har studert vere representativt for den samanhengen vi ønskjer å overføre det til (Jacobsen, 2012).

Tema, variablar og kontekst for denne oppgåva dreiar seg om kva faktorar som påverkar sjukefråveret hos personalet i ein omsorgsinstitusjon. Eg har valt å ta utgangspunkt i to ulike omsorgsinstitusjonar i to ulike kommunar. Desse har likevel mange likskapstrekk, mellom anna ved at dei er oppdelt i fleire type avdelingar der pasientane har fått tildelt langtidsplass ut i frå diagnose og problemstilling. Kvar avdeling har altså sitt fokusområde, som er demens og somatisk. Dette er stort sett likt på dei aller fleste omsorgsinstitusjonar. I mi forskning har eg valt å konsentrere meg om éi type avdeling, nemleg somatisk. Ordet soma tyder kropp og somatiske celler tyder kroppsceller. Dei fleste pasientane på ei slik avdelinga har ein somatisk grunndiagnose som gir pasienten fysiske utfordringar. I tillegg har svært mange av desse også fleire sekundærdiagnosar, deriblant ofte ei form for demens. Særpreget for ei somatisk avdeling er mellom anna pasientane sine fysiske utfordringar, som gjer at dei har stort behov for bistand til å få stetta sine grunnleggande behov.

Respondentar

I forhold til utval har eg valt å bruke nemninga respondentar framfor informantar.

Respondentar er personar som har direkte kjennskap til det fenomenet ein skal finne ut noko om. Dei er altså direkte involverte i hendinga. Informantar *kjenner til* feltet, men er ikkje sjølv representantar for gruppa eller fenomenet som skal studerast (Jacobsen, 2012). Mine intervjuobjekt er altså respondentar som er valde ut for å representere fenomenet som skal studerast. På grunn av tidsaspektet har eg avgrensa utvalet til 10 respondentar fordelt på to ulike institusjonar. Dei respondentane eg har valt ut er alle faglærte. Dette fordi ufaglærte sjeldan har fast stilling, og dermed ikkje kjenner til feltet så godt. Blant dei faglærte har ein ulike nivå i forhold til arbeids- og ansvarsområde. Det er også forskjell i utdanningsnivå og fagkompetanse. I mitt utval har eg altså konsentrert meg om dei ulike profesjonane omsorgsarbeidarar og sjukepleiarar. Omsorgsarbeidar har utdanning på vidaregåande nivå. Fem av respondentane er i denne kategorien, og det er denne gruppa som er størst i personalgruppa, samla sett. Denne gruppa har ansvaret for pasientane og det som vedkjem pasientane i løpet av døgnet. Dette inneber dagleg stell og pleie, observasjonar, rapportering, kontakt med pårørande og tilrettelegging for at pasientane skal ha ein best mogleg kvardag. Dei resterande fem respondentane er sjukepleiarar, med 3-årig høgskuleutdanning. Tre av desse jobbar som sjukepleiarar med stell og pleie på avdelinga. Desse har det faglege ansvaret i avdelinga. Det betyr at dei i tillegg til dagleg stell og pleie, observasjonar og vurderingar, også har ansvaret for at pasientane får den behandlinga dei treng og har krav på. Dette inneber mellom anna å ha kontakt med lege. Sjukepleiaren er også med på dei fleste møter med pårørande. Avdelingsleiar, i denne oppgåva kalla einingsleiar, er også utdanna sjukepleiar. Einingsleiarane har eit overordna ansvar for drifta av avdelinga, samt personal- og økonomiansvar. Einingsleiarane i mitt utval har ikkje vidareutdanning, men har opparbeidd seg kompetanse som leiar i form av kursing og erfaring. Denne samansettinga gir eit breitt utval som representerer dei ulike nivåa i forhold til ansvarsområde og med tanke på arbeidsmiljø.

Breidde

I følgje Jacobsen (2012) kan ein velje i breidda ved å bruke representantar frå dei ulike gruppene. Likevel, seier han, kan dette gi ei skeivfordeling med tanke på antal representantar i forhold til storleiken på dei ulike gruppene. Han seier vidare at ein også kan velje representantar ut i frå kva type informasjon dei kan gi (Jacobsen, 2012). Relevante kjelder er viktig for kva type materiale vi vil innhente som kan gi oss det beste grunnlaget for tolking og funn i forhold til problemstillinga vi ønskjer å finne svaret på. I følgje Malterud (2011) blir

dette kalla *intern validitet*. I mitt utval er fordelinga av respondentane halvparten omsorgsarbeidarar og halvparten sjukepleiarar. I forhold til storleiken på dei ulike gruppene på arbeidsplassen er det tilsett flest omsorgsarbeidarar. Mitt utval kan difor sjå ut som å ha ei skeivfordeling då det her er ei 50/50 % fordeling. Men ser ein det i forhold til ansvarsnivå er altså gruppa med omsorgsarbeidarar best representert, fordi berre tre av dei fem sjukepleiarane har arbeidsområdet og arbeidsansvaret sitt som pleiarar i avdelinga. Dei to andre sjukepleiarane er altså einingsleiar på kvar si avdelinga. Slik eg ser på mitt utval meiner eg at breidda i utvalet kan gi det rette materialet i forhold til det fenomenet eg studerer, eit utval som til saman kan gi typiske svar om samanhengar med sjukefråvær. Respondentane sit inne med eigenopplevingar og informasjon knytt direkte til det fenomenet eg skal undersøke, i tillegg til at dei representerer dei ulike gruppene i feltet. På den andre side kan ein stille spørsmål ved om storleiken på utvalet mitt er stort nok til å vere representativt for profesjonsfordelinga generelt på norske omsorgsinstitusjonar.

Repetisjon og overførbarheit

Validitet handlar om i kva grad svara er sanne og gjeld for andre, og i følgje Malterud (2011) er det ingen kunnskap som gjeld for alle til ei kvar tid og under alle omstende. Det er sjeldan ein kan seie at resultatata ein har funne i forskinga er sanninga. Ein kan heller vurdere kva og kven resultatet er sant for, og i kva rekkevidde resultatet gjeld, samt i kva grad ein kan overføre dette til andre. Vidare kan ein stille spørsmål om ein oppnår same resultat dersom ein gjentek undersøkinga, altså mulegheita for repetisjon. Malterud (2011) meiner i denne samanheng at det i kvalitative studiar bør nyttast andre prosedyrer enn repeterbarheit for å vurdere gyldigheita av kunnskapen. Dette fordi både konteksten der kunnskapen blir skapt, analysen, tolkinga og presentasjonen av forskingsresultata som oftast blir påverka av forskaren som person. Dette gjeld særleg i kvalitativ forskning der blant anna både forskaren som person og rørsle innan feltet kan påverke konteksten innan kunnskapsinnhentinga og korleis forskaren legg vekt på dei ulike nyansane under analysen. På ulike tidspunkt kan dette gi ulike resultat. Dette gjer at det i denne type forskning ofte blir akseptert fleire gyldige versjonar av kunnskapen (Malterud, 2011).

Bakgrunnen min som sjukepleiar og mi personlegheit gjer at eg som forskar påverkar forskingsresultatet. Under intervju kjende eg på tilhøyrsløse og gjenkjenning i det som respondentane fortalde om. Eg følte behov for å oppnå tillit til respondenten ved å uttrykke forståing og svare bekreftande på det respondentane fortalte. Oppfølgingsspørsmåla kan også ha vore prega av at eg i min eigen profesjon sjølv jobbar nær feltet, noko som også kan ha

gjort at eg har unngått å stille oppfølgingsspørsmål fordi eg tolkar svaret ut i frå eigen for- forståing. Det ville vere lite sannsynleg at eg gjennom å gjere same type undersøking igjen, ville få fram dei same svara og ende med det same resultatet. Konteksten som kunnskapen og resultata har kome fram i, er unik for akkurat denne undersøkinga. Samtidig kunne spørsmåla stilt av andre forskarar, med liknande ord, føre til at ein kunne finne dei same typiske svara.

I den type institusjon eg fokuserer på er det berre visse type profesjonar som arbeidstakarar. Også i forhold til rammer, prosedyrar og rutinar er grunnlaget mykje likt blant slike institusjonar. Desse blir styrt mykje ut i frå sentrale lovverk og retningslinjer, med berre mindre lokale skilnader. Slike sentrale rammevilkår i tillegg til økonomiske rammer ligg til grunn og blir eit styringsverktøy som i stor grad er med på å forme feltet og konteksten der forskingsmaterialet blir innhenta. Rammene rundt, og vilkåra som formar feltet kunnskapsmaterialet blir henta frå, har dermed mange felles trekk med andre liknande institusjonar. Og ein kan kanskje då tenkje at grunnlaget dermed gir forskinga ein viss validitet og muligheit for overførbarheit. På den andre side er rekkevidda for kvar resultata er gjeldande, meir usikker. Trass i at utvalet mitt representerer breidda i kunnskapsmaterialet, er utvalet truleg ikkje stort nok til å vere gjeldande for andre liknande institusjonar. Likevel er utvalet samansett av sentrale aktørar som gir tillit til at deira svar kan få fram typiske og vesentlege forklaringar.

Kriterier for utvalet

Kriteria som blir lagt til grunn for utvalet tek utgangspunkt i det fenomenet ein vil studere og problemstillinga for undersøkinga. Utvalet må passe til kriteria for at informasjonen ein får skal vere relevant. Kriteria for mitt utval er valt utifrå dei institusjonelle rammevilkåra og kva som er representativt for denne type institusjon og avdeling. I mi undersøking var somatisk avdeling eit av krava. For å få ei viss breidde i utvalet, valde eg å sette 4 pleiarar på kvar avdeling, og av desse 1 sjukepleiar, som minimum for utvalet. Vidare at stillingsprosenten skulle vere minimum 70 % og vedkomande ha vore tilsett i minimum eit år på denne avdelinga. Dette for at respondenten skulle vere direkte involvert i fenomenet eg undersøkte. Kriteriet kunne ha vore 100 % stilling, men det kunne ha gjort det vanskeleg å få nok respondentar på kvar avdeling i tillegg til at det ikkje hadde vore like representativt, fordi dei fleste tilsette på ei slik type avdeling går i redusert stilling, av ulike grunnar.

Det er mykje som er likt ved dei to institusjonane der forskinga mi skjer. Begge institusjonane er oppdelt i fleire avdelingar med utgangspunkt i pasientane sine omsorgsbehov. Mine respondentar er tilsett ved somatisk avdeling, som inneber at pasientane i større eller mindre

grad er pleietrengande, mange treng hjelp til forflytting og ernæring. Organiseringa av arbeidet, rammene og arbeidsoppgåvene er generelt svært likt på dei to institusjonane. Forholdet mellom dei ulike profesjonane er i stor grad likt på begge avdelingane eg fokuserer på. I mitt utval er der ei lita skeivfordeling av profesjonar når ein samanliknar dei to institusjonane ved at eg på eine institusjonen har lik fordeling med to omsorgsarbeidarar og to sjukepleiarar, medan på den andre avdelinga har eg ein sjukepleiar og tre omsorgsarbeidarar. Dette kan vere med på å utgjere ein liten forskjell i kva type svar eg får, men på den andre sida ser eg at samla er svara til omsorgsarbeidarane ved begge institusjonane mykje likt innanfor dei ulike tema. Når det gjeld sjukefråveret er også dette nokså likt, med henholdsvis 16,9% og 15,3 % ved dei to avdelingane. Det som her kan vere ein usikker faktor er at i denne statistikken også ligg svangerskapspermisjonar. Det var diverre uråd for einingsleiarane å trekke ut kor mykje dette utgjorde av det samla sjukefråveret. Samla sett er desse to avdelingane svært like, noko som også var mitt utgangspunkt for å gi resultatet meir validitet.

Etiske refleksjonar

I samfunnsvitenskapleg forskning vil ein alltid utøve ein påverknad på ei menneske-sfære, enten privat eller offentleg og forskaren må alltid på førehand vurdere dei etiske dilemma som kan oppstå. Forskaren må gjere ei vurdering av kor vidt forskinga på ein eller annan måte kan gjere skade på andre menneske, enten fysisk eller psykisk, og heile tida vurdere dei val ein gjer ut i frå etiske prinsipp. Blant anna må respondenten sjølv kunne vurdere i kva grad og korleis forskinga kan ha innverknad på sin eigen situasjon. For å kunne ta ei slik vurdering er det viktig at respondenten har fått nok informasjon om undersøkinga. Då blir det opp til forskaren å vurdere kor mykje og kva for informasjon respondenten treng for å gjere denne vurderinga. For lite informasjon kan føre til at respondenten gjer ei feil vurdering. Men for sjølv undersøkinga si pålitelegheit kan det vere naudsynt å gi såpass lite informasjon til respondenten, for å få tilbake så rett og ærleg informasjon som mogleg. For mykje informasjon kan føre til at respondenten svarar ut i frå det han trur forskaren vil høyre, eller for å påverke forskingsresultatet i ei bestemt retning. Forskaren bør såleis prøve å kome fram til ein mellomveg med tilstrekkeleg informasjon (Jacobsen, 2012, s. 47).

Slik informasjon blir gitt i samband med å hente inn samtykke frå respondenten, såkalla informert samtykke. I dette ligg det at respondenten skal ha kompetanse nok, og vere i stand til, å vurdere ulempene og fordelane ved å delta i undersøkinga. Eventuelt kan samtykke innhentast frå nokon som kan ta denne vurderinga på respondenten sine vegne. Det skal også

kome tydeleg fram at deltakinga er friviljug. Her må forskaren gjere vurderingar om respondenten på nokon måte kan føle press frå nokon andre til å delta (Jacobsen, 2012, s. 46).

Ved førespurnad om deltaking i mi forskning har respondentane fått eit informasjonsskriv (vedlegg I) saman med eit samtykkeskjema (vedlegg II). I informasjonsskrivet står det kva som er hensikta med forskingsprosjektet, litt om bakgrunnen for dette, altså kvifor det er viktig at dette temaet blir forska på. Vidare at einingsleiaren har gitt løyve til å forske på deira arbeidsplass og kriteria for kvifor vedkomande har blitt plukka ut. Eg har også her gitt opplysningar om sjølve intervjuet, om at det ikkje vil bli stilt spørsmål som går direkte på respondenten si eiga helse, men om faktorar som kan ha innverknad. Også meir konkret informasjon om ca lengde på intervjuet og oppbevaring av data, får respondenten informasjon om her. Til slutt opplyser eg om at det er friviljug deltaking og mulegheita for å trekke seg dersom ein måtte ønskje det. Ved inngangen av sjølve intervjuet minner eg respondenten på nytt på dette, både om oppbevaring av data og mulegheita for å trekkje seg frå prosjektet når som helst, også etter at intervjuet er gjennomført.

Sidan dei blir bedt om å uttale seg om forhold på arbeidsplassen, har eg først kontakta einingsleiar og gitt informasjon om studien, for å få godkjenning av henne. Einingsleiaren har valt ut nokre av sine tilsette ut i frå dei kriterier som er satt for utvalet, og spurt om dei kunne tenkje seg å delta i undersøkinga. Ulempa med denne framgangsmåten kan vere at dei som blir spurt føler seg pressa til å seie ja sidan dette er noko leiaren har akseptert fordi ho opplever ei slik undersøking som positiv. Dermed kan respondenten føle eit visst press for at leiar då forventar at vedkomande skal vere viljug til å delta. Respondentane mine har skrive under på kvar sine samtykkeskjema, der også leiaren har skrive under på tillating til at vedkomande deltek i undersøkinga.

Ved arbeidet med analysering av materialet, starta eg med å foreta ei meiningsfortetting og meiningsfortolking av intervjusvara. Dette er ein metode som ofte blir brukt i samband med kvalitativ forskning for å finne kjernen i intervjupersonane si meinung. Ved meiningsfortetting komprimerer ein lange setningar til korte, der ein får fram med få ord respondenten si meinung. Ved fortolking av teksten prøver forskaren å finne meiningsstruktur og betydningsrelasjonar utover det som direkte kjem fram av teksten (Kvale & Brinkmann, 2015).

Intervjurunda vart tatt på sommaren, noko som innebar at halvparten av respondentane akkurat hadde hatt ferie. Spørsmålet er om dette kan ha påverka svara deira i positiv retning,

fordi respondentane truleg var meir utkvilt. På den andre sida var også halvparten av respondentane på arbeid og venta på å gå ut i ferie. Dei jobba saman med mange vikarar og var meir slitne, noko som i tilfelle kunne påverke svara i motsett retning. Slik eg ser det verkar det ikkje som dette har påverka svara i særleg grad. Respondentane har mykje lik oppfatning og oppleving innanfor dei ulike tema.

PRESENTASJON AV FUNN

Med utgangspunkt i dei nemnde overordna forskingsspørsmåla og datamaterialet, vil eg i dette kapittelet sjå på respondentane sine skildringar av korleis dei opplever dei ulike faktorane. Eg er også nyfiken på korleis dei trur kollegaene opplever nokre av desse faktorane. Det som er særlege for dette yrke er at det i tillegg til å vere eit fysisk tungt arbeid, også inneber at dei tilsette på ein profesjonelle måte skal møte pasientar og pårørande med ulike utfordringar og i ulike samanhengar. Dei skal sjå kvar enkelt pasient som eit individ, lære dei å kjenne, og hjelpe dei ut i frå pasienten sitt individuelle behov og utgangspunkt. I tillegg er strukturen på arbeidsplassen slik at dei tilsette jobbar saman i eit team, men det er sjeldan teamet består av dei same kollegaene fleire dagar på rad på grunn av turnusordning.

I min studie har eg tatt for meg ulike faktorar innan temaene fysisk arbeidsmiljø, psykososialt arbeidsmiljø, leiarstil og organisatoriske forhold. Eg freistar å finne ut om samanhengar mellom det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet som kan føre til sjukefråver. Dette er utgangspunktet når eg spør etter respondentane sine opplevingar av dei ulike faktorane, og om dei meiner desse har innverknad på sjukefråveret. Eg freistar også å finne ut om ein faktor i ein samanheng kan føre til sjukefråver og i ein annan samanheng til sjukenærver. Eg ser også på kva leiarstil har å seie for graden av sjukefråver eller sjukenærver, og også kva innverknad organisatoriske forhold, som til dømes omorganisering har å seie i arbeidskvardagen.

Eg starta intervju med å informere /minne om at respondentane fortsatt har mulegheit til å trekkje seg frå undersøkinga, og informerer om at dersom dei blir sitert vil dette bli anonymisert.

Respondentgruppa består berre av kvinner, ein einingsleiar, to sjukepleiarar og to omsorgsarbeidarar på eine sjukeheimen som eg har kalla «Solgløtt Omsorgssenter», og ein einingsleiar, ein sjukepleiar og tre omsorgsarbeidarar på den andre institusjonen, kalla «Fjellheim Omsorgssenter». Alle respondentane er fast tilsett og høyrer til grunnbemanninga. Ei grunnbemanning består av eit fast bestemt antal pleiarar. Grunnbemanninga blir rekna som minstebemanning, så dersom det ikkje blir leigt inn vikar ved sjukdom, går ein underbemanna. Talet på pleiarar er ofte høgare på tidlegvakt enn på seinvakt, og i helgane er bemanninga ofte lågare enn på vekedagane. Dette fordi det i helgane oftast er færre arbeidsoppgåver. Ved sjukefråver i grunnbemanninga blir det ofte leigt inn vikarar. Dette er eit tema som kjem att under fleire punkt hos respondentane. Forskjellen på fast tilsette og vikar er mellom anna at oftast er dei fleste av dei faste faglært, som gjer at dei har ei fagleg

tyngde i arbeidet. Ei fast grunnbemanning gir også meir stabilitet i miljøet, noko som gir forutsigbarheit for pasientane og fleire som deler på ansvaret og det å halde ein raud tråd i kva som skjer på avdelinga. Dei kjenner pasientane sine behov og rutinar både med tanke på pasientane og avdelinga. Som vikar blir ein ofte leigt inn sporadisk ved behov, som kan gjere det vanskeleg å følgje med utviklinga hos pasientane og å kjenne godt til rutinane på avdelinga. Grunnbemanning, underbemanning, fast tilsette og vikarbruk er tema som kjem att i oppgåva med jamne mellomrom.

I slutten av avsnittet tek eg for meg korleis respondentane ser på samanhengen mellom eige sjukefråver, i den grad dei har hatt det, og dei ulike faktorane.

Daglege arbeidsoppgåver

Her freistar eg å få ei oversikt over dei organisatoriske forholda med tanke på rammer og rutinar i arbeidskvardagen til respondentane. Under dette punktet har eg ikkje gått inn på dei ulike faktorane som kan føre til sjukefråver, men er meir interessert i å få ei oversikt over arbeidsdagen og arbeidsoppgåvene. Dette for å vurdere om det er stor skilnad på dei to institusjonane og om her er noko ved rutinane som må takast omsyn til ved resten av analysen. Kriteriene for utvalet skulle tilseie eit godt samanlikningsgrunnlag, men eg ville sikre meg at ikkje ulike rutinar likevel utgjorde ein stor forskjell.

Ut i frå svara eg fekk er rammene, rutinane og type arbeidsoppgåver for det meste likt på dei to omsorgsinstitusjonane. Einingsleiarane har andre arbeidsoppgåver enn pleiarane som jobbar i avdelinga, men begge einingsleiarane seier dei stiller opp i avdelinga dersom det er behov. Då går dei inn og deltek i arbeidsoppgåvene på linje med resten av personalet. Arbeidet for personalet i avdelingane, ved begge institusjonane, består i å hjelpe pasientar med morgonstell og toalettbesøk. Her er det ulikt kva type og kor mykje hjelp pasientane treng. Nokre treng berre tilrettelegging medan andre må ha hjelp til så å seie alt. Så er det frukost og medisindeling heilt fram til pauseavvikling. Deretter er det middag, toalettbesøk og å legge dei pasientane som ynskjer det, før skriving av rapport og munnleg rapport til seinvakta. Det er små forskjellar på desse oppgåvene når eg samanliknar profesjonane omsorgsarbeidarar og sjukepleiarar. Dei ulike profesjonane jobbar saman i eit team, men det kjem fram av svara at sjukepleiarane i tillegg dei «vanlege» arbeidsoppgåvene, har ekstra oppgåver som mellom anna legevisitt, blodprøvetaking, ekstra observasjonar og oppfølging av dårlege pasientar. Dei dagane det er legevisitt er sjukepleiarane stort sett i tillegg til grunnbemanninga. Dei andre dagane går dei som ein del av grunnbemanninga, og gjer desse ekstra sjukepleieoppgåvene i tillegg til dei faste arbeidsoppgåvene. På grunn av tidspress skal

det lite til før dette går ut over tida dei har til dei faste oppgåvene. På dei vaktene det berre er éin sjukepleiar på avdelinga, nokre gongar også med ansvaret på fleire avdelingar, blir det ekstra press på omsorgsarbeidarane både i forhold til tid og ansvar. Dette er det to sjukepleiarar som presiserer i svara sine. Ingen av omsorgsarbeidarane seier noko om auka stressfaktor når sjukepleiarane må forlate avdelinga eller på anna måte må forlate dei rutinemessige arbeidsoppgåvene sine. Derimot gir dei uttrykk for stress i forhold til tidspress. Det kan bety at det er sjukepleiarane som kjenner mest på stressfaktoren ved å måtte gå ifrå sine arbeidsoppgåver og overlata desse til sine medarbeidarar. Det kan også innebere at sjukepleiaroppgåver blir delegert. Det vanlegaste av desse er medisinaladministrasjon, altså å dele ut medisin til pasientane. Det skal då nemnast at for å ha lov å dele ut medisin må ein ha gjennomført, og bestått, eit medisinkurs, og i tillegg hatt opplæring i medisinalutdeling på den spesifikke avdelinga. Under skildringane av arbeidsdagen kjem det også fram at dei opplever eit visst stressnivå med tanke på tidspress, men også at graden av stress kan henge saman med kven som er på jobb, om det er fast tilsette eller vikarar. Dette er det begge profesjonar og ved begge institusjonane som uttalar.

Skildringane av kva arbeidsoppgåver som pleiarane gjer og organiseringa av arbeidsdagen er svært lik på dei to institusjonane og mellom profesjonane. Tidspress, ansvar og stress er altså faktorar som blir tatt opp i denne samanhengen.

Fysisk arbeidsmiljø

Helse- og omsorgsyrka er kjent for å vere av fysisk belastande karakter, særleg på omsorgsinstitusjonar. Og når det også er muskel- og skjelettplager som er største årsaken til sjukefråveret i Noreg, kan det sjå ut som å vere ein samanheng mellom desse to faktorane. Eg ynskjer å sjå på i kva grad samanhengen mellom det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet påverkar sjukefråveret. For å finne ut det stiller eg først spørsmål om det fysiske arbeidsmiljøet, om korleis respondentane opplever dette som belastande, i kva grad dei bruker hjelpemiddel og eventuelt effekten av dei, og kor vidt det fysiske arbeidet har ført til sjukefråver for deira del.

Ordet «tungt» blei brukt av alle respondentane i samband med den fysiske delen av arbeidet. Dei to einingsleiarane kjenner ikkje særleg på dette sjølve, men ser at arbeidet i avdelinga er tungt. Ingen av dei har opplevd at det fysiske arbeidsmiljøet har ført til sjukefråver for deira del. Den eine av leiarane seier ho ikkje kjenner på fysiske plager i det heile i samband med jobben, medan den andre seier ho kjenner på det å vere sliten på ein annan måte enn når ho jobbar i avdelinga. Resten av respondentane, på begge institusjonane, seier at dei ved

arbeidsoppgåver som morgonstell og frukost opplever stress på grunn av tidspresset dei føler på. Tidspresset kjem av at dei har mange som treng hjelp på same tid. I tillegg er mykje av arbeidet fysisk tungt. Begge institusjonane har fleire tiltak for å redusere dei fysiske belastningane, som til dømes kurs i forflyttingsteknikkar og veiledning frå fysioterapeut. Eit anna tiltak er dei ulike hjelpemidla. Mellom anna er ståheis mykje brukt. Pleiaren kan feste pasienten med sele til heisa for så å dra/skubbe heisa med pasienten i over korte avstandar, til dømes for å flytte pasienten frå seng til toalett. Alle respondentane seier dei meir eller mindre brukar hjelpemiddel for å unngå slitasjeskader og rygg- og nakke. Det er likevel tre av respondentane ved eine sjukeheimen som seier dei enkelte gongar har valt å ikkje bruke hjelpemiddel på grunn av tidspresset. Det tar ekstra tid dersom heisa ikkje står i nærleiken, og dei må gå lange avstandar for å hente den. Dette fordi det oftast er fleire pasientar som deler på éi heis. I tillegg tek det tid å feste pasienten til heisa. Så for å spare nokre minutt, skjer det innimellom at dei i staden forflyttar eller løftar pasienten. Omsorgsarbeidar «Else» uttrykker det slik:

Ja, her er no ein del tunge løft, selvfølgelig. Her er no heiser og segl, men så går det seint. Så vi tenkjer: Viss vi er to, skal vi berre prøve å løfte? Skal vi prøve å flytte vedkomande frå stolen og bort i senga utan, så sparer vi oss iverfall mange minutt med å begynne med heis og sele og styr. Men det er klart, ein bør ikkje gjere det. Men det skjer. Det gjer det. Men ikkje så ofte. Vi prøvar å ta oss den tida det tek. Vi er berre nødt til å seie at dette er for tungt, vi kan ikkje. Men du må gå eit stykke for å hente heisa fordi her er jo mange om dei då, men det må ein ta seg tida til å gjere.

(«Else», omsorgsarbeidar «Fjellheim»).

Dette viser at tidspress kan vere ein faktor som fører til val som gir direkte fysiske belastningar.

Eit anna dilemma pleiarane står overfor ved bruk av hjelpemiddel er av etisk karakter, og omhandlar både ei verdikonflikt og konsekvenskonflikt. Pasienten sin gangfunksjon vil raskt bli redusert og i verste fall forsvinne heilt ved konstant bruk av heis. På den eine sida vil det rette vere å unngå bruk av ståheis så lenge pasienten kan greie å gå/forflytte seg over korte avstandar, men då med hjelp frå ein eller to pleiarar. Erfaringsvis ser dei at gangfunksjon og muskeltonus vert raskt svekka når pasienten ikkje får bruke musklane og bevege seg jamleg. På den andre sida er omsynet til pleiarane si helse. Dei er heilt avhengige av å ha god fysisk helse og må vere bevisste på å ta vare på mellom anna rygg og nakke i ein slik jobb. Rygg- og nakkeplager er svært vanlege plager i dette yrket, og ved å bruke ulike hjelpemiddel når pasienten skal forflyttast, tek pleiaren omsyn til si eiga helse og kan unngå slike plager. Ei

anna side av saka er pårørande sine meiningar om bruken av heis. Mange pårørande ser det sjølvstøtt først og fremst frå pasienten sin ståstad og meiner ein må prioritere å ivareta gangfunksjonen. Her er altså mange faktorar pleiarane må ta omsyn til, men svara frå respondentane viser at dei oftast vel å bruke heis på trass av pårørande, og av og til pasienten, sine ynskje. Den eine sjukepleiaren uttrykker det slik:

Dei skal no helst reise seg opp og gå så lenge som mulig, men viss eg kjenner at det ikkje er bra for min kropp så tenkjer eg at det er viktigare at eg er på jobb og har ein frisk kropp enn at dei får gå dissa tre stega frå senga og bort til stolen sin. Sånn tenkjer eg. Fordi eg orkar ikkje å slite, og drage dei, nærast bære dei fordi dei skal gå.

(«Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»).

Sjølv om fleire av respondentane seier dei har vurdert å «løfte» pasienten for å spare tid, i staden for å bruke hjelpemiddel, kjem det fram at det er svært sjeldan dei vel denne løysinga. *Tid* er ein faktor som blir nemnt av alle respondentane, men også at dei vel å ta den tida dei treng for å bruke hjelpemiddel, for å spare kroppen mest mogleg for fysiske belastningar. I tillegg til tid er også *stress* ein faktor som blir nemnt av mange respondentar. Kombinasjonen av tidspress, stress og fysisk tunge løft er ei stor årsak til sjukefråveret hos dei, seier respondentar ved begge institusjonane.

Fleire av respondentane seier altså at dei har hatt sjukefråver av samansette årsaker, der forhold på jobben har vore éin av faktorane. Berre éin av respondentane gir uttrykk for å ha hatt sjukefråver med direkte årsak til arbeidets fysiske karakter. Etter ei konkret hending på jobb for fleire år sidan, har ho i periodar hatt problem med smerter i nakken.

Psykososialt arbeidsmiljø

Det psykososiale arbeidsmiljøet har to sider. På den eine sida blir det psykososiale arbeidsmiljøet påverka av kvar enkelt arbeidstakar sin psyke og personlegheit, og på den andre sida blir kvar enkelt arbeidstakar påverka av dei psykososiale og organisatoriske forholda ein jobbar i. Det kan vere svært individuelt kva dei enkelte meiner er viktig for eit godt psykososialt arbeidsmiljø. Vidare er det også interessant å sjå på om faktorar åleine kan vere årsak til, eller vise tendensar til, å påverke graden til sjukefråver. Eg har difor starta denne delen av intervjuet med å stille respondentane opne spørsmål om kva dei opplever gir arbeidsglede og trivsel. Dette for å få fram dei faktorane respondentane først tenkjer på og som dermed kan bety mykje for dei i arbeidskvardagen.

Arbeidsglede og trivsel

«*At folk er fornøgde*», trekker dei fleste av respondentane fram som ein faktor som gir arbeidsglede. Med «folk» meiner dei både pleiarar, pasientar og pårørande. Tilbakemeldingar om at folk er fornøgde kan vere både i verbal form og i form av smil og latter. Andre faktorar som fleire nemner er dette med kunnskap, kompetanse og utvikling, der dei finn motivasjon i det å vere løysingsorientert, å få til ting og lære nye ting. Særleg sjukepleiarane seier dei synes det er givande å få nye arbeidsoppgåver, å finne løysingar og å lære av kvarandre. Eg forstår respondentane slik at deira løysingsfokus gjeld både relasjonsarbeidet med pasientane og meir konkrete og tekniske arbeidsoppgåver, der dei får utfordre og teste kunnskapen sin. Kompetanse er ein faktor eg også kjem tilbake til seinare i oppgåva. Vidare seier eine einingsleiaren at ho finn arbeidsglede i det å halde seg innanfor budsjetttrammene samtidig med å halde ei fagleg forsvarleg drift.

Ein anna faktor under dette temaet, og som fleire av respondentane nemner, er godt arbeidsmiljø, som jo er eit vidt omgrep. Respondentane kjem med fleire eigne definisjonar på dette. Mange meiner det inneber at ein opplever at det er kjekt på jobb, og å få jobbe saman med gode kollegaer som ein kan dele latter og glede med. Godt arbeidsmiljø inneber også å få gå saman med fast personale. Dette blir også nemnt fleire gongar i ulike samanhengar i løpet av intervjuet. Slik som «Paula» skildrar dette, viser at det er fleire faktorar som blir påverka om ein går saman med fast personale eller med vikarar.

Gode kollegaer gir meg arbeidsglede og trivsel. Det har eg tenkt på siste året for det har vore nokre hektiske perioder her, siste året. Og ho som eg går mest ilag med, vi har det så kjekt i lag. Vi flirar så gale når vi er på jobb ilag, og vi tek med oss pasientane i fliringa, så vi har det så kjekt alle saman i lag. Det blir så god stemning på avdelinga når vi er i lag. Men no har det vore så lenge at vi nesten ikkje har vakter i lag. Og det merkast. Det blir litt sånn stusselig, faktisk. Eg går også mykje saman med ein sjukepleiar, men når vi ikkje er på jobb samtidig og eg går ilag med vikarar føler eg at veldig mykje av ansvaret på å holde orden og ha ein tråd i avdelinga fell veldig mykje på meg. Så disså trådane, å holde dei, nei, det er mykje å tenkje på. Sjølv om det ikkje er noko konkret, nødvendigvis. Det er dinna heilheita, rett og slett.

(«Paula», omsorgsarbeidar «Fjellheim»)

Som nemnt i starten på avsnittet blir det psykososiale arbeidsmiljøet påverka både av eigen psyke, og at ein sjølv også blir påverka av sine kollegaers personlegdom og måten dei verkar på miljøet. Eg ser det difor som interessant å få eit innblikk i korleis respondentane trur kollegaene ser på sin arbeidskvardag. Eg har spurt kva dei trur kollegaene finn motiverande og kva dei trur dei finn de-motiverande. Her kjem det fram ulike svar. Det treng likevel ikkje

å bety at dei har ulike meiningar om det, men heller at det er ulike tankar om det som kjem fram i farta.

I hovudsak trur respondentane at kollegaene stort sett tenkjer som dei sjølve og dermed at også dei opplever at godt arbeidsmiljø er ein motivasjonsfaktor. Her trekker dei fram det å bli sett, både av leiar og av kollegaer, noko som inneber å få positive tilbakemeldingar, ris og ros, det å få litt ekstra ansvar, og at ein føler tilhøyrsløse til kollegaer og arbeidsplassen. Å jobbe saman i eit team kan gi oppleving av tilhøyrsløse med kollegaene. Denne tilhøyrsløsa, meiner fleire, kan bli endå sterkare ved at ein i tillegg har andre, sosiale arenaer der ein kan vere saman, til dømes felles pauser, vinlotteri på jobben, og sosiale samlingar utanfor arbeidstida. Vidare meiner dei at det er viktig å jobbe saman med faste og kjende kollegaer og som ein kan ha det kjekt saman med. Og ikkje minst trur respondentane at kollegaene også synes at det å ha nok personale på jobb er svært viktig. Fleire av dei seier dei ser at personalet mister gnisten og arbeidsgleda når det veldig travelt. Lite personale, utfordrande pasientar, samt høgt tidspress kombinert med eit fysisk tungt arbeid blir nemnt som de-motiverande faktorar i form av stress og usikkerheit. Usikkerheita ligg i at ein ikkje veit kor lenge det vil vere slik, om ein må gå underbemanna éin dag eller fleire dagar. Mykje vikarbruk kan også vere ein de-motiverande faktor for personalet. Men også for vikarane kan det opplevast som de-motiverande å ikkje få opplevinga av tilhøyrsløse til verken kollegaer eller arbeidsplassen. Dette er det berre éin respondent som dreg fram. Ho trur at det må opplevast de-motiverande å vere vikar berre for å gjere ein jobb og for å hjelpe dei andre med å få unna arbeidet og elles ikkje er så viktig, og det å ikkje få ta del i det som blir bestemt. Dette kan vere eit eksempel på å ikkje bli sett, verken av leiar eller kollegaer. Vidare seier ein annan av respondentane at ho trur kollegaene tenkjer slik som ho, at eit godt arbeidsmiljø utan konflikhtar er motiverande. Ho trur det er deira gode arbeidsmiljø som «reddar» dei. Eine einingsleiaren nemner også denne faktoren, men frå motsett synsvinkel. Ho meiner at det kan virke de-motiverande at personalet er så ulike, noko som kan føre til diskusjonar og at det kan vere vanskeleg å respektere dei ulike profesjonane og deira roller.

Eg er usikker på om alle respondentane oppfattar at eg ute etter korleis dei trur *kollegaene* opplever dei ulike faktorane. Nokre av respondentane svarar kontant, noko som gir meg ei oppfatning av at det er deira eine motivasjonsfaktorar dei gir uttrykk for. Nokre tenkjer at dei tek kollegaene sitt perspektiv ved at dei seier at «*Eg trur dei tenkjer slik som meg, og meiner at...*». Medan andre tenkjer seg om og er kanskje endå meir bevisst svaret sitt, ved at dei seier slikt som «*Eg trur dei synes det er motiverande når...*». Summert opp ser eg at respondentane

har mykje likt i svarea sine når det gjeld eigen motivasjon og kva dei tenkjer kollegaene finn som motiverande. Dette temaet tek for seg det psykososiale ved arbeidsmiljøet, som inneber tilbakemeldingar og oppleving av tilhøyrsløse. Det handlar også om i kva grad ein går saman med fast personale eller om det er mykje bruk av vikarar. Eit område skil seg ut når det er snakk om eigne motivasjonsfaktorar og motivasjonsfaktorar opplevd av kollegaene.

Kunnskap og kompetanse opplever respondentane som å vere sterkt motiverande. Det å få lære nye ting, utvikle kvarandre, løyse nye oppgåver, er noko dei fleste opplever gir arbeidsglede. Derimot er det berre éin respondent som nemner dette som ein motivasjonsfaktor hos kollegaene. Ho trur dette er profesjonsbetinga og meiner at det stort sett er sjukepleiarane som viser interesse for kurs og ny lærdom, og dermed at det kan vere ein de-motiverande faktor når dei andre kollegaene ikkje viser vilje til utvikling.

Arbeidsglede og trivsel finn respondentane i hovudtrekk innan tre område. Det første, og som blei nemnt av dei fleste respondentane, var at «folk», altså personale, pasientar og pårørande, var fornøgde. Det andre området omhandla kunnskap, kompetanse og utvikling. Dei syntes det er givande å få nye og utfordrande arbeidsoppgåver, å finne løysingar og å lære av kvarandre. Det tredje området innebar eit arbeidsmiljø bestående av godt samspel mellom kollegaene. På spørsmål om kva dei trudde kollegaene opplevde som motiverande og som de-motiverande, svarte dei stort sett slik som dei sjølv opplever eigen motivasjon. Dei trekte fram faktorar som det å bli sett, få tilbakemeldingar, få ansvar og oppleving av tilhøyrsløse. De-motiverande faktorar ser dei som det motsette, særleg dette å ikkje bli sett og ikkje få vere ein del av det kollegiale samhaldet. Her blir også temaet om høg bruk av vikarar nemnt av fleire.

Balanse mellom krav og kontroll

Å oppleve mestring av arbeidsoppgåvene ein blir satt til, og i forhold til ansvarsområde, er viktig for å oppretthalde arbeidsglede. Ein viktig faktor i den samanheng, er opplevinga av balanse mellom krav og kontroll. Å oppleve balanse mellom krav frå pasientar, kollegaer og leiing, og å ha kontroll over eigen arbeidsdag er ein faktor som kjem fram i fleire forskingsrapportar. Her kan ein på den eine sida oppleve god balanse mellom mestring, finne løysingar og kjenne at ein utviklar seg både som person og profesjonsutøvar, og på den andre sida at ansvaret kan bli for stort og tungt og arbeidet til slutt blir ei belastning ein ikkje greier å bere. Denne balansegangen kan i eine høve føre til sjukenærver der ein kjenner at det er helsefremmande å gå på arbeid, medan det ved neste høve kan føre til det motsette, nemleg sjukefråver.

Ut i frå respondentane sine skildringar av arbeidsdagen i starten av intervjuet, forventa eg her å få ei negativ skildring av opplevinga av kontroll. Eg tenkte at med så stort tidspress som tidlegare har vore skildra, og med dei rutineprega arbeidsoppgåvene, ville opplevinga av å ha kontroll over eigen arbeidsdag så å seie vere fråverande. I staden fekk eg fleire positive svar. Dei aller fleste respondentane seier dei meir eller mindre kan styre arbeidsdagen sin sjølv. Trass i at dei fleste skildrar at det er pasientane sine behov, tidspress og dei rutinemessige arbeidsoppgåvene som styrer arbeidsdagen, gir dei samtidig uttrykk for at dei opplever å kunne styre og kontrollere sin eigen arbeidsdag. Altså er dette todelt, ved at respondentane opplever på den eine sida at dei kan bestemme kva arbeidsoppgåver dei vil gjere no og kva dei kan utsette til neste dag. På den andre sida seier også dei same respondentane at dei må følge pasientane sine behov i tillegg til å planleggje med sine kollegaer sidan dei jobbar som eit team. Også under dette punktet kjem verknaden av vikarbruk fram. Då opplever respondentane at ansvaret fell tyngre på dei som er faste og dermed at dei har lågare kontroll over arbeidet som skal gjerast på avdelinga. To av respondentane, begge sjukepleiarar frå kvar institusjon, uttalar at dei stort sett opplever å ha kontroll, men at dei får dårleg samvit når dei må gå ifrå avdelinga og overlata ansvaret til dei som er att. Dette gjeld spesielt når dei jobbar saman med vikarar.

Stort sett føler eg å ha kontroll over eigen arbeidsdag. Vi har av og til få sjukepleiarar og eg kan i periodar snart vere den einaste med norsk bakgrunn her. Og då føler eg litt at eg mister litt kontrollen. Då er det litt sånn at eg kjenner på det; «Kva har blitt gjort no, kva har dei...» Men når alle er her og dei andre er på jobb, då slappar eg meir av fordi då er det ikkje berre eg som har ansvaret. Då kan eg stole på at dei gjer jobben sin. Når eg ikkje veit om dei som er på jobb taklar pasientane og eg ikkje føler det er kontroll i avdelinga, stressar eg når eg står på medisinerrommet og eg har berre assistentar her oppe.

(«Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»).

Det mange altså seier er at når fast tilsette er på jobb, deler ein på ansvaret og ein kan sjølv ha betre kontroll over det ein skal gjere og samtidig føle seg trygg på at kollegaene har kontroll på sine arbeidsoppgåver. Det er likevel nokre som ser på det frå ein annan vinkel og meiner at det ved vikarbruk blir lettare å styre eigen arbeidskvardag fordi ein då kan ta meir kontrollen. Dette kan vere vanskelegare når ein jobbar saman med faste kollegaer.

Eg kan styre arbeidsdagen min sjølv, men det er ikkje alltid det lønner seg å gjere det. Ein må på ein måte jobbe i ei gruppe, då. Og så er det ikkje alltid ein kan styre arbeidsmengda. Eg ser ofte i helgane når vi er mindre av dei faste på jobb og det er meir vikarbruk, då er det enklare å styre sånn (ler). For då er det litt sånn at eg kan ta kontrollen, på ein måte. Og for all del, det kan eg gjere i vekene også når vi er faste på jobb, men det er ikkje like enkelt.

(«Kari», sjukepleiar «Solgløtt»).

Eg ser også at tidsaspektet blir nemnt som ein medverkande faktor i samband med opplevinga av balanse mellom krav og kontroll. To av dei som opplever å kunne styre arbeidsdagen sin sjølv, seier også at tidspresset styrer mykje av dagen. Dei veit kva arbeidsoppgåver som skal gjerast, og dei kan meir eller mindre velje bort enkelte oppgåver, men tidspresset gjer at dei kan ikkje velje å bruke så mykje tid dei vil på kvar enkelt arbeidsoppgåve eller på kvar enkelt pasient. Dette må tilpassast resten av arbeidsmengda. Eg forstår dei slik at bakgrunnen for at dei føler kontroll er opplevinga av å meistre utføringa av arbeidsoppgåvene. Dei veit kva dei skal gjere og føler kontroll ved utføringa. Det er likevel éin av respondentane som seier ho opplever at det er pasientane som styrer hennar arbeidsdag og at arbeidet er svært hektisk og stressande, særleg på tidlegvaktene og i arbeidshelgane. Einingsleiarane ser ulikt på dette temaet, då den eine opplever for mykje ansvar i forhold til det som var tenkt til stillinga og den andre opplever å ha kontroll i samband med forventningane og føler seg trygg i rolla.

I utgangspunktet svarar dei fleste at dei opplever ein fin balanse mellom krav som blir stilt til dei og kontrollen dei har over arbeidsoppgåvene. Likevel endrar dette seg litt etter kvart i måten dei uttrykker denne opplevinga på. Arbeidsoppgåvene er stort sett bestemt på førehand i form av ei meir eller mindre fast organisering av oppgåvene på bestemte dagar. I tillegg blir pleiarane sin arbeidsdag også bestemt mykje av pasientane sine behov, og av tidspresset som også blir ein styrande faktor. Trass i dette er det mange som uttrykker at dei føler dei har kontroll over arbeidsdagen, og då særleg over arbeidsoppgåvene som skal gjerast. Fleire uttrykker likevel at dette er avhengig av kven dei jobbar saman med, om det er fast tilsette eller vikarar. Så å seie alle opplever høgare nivå av ansvar og stress ved å gå mykje saman med vikarar.

Arbeidstempo

Arbeidstempo og oppleving av kontroll heng saman. Det må vere nok tid til å utføre arbeidsoppgåvene på ein tilfredsstillande måte, for å oppleve kontroll over eigen arbeidssituasjon. Arbeidstempo er ein faktor som kan ha både motiverande og de-motiverande effekt.

I tillegg er arbeidstempo ein del av opplevinga av å ha kontroll over eigen arbeidssituasjon. Aagestad et al. (2011) seier at høgt arbeidstempo har ofte samband med merksemd- og konsentrasjonskrav, og kan ha ein negativ helsemessig risiko når arbeidstempoet blir bestemt av andre enn seg sjølv. Høgt arbeidstempo er ofte ein konsekvens av at ein har for mykje å gjere på jobben, og kan føre til både fysiske og psykiske helseproblem, mellom anna smerter i

nakke og skuldre, og stressrelaterte helseproblem. Sjukepleiarar er ei av dei yrkesgruppene som i høg grad opplever både å ha for mykje å gjere på jobben og å måtte jobbe i høgt tempo. Statistikk viser at sjukepleiarar opplever dette i mykje større grad enn pleie- og omsorgsarbeidarar (Aagestad et al., 2011, s. 87 og 88).

Ut i frå desse funna forventar eg at respondentane svarte bekreftande på oppleving av høgt arbeidstempo og at dette var ein negativ faktor. Alle respondentane, uavhengig av profesjon og arbeidsoppgåver, gav uttrykk for, slik som eg hadde forventar, å oppleve høgt arbeidstempo. Derimot var overraskinga at fleire opplever dette som ein positiv faktor, fordi dei likar at det skjer ting og tida går raskare når ein har mange arbeidsoppgåver. Dei seier at dagane er ulike, nokre dagar er det høgare tempo enn andre, og dette ser dei på som positivt.

Høgt arbeidstempo synest eg er greitt, eigentleg. Eg likar at det er litt, at det går litt unna. Men det er veldig rart, det her. Fordi ei vakt kan vere veldig intens, og neste vakt kan vere heilt...det kan gå heilt glatt. Sjølv om det er akkurat dei same pasientane og vi er like mange på jobb.

(«Silje», sjukepleiar «Fjellheim»)

Det er likevel dei fleste respondentane som brukar ordet «stress» i denne samanhengen. Dette vert skildra på ulike måtar. Ein einingsleiar seier det kan føre til at ho gløymer ting, medan fleire av dei andre seier dei kjenner det høge arbeidstempoet fysisk på kroppen både i form av å bli fysisk slitne, lågt blodsukkernivå og auka hjarterytme og puls. Også under dette punktet blir temaet vikarbruk trekt fram. Nokre av respondentane meiner at det betyr svært mykje å få gå saman med fast personale. Som den eine seier det: «Når du er faste personar på jobb, så glir det i grunnen av seg sjølv.» («Rebekka», omsorgsarbeidar «Solgløtt»).

Oppsummert viser dette at mange av respondentane opplever høgt nivå av stress på grunn av høgt arbeidstempo, medan nokre også ser det positive i det.

Svara som har kome fram her var ikkje særleg overraskande, isolert sett. Det at dei opplever høgt arbeidstempo er nokså kjent i denne type yrke, og også at dette gir stress. Det var noko uventa at fleire av respondentane såg på det høge arbeidstempoet som positivt. Det kan virke noko sjølvmotseiande at respondentane opplever høg grad av kontroll i eigen arbeidssituasjon, men samstundes at arbeidstempoet gir dei stress. Ein skulle tru at dei, fordi dei ikkje kan styre eige arbeidstempo, ikkje opplevde så høg grad av kontroll. Dette kan kanskje forklarast med at dei legg noko anna i å oppleve kontroll. Slik eg forsto det opplever dei høg grad av å mestre sine arbeidsoppgåver, å ha kontroll over at arbeidsoppgåvene blir utført og at pasientane har det bra. Det som skal gjerast blir gjort, og arbeidstempoet må dei berre følgje, trass i at det

gjer dei slitne og stressa. Eg oppfattar dei slik at dei likevel får gjort det dei skal, meir eller mindre slik dei ynskjer det.

Kompetanse

Å få bruke kompetansen sin handlar om utvikling og mestring, og for å kunne oppleve dette må ein få mulegheit til utfordringar og ansvar innanfor sitt mestringsområde. Dersom leiar legg til rette for dette, kan det motivere dei tilsette og i beste fall skape ein helsefremmande arbeidsplass der sjukenærver blir føretrekt framfor sjukefråver. Mange av respondentane seier også nettopp dette, at dei synes det er motiverande å få bruke kunnskapen sin, lære nye ting og å utvikle seg i jobben. Blant anna seier «Silje» det slik:

Ja, altså, det er veldig motiverande å få nye oppgåver, då. At vi får inn forskjellig... Ja, vi får jo inn litt av alt då, av pasientar, sidan reformen. Så vi får no lære oss mykje nytt i perioder. Og det er no veldig motiverande. Litt spennande og litt skummelt (ler).

(«Silje», sjukepleiar «Fjellheim»).

Dette er i tråd med forskaren Mastekaasa (2010) sin påstand om at det å få bruke sin profesjonelle kunnskap for mange gir ein indre motivasjon. Profesjonsyrke har ofte samanheng med å jobbe med menneske. Dette gir mulegheit for mange varierende arbeidsoppgåver som også ofte gir høg grad av autonomi. Han meiner at dette gjeld også i motsett retning, at autonomi heng nært saman med varierte og fagleg utfordrande arbeidsoppgåver. På bakgrunn av dette spurte eg respondentane i kva grad dei opplever at dei får bruke kompetansen sin og i kva grad dei opplever å få oppretthalde og utvikle kompetansen i personalgruppa.

Respondentane meiner at dei får bruke kompetansen sin i arbeidet. Begge einingsleiarane har sjukepleie som grunnkompetanse, men har heilt andre arbeidsoppgåver i stillinga som leiar. Dei opplever begge å ha hatt ei bratt læringskurve, men opplever likevel, i større eller mindre grad, at dei meistrar rolla si og arbeidsoppgåvene sine. I tillegg til leiarrolla er dei opptatt av å behalde sjukepleiefokuset og –kompetansen. Det gjer dei begge ved innimellom å delta ute i avdelinga. Dei andre respondentane opplever også at dei i stor grad får bruke, og vidareutvikle, kompetansen sin ved at dei får utfordringar dei meistrar. Likevel opplever dei det som litt vanskeleg å bruke eigen kompetanse til å utfordre og utvikle kvarandre. Her kjem igjen faktoren *tid* til uttrykk. Dei meiner det er for lita tid til diskusjonar og refleksjonar. Det er stort sett under rapportane, når personalet er samla, at det er enklast å få det til. Sjukepleiar «Susanne» meiner at rapportane er for korte til at dei får utfordre kvarandre, og seier det slik:

«Det er alltid diskusjonar i personalgruppa. Ja, kanskje litt for lite. Litt for lite tid til å faktisk kunne snakke. For korte rapportar.» («Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»).

Fleire gir også uttrykk for misnøye med låg grad av kurstilbod. Eg oppfattar dette som at det er interesse for å både lære nye ting og utvikle den kompetansen ein har, men at arbeidsgjevar ikkje legg nok til rette for dette i form av å tilby dei kurs. Eine omsorgsarbeidaren seier ho prøvar å halde seg oppdatert og utvikle seg sjølv ved å lese artiklar og fagstoff som ho kjem over. «Det er no ikkje kurs i det heile tatt, nesten. Og er vi på eit kurs så er det ingen som spør oss etterpå.» seier ho («Lillian», omsorgsarbeidar «Solgløtt»). Den eine sjukepleiaren ved same institusjonen opplever at sjukepleiarane har god dialog og greier å utvikle kvarandre sin kompetanse. Vidare seier ho at arbeidsgjevar tilbyr ulike kurs og fagdagar, men at det er få, særleg av omsorgsarbeidarane, som viser vilje til å delta.

Også under temaet om kompetanse kjem faktoren med sjukefråver og vikarbruk opp. Men her har respondentane ulik oppfatning av korleis mykje vikarbruk verkar inn på graden av bruk av kompetanse. Nokre opplever at dei ved høgt sjukefråver og vikarbruk får større ansvar og dermed endå meir bruk for kompetansen sin. Dette fordi det er dei faglærte som har ansvaret for pasientane og avdelinga og at det dermed er færre som deler på dette. Sjukepleiarane opplever det derimot motsett. Dei seier at dei får bruke kompetansen sin mindre fordi det går meir tid til rutineoppgåver og det er meir ein må passe på i avdelinga av andre ting. Høgt nivå av *ansvar* er altså ein faktor som blir nemnt av fleire av respondentane, både i denne og andre samanhengar.

Dei fleste respondentane gir uttrykk for at dei får bruke kompetansen sin og ser på dette som ein motivasjonsfaktor. Som mange har nemnt tidlegare fører ny kunnskap og utfordringar til arbeidsglede og trivsel. Samstundes kjem igjen faktoren *tid* opp, og fleire seier at det er for lite tid spesielt til å bruke kvarandre og utvikle kompetansen i kollegagruppa. Det er for det meste i rapportsituasjonar dette skjer. Det er også delte meiningar om korleis vikarbruk kan virke inn på bruken av kompetanse. Nokre meiner at dei får bruke kompetansen sin meir når dei jobbar saman med vikarar fordi dei då har mykje meir ansvar, medan andre seier det motsette, at dei då må ta dei ordinære arbeidsoppgåvene i tillegg til å ha oversikt over at alt som må gjerast blir gjort.

Støtte og tilhøyrse

Fleire ulike studiar viser at graden av støtte frå næraste leiar viser tendensar til å ha sterk samanheng med sjukefråver og sjukenærver. Det ser ut til at denne faktoren har sterkare tilknytning enn til dømes personlege forhold og andre ulike variablar på arbeidsplassen. I

studien til Aronsson og Lindh (2004, s. 13) viste det seg at av dei ulike variablane på arbeidsplassen var det støtte frå næraste leiar som hadde sterkast innverknad når ein såg det i forhold til dei som var langtidsfriske.

Tilbakemeldinga frå respondentane vedkomande oppleving av å få støtte frå kollegaer og næraste leiar var einsidig og i tråd med forskingsfunna. Alle gir uttrykk for å oppleve slik støtte, men graden av støtta opplever dei ulikt. Einingsleiarane er heilt klare på at dei opplever å få støtte både frå sine tilsette og næraste leiar. Dei gir likevel også uttrykk for å ha opplevd å delvis ikkje få støtte. Dette har dei følt på i vanskelege personalsaker og i spesielle situasjonar der ein er ueinige. Kor vidt dette slår ut i oppleving av stress er ulikt. Eine einingsleiar gir uttrykk for at slike situasjonar ikkje gir henne stress. Ho seier at: «...*det er no berre sånn det er å vere leiar, tenkjer eg.*» («Randi», einingsleiar «Solgløtt»). Det har heller ikkje ført til sjukefråver for hennar del. Ho peikar også på at den type jobb som ho har, gjer det lettare med sjukenærver, der ho kan tillate seg å gå på jobb sjølv om ho ikkje føler seg heilt frisk. Ho opplever då støtte og forståing frå sine tilsette for at ho i slike tilfelle held seg mest for seg sjølv på sitt kontor. Ho tenkjer at personalet set meir pris på at ho på denne måten er tilstades og tilgjengeleg. Ho seier ho føler støtte og tilhøyrse frå både personalet og frå leiinga.

Einingsleiarane ved «Fjellheim» opplyser at ho var 20 % sjukmeldt ei lita periode og at dette var jobbrelatert truleg på grunn av stor arbeidsmengde og høgt arbeidspress, som også førte til høg stressfaktor. I samband med opplevinga av støtte seier ho at ho i denne perioden mest sannsynleg hadde falle meir saman og vore meir sjukmeldt dersom ho hadde opplevd å ikkje få støtte frå personale og næraste leiar. Ho trur at denne støtta har gjort det lettare for henne å velje å gå på jobb i turbulente tider. Ho skildrar det slik:

At du vaknar om morgonen og eigentleg føler deg kjempesliten, vaknar med hovudverk og stive skuldrer og tenkjer at «huffameg!». Men så veit eg at med ein gong eg kjem på jobb og inn på pauseromet og får meg ein kopp kaffi så er det så kjekt å vere her på ein måte. Det er eigentleg det eg vil.

(«Trude», einingsleiar «Fjellheim»).

Ho opplever både støtte og tilhøyrse til sine kollegaer, men på den andre sida har ho også opplevd å ikkje få støtte. Her nemner ho spesielt situasjonar i samband med trasige personalsaker. Det ho då legg vekt på, er kven ho *får* støtte *hos*, som kommunalsjefen, «...men også litt personalet», som ho seier.

Under spørsmålet om støtte er tilbakemeldingane frå respondentane delt. Det å oppleve behov for støtte inneber i denne samanhengen at når ein opplever ein vanskeleg situasjon har ein

behov for støtte til dømes i eit val ein må gjer, støtte til å ta ei avgjerd eller eventuelt hjelp til å oppnå mestringsfølelsen igjen. Den nemnde omsorgsarbeidaren seier ho ikkje opplever dette i særleg sterk grad. Ho skildrar dette slik at ho skulle ønskje det var lettare å ta opp ting med kollegaene og at dei kunne ha snakka litt meir saman. Vi har avdelingsmøte, men når dei då kjem på desse møta blir det ofte stilt, seier ho.

Eg synes arbeidsmiljøet kunne ha vore betre. Folk skulle ha vore meir engasjert, at vi er meir eit team. Eg synes at det er vanskeleg å ta opp forskjellige ting. Og har vi sånn avdelingsmøte og sånn så..., i grunnen så har vi kanskje snakka om det med forskjellige om at vi skulle gjort det slik og sånn, og så når vi kjem på dissa møta så er det akkurat som..nei, det blir ikkje. Då blir det stilt. Eller så seier dei at vi har det no bra nok.

(«Lillian», omsorgsarbeidar «Solgløtt»).

Vidare opplever ho også mangel på støtte når det kjem til dokumentasjonsprogrammet «Geric», som ho synes er vanskeleg å lære seg. Her opplever ho altså lite støtte og forståing frå kollegaene. Desse faktorane gjer at ho ikkje opplever arbeidsmiljøet som direkte godt, men heller ikkje dårleg. På trass av dette har ho svært lite sjukefråver, berre av grunnar som til dømes influensa og liknande. Frå resten av respondentgruppa er tilbakemeldingane delt. Nokre av respondentane uttrykker at dei opplever slik støtte, både frå kollegaer og leiar, og seier at dei opplever å ha det trygt og godt på arbeidsplassen. Likevel trekker dei også fram i denne samanhengen episodar der dei har opplevd å ikkje få støtte. Eine respondenten opplever at graden av støtte har samanheng med kven av personalet ho er på jobb saman med, men at ho alltid opplever å få støtte frå leiaren. Mangel på støtte frå kollegaene blir skildra på fleire måtar, som til dømes lite oppfølging i samband med arbeidsoppgåver som må gjerast, mellom anna dokumentering, og lite forståing frå kollegaer i samband med ulike måtar å jobbe på for dei som er tilknytt ulike avdelingar. Éin av respondentane opplever lite støtte frå kollegaene i samband med at ho ofte har hatt lange periodar med sjukefråver, både på deltid og heiltid. I desse periodane føler ho mindre grad av støtte og tilhøyrsløse til kollegaene og arbeidsplassen, og ho synes dette kan gjere det vanskelegare å halde kontakta. På den andre sida føler ho sterk støtte frå leiar og seier ho har inga oppleving av det motsette. Det som skil seg ut under spørsmålet om støtte er at alle respondentane ved eine institusjonen seier at dei aldri har opplevd å *ikkje* få støtte frå næraste leiar.

Respondentane elles gir uttrykk for at dei opplever tilhøyrsløse til kollegaene sine. Slik eg oppfattar dette opplever dei ein viss grad av likskap med sine medarbeidarar i form av at dei er likestilt med tanke på arbeidsoppgåver, og ansvarsområda er fordelt ut i frå profesjon. Dette er med på at dei føler seg trygge og inkludert i eit sosialt miljø på arbeidsplassen. Ved begge

institusjonane får eg svar som: «Vi er kjekke mot kvarandre, vi bakkar kvarandre opp. Føler at vi har det veldig trygt og godt her.» («Rebekka», omsorgsarbeidar «Solgløtt»), og: «Eg føler at viss eg treng det kan eg seie det korleis det er. Også hos einingsleiar får du støtte viss du treng det.» («Silje», sjukepleiar «Fjellheim»).

Det er likevel éin av respondentane som seier ho ikkje opplever denne tilhørsla. Det heng saman med at ho opplever at dei som er yngre har eit mykje høgare arbeidstempo og at dei kanskje forventar det same av henne. Sjølv har ho tatt eit val om å jobbe i eit saktare tempo og heller jobbe meir jamt gjennom heile dagen. Dette for ikkje å bli så stressa, noko som gjer henne sliten og dermed i fare for å ikkje greie arbeidsdagen. På grunn av dette føler ho mindre tilhøyrslle til personalgruppa.

Respondentane er altså einsidig i svara om at dei både opplever tilhøyrslle og støtte, men graden av dette opplever dei ulikt. Dei fleste føler seg trygge og inkluderte i eit sosialt miljø. Det er berre éin respondent som uttalar at ho ikkje opplever verken tilhøyrslle eller støtte i særleg stor grad, men at dette likevel ikkje har ført til sjukefråver for hennar del. Men det er også fleire som uttalar at dei ikkje alltid opplever så sterk grad av støtte frå sine kollegaer. Det går på at kollegaene ikkje følgjer opp det som har blitt bestemt, lite forståing mellom ulike måtar å jobbe på, at graden av støtte heng saman med kven som er på jobb, og også vanskeleg å bli inkludert når ein er ute i sjukefråver.

Emosjonelle uttrykk

Som helsearbeidar jobbar respondentane med menneske i ulike situasjonar og med ulike plager og sjukdomar. For å kunne ivareta heile mennesket må dei også takle pasientar, klientar og bebuarar sine emosjonelle uttrykk som mellom anna sinne, frustrasjon og sorg. Samstundes med å vise forståing og å vere ei støtte til desse, skal dei vere profesjonelle og freiste å skjule eigne følelsar. Både levekårundersøkinga frå 2006 (Statistisk Sentralbyrå, 2015) og Aagestad et al. (2014) si forskning ser på helsearbeidarar sine belastningar ved det å forholde seg til sterke følelsar hos sine brukarar. Levekårundersøkinga viser at helsearbeidarar er meir utsette for dette enn andre kvinnelege sysselsette. Aagestad et al. (2014) sin studie viser at det å måtte skjule eigne følelsar er den faktoren som har sterkast innverknad på sjukefråveret. Ser ein denne faktoren i tillegg til det fysisk tunge arbeidet personalet utfører, er det interessant å sjå i kva grad denne samanhengen kan verke inn på sjukefråveret. På den andre sida kan ein også stille spørsmål om denne delen av arbeidet er så givande for personalet at det faktisk kan føre til sjukenærver.

Så med tidlegare forskingsresultat som bakgrunn forventar eg at respondentane gir uttrykk for at denne faktoren gjer arbeidet ekstra tungt og slitsam. Eg følgjer opp dette med spørsmål om i kva grad dei opplever dette som positivt eller negativt. Hovudtrekket i svara er delvis i samsvar med forskinga då dei gir uttrykk for å oppleve dette som utfordrande. Fleire respondentar skildrar det slik at uansett kva sinnsstemning dei sjølv er i, og uavhengig av korleis pasienten opptrer, kan det vere tøft å greie å opptre profesjonelt. Eine sjukepleiaren gir uttrykk for at ho meiner det ikkje nødvendigvis er negativt å vise følelsar, men at det kan vere utfordrande likevel, fordi «ein skal jo vere profesjonell.». Ho uttrykker det slik:

Men å takle sinne og takle... det krev mykje av ein. Det gjer jo det. Å prøve å halde seg roleg. Det synest eg kan vere vanskeleg. Eg trur eg klarer det, då. Men så må eg berre av og til, når det er pasientar som er skikkeleg sinte og vanskelege, så må eg berre gå ut, berre trekke pusten og så kanskje ting har snudd når eg kjem inn att.

(«Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»).

Ei anna årsak til at respondentane finn dette utfordrande er ofte relasjonen til pårørande, som ofte har ulike forventningar, ynskje og behov. Dette kan det vere krevjande for personalet å imøtekomme på ein tilfredsstillande måte. Her blir igjen faktoren *tid* nemnt som ein viktig, men ofte mangelfull ressurs. Pårørande treng, i likskap med pasientane, at personalet set av tid til dei. Pårørande har behov for informasjon, å få stille spørsmål og bli trygg på at pasienten får stetta behova sine og har det bra. Trass i desse opplevde utfordringane, ser likevel mange av respondentane positivt på denne utfordringa. Fleire finn det motiverande når dei ser dei kan hjelpe, når dei greier å løyse ei konflikt eller på annan måte ser at ting går bra. Det gir ei god oppleving å få vere der når pasient eller pårørande treng hjelp, støtte og veiledning. Det er ikkje alle situasjonar som er like enkle å takle, men eine omsorgsarbeidaren uttrykkjer det slik:

Men vi har no dei som er demente. ... Altså, det er mykje sånn som du må prøve å vere litt både taktisk og prøve å ikkje gjer sånn at dei får ein sorgreaksjon igjen. Humor og god kommunikasjon, å prøve å forklare og sette seg inn i deira situasjon. Men så klart, det er ikkje alltid like enkelt då. Sameleis å få bruke tid til den pasienten som er lei seg, å få tid til det opp i alt anna. ... Eg synest det er motiverande å kunne gi den hjelpa dei treng. Og sameleis så gir dei så god «feed-back». Altså det er sånne ting som gjer at det er veldig givande å gi dei ein ekstra puff. Dei er veldig flinke med kompliment, dei aller fleste, sjølv om dei har veldig dårlege dagar.

(«Rebekka», omsorgsarbeidar «Solgløtt»).

Det er også noko overraskande at fleire av respondentane opplever at det i stor grad er godtatt at dei sjølve kan vise eigne følelsar. Det kan vere mange ulike følelsar ein kjenner på og fleire meiner at det i enkelte situasjonar kan vere naturleg, eller uunngåeleg, også for personalet å

vise både sorg og glede. I denne sammenhengen er det berre éin respondent som seier at ho saknar ei refleksjonsgruppe der ho kan få reflektere saman med andre.

Einingsleiarane opplever temaet «emosjonelle uttrykk» på ein litt anna måte enn personalet. For dei er det mest personalet som kjem med frustrasjonar, men av og til også pårørande som ynskjer å ta opp ting. Einingsleiarane ser på dette på ulike måtar. Den eine av dei synes det kan vere vanskeleg når det er pårørande som kjem. Då treng ho nokon å dele frustrasjonane med etterpå, men kan ikkje gjere det med kven som helst. På den andre sida ser ho på det som ei tillitserklæring at folk kjem til ho med vanskane sine. Den andre einingsleiaren blir ikkje særleg stressa av dette. Ho taklar det ved å finne ut kva som er problemet for deretter å ta tak i det og gjere noko med det. For henne er det ikkje noko problem å kalle inn og ta opp dei ulike problemstillingane.

Måten personalet og einingsleiarane opplever denne faktoren er altså noko ulik. Å møte pasient og pårørande sine ulik emosjonelle sider, ser personalet på som ei utfordring, og synes til tider det kan vere tungt. Likevel opplever mange at det er motiverande å få lov til å vere der for pasientar og pårørande, og få lov til å hjelpe. Sjølv om det kan vere vanskeleg å skulle skjule eigne følelsar kan det også i enkelte situasjonar vere greitt, og kanskje til og med naturleg, å vise desse til både pasientane og pårørande. Einingsleiarane opplever at både personale og pårørande kjem til dei, då mest med frustrasjonar. Dette tek dei som ei tillitserklæring og det fører ikkje til særleg stress for deira del.

Sjukefråver

Sjukefråveret kan setjast opp i ulike kategoriar, slik som korttidsfråvær, langtidsfråvær, eigenmeldt, legemeldt, hyppigheit, varigheit osv. Eg har ikkje tatt omsyn til slike kategoriar når eg har stilt spørsmål til respondentane. Dette fordi det kan vere vanskeleg for dei å vite kva som gjeld for deira avdeling. Hovudtyngda i svara er at respondentane opplever sjukefråveret generelt som høgt. Under dette er det også nokre av respondentane som sjølv kategoriserer sjukefråveret, der enkelte opplever eit høgt korttidsfråvær, altså mykje bruk av eigenmeldingar, medan andre opplever at dei har høgt langtidsfråvær på avdelinga med sjukmeldingar i høge stillingsprosentar.

I følgje ein studie av Batt-Rawden og Tellnes (2013) er kvinner si helse meir påverka av private forhold, som til dømes livshendingar og omsorgsansvar, medan menn si helse blir påverka av forhold på arbeidsplassen (Batt-Rawden & Tellnes, 2013). Under dette temaet spør eg kva faktorar dei generelt sett meiner er med på å påverke sjukefråveret på deira arbeidsplass. Fleire av respondentane meiner at kollegaene har ulik terskel for eige

sjukefråver og mange trur at dette har ein samanheng med oppdragelse i barndomen. «Anita» skildrar dette slik:

Men eg tenkjer, sjukefråver har veldig mykje med den heimen du kjem frå. Trur eg. I min heim, der eg vaks opp, det var aldri, altså, faren min var aldri borte frå arbeid. Ikkje mor mi heller. Det var på ein måte ikkje eit tema. Du går på jobb, sant?! Altså, terskelen for å vere heime frå skulen, den var høg. Eg trur sånt heng saman. Men igjen då, så har det selvfølgelig med.., altså, somme er no ofte sjuk. Men eg trur at akkurat det med terskelen for å vere heime, for å ringe og seie at eg ikkje kjem på jobb, den er lav hos somme.

(«Anita», omsorgsarbeidar «Fjellheim»).

Nokre av respondentane meiner også at sjukefråveret i mange tilfelle botnar i krysspresset mellom behov for full inntekt og presset ein har på heimebane med tanke på omsorg for familie, oppfølging av barn, forventningar til eit sosialt liv og liknande. Fleire av respondentane har ei oppfatning av at det er dei med nye hus og små barn som har høgt sjukefråver, medan einingsleiarane meiner at sjukefråveret er høgt fordi der er mange eldre arbeidstakarar og det slår ut på statistikken.

Fleirtalet av respondentane dreg også fram eit anna perspektiv på det høge sjukefråveret. Faktoren «høg bruk av vikarar» blir tatt opp også i denne samanhengen. Dette fordi dei meiner arbeidsdagen blir meir hektisk og utrygg, og nøkkelord som «ansvar» og «sliten» blir nemnt fleire gongar av alle respondentane. «Susanne» uttrykkjer det slik:

Det er sjeldan langvarige sjukmeldingar. Det er meir sånn frå dag til dag, og det verkar inn på kvardagen min. Det kan av og til følast utrygt. Det blir leigt inn vikar, så grunnbemanninga er i antal pleiarar slik den skal vere. Men vi har jo hatt langtidssjukmelding på sjukepleiar for eksempel, og då blir det ikkje leigt inn sjukepleiar for ho på dag, men berre på kveldsvaktene. Det betyr ikkje at vi går underbemanna, men at vi har mindre fagfolk. Er eg på jobb så leiger ho ikkje ein sjukepleiar til. Og det går utover kvaliteten. Og det går utover kva eg kan gå i frå og gjere. Kva eg kan gi meg tid til.

(«Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»).

Det kan sjå ut som sjukefråver i seg sjølv er ein risikofaktor for endå høgare sjukefråver. Eine omsorgsarbeidaren gir uttrykk for forskjellen mellom vikarbruk og fast tilsette:

Det verkar inn på arbeidskvardagen. Det er så deilig når vi er berre dei faste. På alle fire (avdelingane) nedover gangen. Og kor mykje vi får gjort. Då kan vi ta sånne ting som vi har måtta hatt vekk. Å det er så deilig. Då har vi det verkeleg kjekt. Eg har merka i denne perioden no det siste at eg blir meir sliten når det er mykje fråvær. Du får litt meir energi og blir litt meir sprudlande og glad når det er faste som du er vant med og som du kjenner, så du kan snakke med og... Ja, du veit kva dei gjer. Du slepp å gå og tenkje på, skal tru om ditta blir gjort, for du veit det blir gjort. Viss du går ilag med nokon du ikkje kjenner så godt eller veit korleis dei fungerer, så går du heile tida og lurar på, og må inn og sjekke

og sjå om ditte har blitt gjort eller. Då fell alt på meg, men eg delegerer vekk, t.d. kven vikaren skal stelle og kva tid ho skal hjelpe meg.

(«Paula», omsorgsarbeidar «Fjellheim»).

Ved høg arbeidsbelastning kan det sjå ut som korttidsfråværet stig, og dette kan lett bli ein vond sirkel. Fleire av respondentane har ein følelse av at det er dei same som er sjukmeldt kvar gong. Noko som fort kan føre til mistenksamheit og irritasjon.

Einingsleiarane er klar over at vikarbruk og gjentakande sjukefråver hos enkelte er svært frustrerande for personalet, men også for dei sjølve. Det er ofte fleire store fagstillingar som ein ikkje greier å erstatte med same fagkompetanse, eller med fagkompetanse i det heile. Då må ein ty til ufaglærte vikarar, som jo er flinke, men det er likevel ikkje det same som å jobbe med faste tilsette. Eine einingsleiaren forklarar det slik: «Det er noko med det å ta ansvar, å dele ansvaret, å føle at du kan støtte deg på kollegaene dine, at du på kvar einaste vakt er det du som skal ha ansvaret.» («Trude», einingsleiar «Fjellheim»).

Ein av respondentane trekker også fram eit poeng dersom det er næraste leiar som er borte på grunn av sjukdom. Det er då ikkje berre å setje inn ein vikar som skal ta over. Dermed fell mange av arbeidsoppgåvene og ansvaret over på personalet. Respondenten som uttrykkjer dette opplever desse periodar som at dei er i fritt fall og ikkje har kontroll.

Grunnlaget for terskelen for sjukefråver, meiner fleire av respondentane blir lagt i barndomen, men også at presset i privatlivet verkar inn. Dette er i tråd med Batt-Rawden og Tellnes (2013) si forskning. Når respondentane ser på sin eigen arbeidsplass uttalar alle at dei opplever sjukefråveret som høgt, og dette dreier seg for det meste om eigenmeldingar. Det som nesten alle respondentane ser som den største utfordringa i denne samanhengen, er at det sjeldan blir leigt inn fagfolk som vikar. Mange føler då på meir ansvar, meir stress og lågare grad av trygghet. Éin av respondentane ser også på utfordringa når næraste leiar har sjukefråver, og skildrar dette som ein tilstand av «å vere i fritt fall».

Sjukenærver

Like interessant som å forstå kva som gir sjukefråver er kunnskap om grunnar til at folk går på arbeid trass i at dei kunne ha valt sjukefråver. Fokuset har blitt retta sterkare mot denne vinklinga dei siste åra for å freiste å finne ut kva som gjer at folk ynskjer å gå på jobb. Det kan vere interessant å sjå på om dei same faktorane som har tendensar til å auke sjukefråveret i staden også kan føre til sjukenærver.

Eg stilte spørsmål om respondentane kjenner seg att i dette omgrepet, at dei går på jobb sjølv om dei er såpass sjuke at dei kanskje burde vere heime. Vidare hadde eg oppfølgingsspørsmål, der eg spurte kva grunn som fører til det eine eller andre valet. Eg spurte også i denne samanhengen om dei trur at kollegaene har hatt sjukenærver og i tilfelle kva grunnar som styrer deira val. Dette for å sjå i kva grad personalet som gruppe har lik oppfatning rundt temaet. Eg var nyfiken på kva som eventuelt var grunnar for å velje sjukenærver. I mine tankar kunne dette vere anten av positiv karakter, som til dømes godt arbeidsmiljø, eller den negative vinklinga der grunnen er nærverepress og dårleg samvit.

Begge einingsleiaren ser at terskelen for i kva grad folk kjem på jobb når dei er sjuke er varierende. Nokre kjem på jobb nesten uansett kor sjuke dei er. Det kan verke som desse har sett æra si i at dei ikkje skal vere borte frå jobb, og at dei kjem på jobb for å vise kollegaene kor sjuke dei er, og greier dei ikkje å vere der så kan dei gå heimatt. Medan andre tenkjer at dei må yte 100 % på jobb og difor må dei vere heilt friske for å kunne gå, viss ikkje går det ut over kollegaene. Eine einingsleiaren meiner at dette er veldig personavhengig og slik ho ser det, botnar det i kvar enkelt sin arbeidsmoral.

Som sjef så ser eg at terskelen for å ringe og seie at ein er sjuk, den er veldig forskjellig. Veldig personavhengig. Ja, det er no vanskeleg å seie, men du føler at nokon tenkjer at «Oj, eg veit eg er einaste sjukepleiaren i morgo, korleis skal eg løyse dette?». Medan andre trur eg ikkje reflekterer over det. «Okey, eg er sjuk, ditta får dei ordne». Eg trur det har mykje med arbeidsmoralen å gjere. Kvar terskelen er for å vere heime.

(«Trude», einingsleiar «Fjellheim»).

Nokre kjem altså på jobb nesten uansett fordi dei føler på eit nærværepres av moralsk karakter med tanke på arbeidspresset som vil bli på kollegaene. På den andre sida ser ho at andre av personalet meiner det ikkje er deira «problem» når dei er borte frå jobb og at det er betre for kollegaene å få gå ilag med ein frisk vikar enn at vedkomande skal gå der og ikkje fungere optimalt. Den andre einingsleiaren opplever at folk stort sett kjem på jobb så lenge dei er i stand til det, fordi dei synest det er godt å vere på jobb.

Hovudtyngda i svara til dei resterande respondentane viser ei einssidig oppleving av høg grad av sjukenærver både hos seg sjølv og sine kollegaer. Grunnane som blir oppgitt, er samvit overfor kollegaer og at arbeidsmiljøet ber preg av høg arbeidsmoral Ein av respondentane seier det slik:

Ja, kanskje eg skulle ha vore heime, men så... Det er denne samvittigheita då. For jobben din, og for arbeidskollegaene, eg veit ikkje... Det er ei sann samvittigheit som ligg der. Ja, og så er det vel gjerne det at du er sjukepleiar. Og vi er ikkje så mange. Og når det gjeld

kollegaene mine trur eg det er det same. Moralen, kanskje. Her er høg arbeidsmoral. Og, ja, det er moralen og samvittigheita. Det er det eg høyrer dei seier.

(«Silje», sjukepleiar «Fjellheim»).

Vidare forklarar eine omsorgsarbeidaren det slik: «Vi har ein sjargong her, at det er kun beinbrudd som er god nok grunn til å vere borte frå jobb» («Else», omsorgsarbeidar «Solgløtt»). Dei fleste opplever at sjukefråveret deira uansett går ut over kollegaene. Dersom dei ikkje får tak i vikar må dei gå underbemanna og får dei tak i vikar vil det truleg likevel gå ut over kollegaene ved at det blir meir ansvar og press på desse. Dette blir i teorien skildra som nærværepess, såkalla uunnværligheitspess (Saksvik & Finne, 2009). Eit anna perspektiv blir uttrykt av ein respondent som meiner at kollegaene vel sjukenærver fordi dei trivst på jobb, dei blir verdsatt og føler at dei gjer ein god jobb.

Det er berre éin av respondentane som seier det same som eine einingsleiaren, at ho synes det er betre å få leigt inn ein vikar enn at ein går og er småsjuk og ikkje greier å gjere så mykje. Då blir arbeidspresst stort på dei andre likevel. Dette treng ikkje å bety at dei andre respondentane ikkje er einige, men dei har ikkje poengtert dette sjølve. Nokre av respondentane svara at dei ikkje har sjukenærver, og understrekar at dei ikkje går på jobb dersom dei er sjuke. «Eg har aldri gått på jobb og vore sjuk. Er eg forkjøla og har feber så er eg heime.» seier omsorgsarbeidar «Lillian» ved «Solgløtt».

Nesten alle respondentane seier at dei sjølve har hatt sjukenærver, og dei trur at kollegaene også har hatt det. Årsaka til dette er, både for deira eigen del og for kollegaene, samvittigheit og høg arbeidsmoral. Dei veit det går ut over kollegaene på ein eller annan måte dersom dei er borte frå jobb. Éin av respondentane meiner at kollegaene har sjukenærver fordi dei har det bra på jobb. Einingsleiarane ser eit skilje mellom personalet, der nokre kjem på jobb nesten uansett kor sjuke dei er, medan andre vèl å vere heime når dei er sjuke.

Verknaden av leiarskap og organisatoriske forhold

Kjenneteikn på ulike typar leiarskap

Som tidlegare nemnt viser både Aagestad et al. (2014) og Bernstrøm og Kjekshus (2012) sine studiar at det er ein samheng mellom storleiken på sjukefråver og støtte frå næraste leiar. Leiarskap har altså sterk påverknad på arbeidsmiljøet og det er difor viktig å definere kva som kjenneteiknar eit godt leiarskap. Dette kan vere av subjektiv oppfatning, men ein har likevel nokre skildringar som dei fleste er einige om. Nokre døme er at leiaren er integrerande, gir dei tilsette tillit og støtte, og skaper balanse mellom sjølvstende og godt team-arbeid blant sine

tilsette. Definisjon på ein dårleg leiar kan ein tenkje seg er det motsette, men det kan også definerast som å unngå kontakt med sine tilsette, opptre useriøst og uvennleg eller å ha ei diktatorisk framtoning.

Med tanke på kor sterk verknad leiaren har på dei tilsette sin arbeidskvardag, stilte eg spørsmål til respondentane om kva dei generelt legg i omgrepet godt leiarskap. Eg hadde også med eit oppfølgingsspørsmål der eg spør om dei opplever at deira skildring passar til deira eigen leiar. Mine forventningar av tilbakemeldingane var at dei skulle samsvare med tidlegare forskning, som seier at ein god leiar er tilstade, tilgjengeleg og gir støtte til sine tilsette, og også delegerer oppgåver og ansvar, samtidig med å stille krav.

Det er tre faktorar som blir lagt vekt på av alle respondentane når dei skal skildre ein god leiar. Det er å få naudsynt informasjon, å bli høyrte og sett og vise at dei blir tatt på alvor, og at leiaren er tilstade. Vidare blir faktorar som at leiaren tek ansvar og er ein motivator for dei tilsette, også presisert av nokre. Respondentane ved dei to institusjonane har ulik oppleving av i kva grad deira næraste leiar har desse eigenskapane. Ved eine institusjonen er det einssidig positive tilbakemeldingar frå personalet, bortsett frå einingsleiaren sjølv som opplever mangel på støtte frå sin næraste leiar. Ho forklarar at grunnen til dette er at hennar leiar er lite tilstade. Dermed blir det større press på henne med andre og fleire arbeidsoppgåver og ingen over seg å søke støtte og råd hos. Vidare forklarar ho kva ho legg i uttrykket «godt leiarskap». Det å vere tilgjengeleg og sakleg, ha evna til å lytte, til å diskutere og vere ueinig, at personalet må få lov å kome med innspel, men at leiaren må vise at det er ho som bestemmer til slutt og samtidig gi eit grunngeve svar. Også det å vere tydeleg og bestemt, ikkje vinglete og at det er viktig å stille krav og forventningar til sine tilsette og å ha eit felles mål, å snakke om kva er måla våre og korleis vi vil ha det, er viktige eigenskapar og arbeidsmetodar hos ein god leiar, meiner ho.

Ingen av dei andre respondentane nemnde støtte som ein konkret faktor, men eg tolkar skildringar som det å bli sett, høyrte og tatt på alvor som ei form for oppleving av støtte. Dette blir blant anna skildra slik:

Eit godt leiarskap? Tja., det kan no vere at du føler deg trygg på leiaren slik at du kan prate, ta opp problem i avdelinga og sånn, og bli hørt, kanskje få ei tilbakemelding, at du har ein god dialog, at det går an. Ikkje berre at det blir sagt: «Nei, ja, sånn er det berre!».

(«Rebekka», omsorgsarbeidar «Solgløtt»).

Og vidare frå ein sjukepleiar ved same institusjon:

Å sjå og høyre sine arbeidstakarar. Det synes eg er eit godt leiarskap. Eg føler at vi i alle fall har ein leiar som ser oss, som høyrer oss, kan stille krav til oss. Det synes eg er på sin plass, at ein leiar skal kunne stille krav til oss som arbeidstakarar. Men også sjå at vi faktisk treng... , når vi treng ei ekstra hand, ekstra hjelp her på avdelinga, det synes eg leiaren vår gjer.

(«Kari», sjukepleiar «Solgløtt»).

Faktoren *informasjon* vart trekt fram på lik line med det å *vere tilstades*, noko som var litt uventa. Ved ettertanke er det likevel naturleg fordi informasjon handlar om oversikt og tryggleik. Uttrykk som «At vi får nødvendig informasjon.» og «Å få informasjon er veldig viktig.» blir brukt.

Ved den andre institusjonen er dei meir delt i meiningane om deira næraste leiar oppfyller kriteriane for godt leiarskap. Her kjem også dei tre faktorane informasjon, bli høyrte og sett, og å vere tilstade, fram hos alle respondentane. Sjukepleiarane ved denne institusjonen meiner også at godt leiarskap inneber at leiaren stiller krav og delegerer ansvar til sine arbeidstakarar, samt å vere tydeleg og aktiv i ulike problemstillingar. Eine av desse, «Susanne», opplever at hennar næraste leiar berre er delvis tilstade, som betyr at ho ikkje utøver desse faktorane i så sterk grad som ønskjeleg. Eit eksempel ho kjem med i denne samanheng omhandlar ein utagerande pasient som skulle flyttast til hennar avdeling og som gav personalet store utfordringar fordi pasienten var aggressiv og fysisk utagerande. Her følte ho sterkt mangel på støtte og forklarar det slik:

Vi prøvde liksom å få i gang en samtale om dette, men leiar svarte berre «Ja, men sånn er det! Ditte er sånn. Eg kan ikkje gjere noko med det!» Det var tøffe første vekene med dinna pasienten. Og det blir jo ei sånn oppøsing i heile avdelinga. Pasienten slår og sparkar og spyttar. Og det har vore fleire gongar med sånn, at vi får desse pasientane. Då seier leiar berre «Nei, det er berre sånn det er!» I staden for å sette seg ned og seie «Ja, no må vi tenkje folkens. Kva skal vi gjere? Kva rom bør han plassert på?» osv. Det fanst ikkje, ingenting. Og det synes eg var ansvarsfråskrivning i stor stil.

(«Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»).

Episoden førte ikkje til sjukefråver for hennar del, men ho veit at nokon vart sjukmeldt på grunn av fysiske skader pasienten påførte vedkomande. Ho ser heller ikkje bort frå at enkelte hadde sjukefråver på grunn av belastninga denne situasjonen gav.

Det er altså delte meiningar om i kva grad einingsleiaren på denne institusjonen er tilstade for sine tilsette, men fleire av dei føler seg likevel så trygg på leiaren at dei ikkje har problem med å spørje om, og ta opp, ting og opplever då også å bli høyrte og få tilbakemeldingar. Einingsleiaren ved denne institusjonen meiner det er viktig å ha ein tilgjengeleg leiar, som

kan lytte når ho har frustrasjonar. Ho opplever sjølv slik støtte frå sin næraste leiar, og tenkjer at godt leiarskap inneber å hjelpe sine tilsette med råd i ulike samanhengar. Det motsette av godt leiarskap tenkjer ho er når ein ikkje får tak i leiaren sin og føler seg åleine. At dei ikkje er der når ein har behov for det. At ein ikkje blir høyrte og kanskje ikkje blir tatt på alvor, at ein blir møtt med meldingar som «Nei, det der må du berre finne ut av og ordne opp i sjølv». Det er vel eit tankekors at einingsleiaren her trekker fram dette som ein dårleg leiareigenskap, og at det er nettopp denne eigenskapen personalet her peikar på.

Summert opp er det særleg tre faktorar som blir trekte fram av alle respondentane når eg ber dei skildre kva dei legg i godt leiarskap. Dette er informasjon, å bli høyrte, sett og tatt på alvor, og at leiaren er tilstade. Vidare at leiaren er ein motivator og tek ansvar. Fleire av respondentane nemner også informasjon som ein viktig faktor hos ein god leiar.

Sjuepleiarane ved den eine institusjonen meiner også at ein god leiar bør stille krav og delegere ansvar til sine tilsette, samt vere tydeleg og deltakande. Her er eit klart skilje mellom dei to institusjonane med tanke på opplevinga av i kva grad leiaren er tilstade. Samstundes gir dei aller fleste respondentane uttrykk for at dei opplever støtte frå sin næraste leiar. Dårlege leiareigenskapar blir skildra som ikkje å vere tilstade og å ikkje bli høyrte eller tatt på alvor til dømes ved å bli møtt med ei setning som «Det er berre sånn det er!». Dette er det både personale og einingsleiar som uttalar.

Omorganisering

I følgje Mæland (2014) er det fleire faktorar som kan virke inn på den enkelte si oppleving av ei omorganisering ved arbeidsplassen, og han nemner mellom anna alder, personleg innstilling og utdanningsnivå. Ei omorganisering kan medføre til dømes endra arbeidsoppgåver, endra ansvarstygde og –område, og slike endringar kan opplevast som positivt for enkelte og negativt for andre. Det kan vere med å skape nye forventningar og nyfikenheit hos enkelte, medan for andre kan det gi uro, usikkerheit og ei oppleving av utrygge rammer.

Det er noko ulikt i kva grad respondentane opplever at dei har hatt omorganisering ved sin arbeidsplass i løpet av dei to siste åra. Nokre svarar kontant «ja» på spørsmålet, medan andre svarar at dei opplever at det stadig går føre seg ei eller anna form for omorganisering, men at dette vedkjem dei lite. På eine institusjonen hadde det nettopp vore ei omorganisering i samband med endring av ei avdeling frå faste sjukeheims plassar til omsorgsbustadar. Dette medførte direkte konsekvensar for personalet fordi det gav endring i personalbehovet ved at assistentar og dei med lav stillingsprosent hadde større vanskar med å få ekstravakter. Desse

risikerte også å bli flytta til ei anna avdeling eller til heimesjukepleia for å få behalde vaktene sine. I prosessen opplevde personalet mykje usikkerheit på grunn av lite informasjon og dei opplevde å bli frustrerte og slitne av dette. Eine sjukepleiaren forklarar endringa av organiseringa slik:

Arbeidsstokken har jo blitt redusert på grunn av dette. Særleg då for assistentar eller dei som hadde mindre stillingar hadde jo meir jobb når den (avdelinga (min kommentar)) var open. Men det merkast ikkje så mykje på arbeidsmiljøet. Det er berre dette at du blir litt frustrert. Vi pratar om det og syns det er no synd, då. Men det er ikkje så mykje vi kan gjere med det. Så sjølve arbeidsmiljøet er vel ikkje påverka av det.

(«Silje», sjukepleiar «Fjellheim»).

Vidare seier eine omsorgsarbeidaren det slik:

Ja, vi har stengt ei avdeling, så var den open ei stund og no stengt igjen. Mykje att og fram. Eg trur dei kunne spore at det påverka sjukefråveret i desse periodene. Personalet blir sliten av det. Det positive er vel å spare pengar. Ein anna positiv verknad kan jo vere at folk må flytte litt på seg og jobbe på andre avdelingar. Det er ikkje så dumt, då får du litt vidare syn.

(«Else», omsorgsarbeidar «Fjellheim»).

Respondentane har altså ulik oppfatning av kor vidt denne omorganiseringa påverka arbeidsmiljøet og sjukefråveret. I følge einingsleiaren har denne institusjonen også hatt omorganisering på leiarplan, noko ingen av dei andre respondentane nemnde. Ho meiner at personalet merkar dette ved at dei har meir kontakt med personalrådgjevaren som no er meir synleg og tilgjengeleg, men dette blir altså ikkje nemnt av nokon av personalet eg intervjuar.

Ved den andre institusjonen trekker alle, bortsett frå éin, fram at her har det vore omorganisering på leiarplan, men at det ikkje påverkar personalet i særleg grad, og spesielt ikkje i positiv retning. Eg får opplyst frå fleire respondentar at det har vore gjort ei brukarundersøking på institusjonen, der det kom fram misnøye med leiinga. Det blei då utarbeidd nokre tiltak som skal setjast i verk og som er under arbeid. Respondentane har difor ikkje sett noko resultat enno av denne undersøkinga. Sjukepleiaren «Kari» er litt overraska over utfallet av undersøkinga, det at det var misnøye med leiarskapen, men synes det er positivt at det blir tatt tak i likevel:

Vi hadde denne brukarundersøkinga, det gikk på dette med blant anna leiarskap og korleis avdelinga, eller heimen her er organisert og kor fornøgde vi var og kva grad sånn og sånn. Og då har vi plukka ut dei tre-fire punkta der det var mest misnøye, der vi prøvar å gjere noko med det slik at vi får snudd den trenden. Blant anna leiarskap på avdelinga. Det overraska meg, men det blei ivertfall tatt tak i. Det er undervegs då, så det er ikkje noko resultat enno.

(«Kari», sjukepleiar «Solgløtt»).

Det er fleire som nemner at ein følge av omorganiseringa er at næraste leiar har fått meir ansvar. Det er likevel ikkje alle som ser på desse endringane som ei omorganisering, slik som omsorgsarbeidar «Lillian»:

Nei, her har ikkje vore omorganisering, men eg føler at leiaren har fått meir oppgåver. Men vi (personalet (min kommentar)) går i ein sus sånn som vi har gjort. Det er liksom aldri snakk om vi skal gjere det på ein annan måte, om det er noko som hadde vore lettare for oss eller betre for pasientane eller...

(«Lillian», omsorgsarbeidar «Solgløtt»).

Einingsleiaren ved denne institusjonen seier også at endringane i leiinga ikkje har gitt så store endringar i arbeidskvardagen. Likevel merkar ho det ved at hennar leiar ikkje er så lett tilgjengeleg og at ho sjølv har fått meir ansvar, noko som altså er i samsvar med det fleire av dei andre respondentane også har observert. Den omorganiseringa som ho opplever har hatt størst innverknad, er samhandlingsreforma. Den inneber at kommunane raskare må ta imot pasientane som blir utskrivne frå sjukehus og som «høyrer til» kommunen. Viss kommunen ikkje er klar til å ta imot pasienten, må kommunen betale døgnpris til helseføretaket. Dette gir eit større press, både når det gjeld å ha sengeplassar og kvalifisert personell. Einingsleiaren ser at dette gir eit større arbeidspress til personalet, med tyngre og meir krevjande pasientar. På den andre side ser ho også at det har ein positiv verknad, spesielt for sjukepleiarane. Dei får meir utfordringar med meir spesiell behandling til pasientar med ulike behov.

Nesten alle respondentane seier dei har hatt omorganisering på arbeidsplassen. Ved eine institusjonen meiner fleire at denne omorganiseringa har gått ut over personalet ved at dei har følt seg usikre og blitt slitne av prosessen. Einingsleiaren her meiner at det positive med dette er at deira personalrådgjevar no er meir tilgjengeleg og synleg. Ei anna positiv vinkling kjem frå eine omsorgsarbeidaren, som meiner at det kan ha positiv effekt at personalet må jobbe på andre avdelingar ved at det kan gi eit litt vidare syn på korleis andre har det. På den andre institusjonen har det vore omorganisering berre på leiarnivå. Effekten av denne, seier personalet, er at dei ser deira næraste leiar har fått fleire arbeidsoppgåver. Elles merkar dei ikkje så mykje av omorganiseringa. Det har også vore gjennomført ei brukarundersøking der det kom fram misnøye med leiinga, men undersøkinga er såpass ny enno at tiltaka som har blitt satt i verk enno ikkje har vist noko resultat.

Har IA-avtalen hatt effekt?

Begge institusjonane er IA-bedrifter. I den samanheng stilte eg spørsmål til einingsleiarane om i kva grad dei meiner dette har innverknad på sjukefråveret. Begge er usikre på om dette eigentleg har medført nedgang i sjukefråveret. Einingsleiaren ved «Solgløtt» seier dei har fått nokre nye verktøy i form av skulering, men at dei har brukt mange av desse tiltaka før dei blei IA-bedrift. Det er uansett lite ein kan gjere, seier ho vidare, utan ekstra midlar.

Beste tiltaket for å betre arbeidsmiljøet og få ned sjukefråveret

Etter at eg har stilt spørsmål i samband med dei konkrete faktorane eg ønskte respondentane si oppleving av, ville eg i tillegg sikre meg at dei aktuelle tema og faktorar respondentane var opptatt av, var blitt snakka om. Eg opna difor opp for at respondentane skulle få uttale seg fritt og ope om kva tiltak *dei* meiner er viktig i samband med arbeidsmiljø og sjukefråver. Konkret spurte eg kva dei opplever som det beste tiltaket utført på avdelinga for å betre arbeidsmiljøet og få ned sjukefråveret. Ved eine institusjonen var det éit tiltak som tydeleg hadde gjort inntrykk og som alle trekte fram som eit av dei beste tiltaka som har vore gjort. Bakgrunnen var at avdelinga hadde ei periode ei turbulent og vanskeleg tid der folk følte seg frustrerte og følte at leiinga ikkje var der for dei. Leiinga tok tak i dette, og tiltaket dei gjorde var å arrangere fleire personalmøte med møteplikt. Folk var opne og ærlege, det var mange harde tilbakemeldingar som leiinga tok sjølvkritikk for, men i følgje einingsleiaren kasta dei ballen litt tilbake til personalet og stilte krav til dei: «Det trur eg faktisk er noko av det luraste som har vore gjort når det gjeld arbeidsmiljøet her, siste åra.», seier ho («Trude», einingsleiar «Fjellheim»).

Denne perioden trekker også eine omsorgsarbeidaren fram, og meiner høgt sjukefråver prega avdelinga, noko som botna i det turbulente arbeidsmiljøet. Ho vart også sjølv sjukmeld i denne perioden på grunn av dette.

Einingsleiaren ved den andre institusjonen meiner også at kommunikasjon og dialog er svært viktig, både med kvar enkelt og i form av personalmøte. Ho meiner at eit positivt bidrag frå hennar side er å gi dei tilsette ansvar, stille krav og utfordre dei. Eit anna tiltak ho nemner er handlingsplanar som blir laga på bakgrunn av medarbeidersamtalane dei har hatt. Dette meiner ho gir dei tilsette eit større eigarforhold til arbeidsoppgåvene og avdelinga.

Sosiale samlingar slik som felles pause, vinlotteri og personalfestar blir nemnt av nokre, men dei fleste respondentane nemner avdelingsmøte og rapportane mellom vaktene som eit bra tiltak som kan vere med på å redusere sjukefråveret. «Kari» forklarar det slik:

Rapportane våre er positive. Og det er ein kvardagsleg ting. Fordi sjølv om vi går gjennom ein rapport som har med dei som bur her å gjere så er det ofte at det vert tatt tak i andre ting også... og så vidareformidlar vi det på rapportane. At det blir ikkje berre hengt opp ein lapp, men at vi faktisk seier det vidare og snakkar om det.

(«Kari», sjukepleiar «Solgløtt»).

To av desse nemner også «Sansehagen» som det beste tiltaket:

Det første som eg kjem på sånn i farta, det er denne sansehagen som eg synes er fole kjekk. For det er litt forandring for oss også, faktisk. Det har blitt ein litt sånn felles ting. Altså, det var no selvfølgelig for dei som bur her, men altså det har vore veldig kjekt for oss også då. Elles så..., eg veit ikkje, vi har no kanskje hatt oftare personalmøte, ja. Det har no vore... det er no bra.

(«Else», omsorgsarbeidar «Fjellheim»).

Berre to av respondentane kjem ikkje på noko positivt tiltak. Ei av desse meiner i staden at det har blitt for mykje fokus på sjukefråver: «Fokuset var jo at vi ikkje skulle gå og sjukmelde oss med doktor. Vi skulle bruke eigenmelding.» («Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»). Den andre seier ho synes mykje kunne vore gjort annleis. Ho seier: «Det hadde vorte meir glede. Men eg føler at mange har det så travelt, dei har det så travelt i sin eigen kvardag og... Andre ting enn jobben. Dei har for høge stillingar. Dei maktar ikkje meir.» («Lillian», omsorgsarbeidar «Solgløtt»).

Respondentane sine egne innspel

Som ei oppsummering opna eg på slutten av intervjuet for at respondentane skulle få uttale seg fritt. Dette for å freiste å få fram tema og faktorar som ikkje har kome fram gjennom mine spørsmål. Til no i intervjuet har temaene blitt styrt frå mi side. Difor avslutta eg intervjuet med å spør om det er noko vi ikkje har snakka om, eller om respondenten har nokre tankar om tema som ikkje har blitt tatt opp under intervjuet. På denne måten gir eg respondentane mulegheit til å kome med nye faktorar som ikkje har vore omtala og dei kan poengtere eit allereie omtala tema eller tiltak.

Ein stor del tek oppatt samanhengen mellom sjukefråver og vikarbruk. Og poengterer at dette kan verte ein vond sirkel der sjukefråver fører til vikarbruk, som igjen aukar presset på dei faste som er att på jobb, og som igjen kan føre til ytterlegare sjukefråver. Det kan også vere eit problem å få tak i vikar, og ein må då i tilfelle gå underbemanna. Ein omsorgsarbeidar trekkjer også fram utfordringa ved at fleire og fleire av vikarane er framandspråklege. Dette kompliserer kommunikasjonen, både mellom personalet og mellom vikaren og dei eldre. Ho meiner at dette medfører at yrket blir mindre lukrativt og er redd det kan gå ut over kvaliteten.

Temaet sjukenærver blir også dratt fram igjen av fleire av respondentane. Eine einingsleiaren, «Randi», meiner at sjukenærver ikkje er bra. «På ein slik arbeidsplass, der vi jobbar med gamle og sjuke menneske er det ikkje bra. Det blir meir belastning på dei andre som går der. Det må setjast inn tiltak, men det blir ikkje gjort.» («Randi», einingsleiar «Solgløtt»). På grunn av høgt tempo og mykje ansvar føler mange på avgrensa mulegheiter for å gå på jobb når ein ikkje er frisk. I dette yrket er det til dømes umuleg å gå på jobb med ein vond fot eller ei broten arm. Ein må også vere påpasseleg med å ikkje vere smittefarleg fordi ein har tett omgang med gamle og sjuke. Begge einingsleiarane gjentek at det er vanskeleg å gå på jobb når ein ikkje er heilt frisk. «Ein må vere 100 % frisk.» seier «Trude», einingsleiar ved «Fjellheim». Den andre seier det slik:

Og arbeidet her er sånn at det er ikkje berre ofte å gå på jobb med ein sjuk del. Du må vere i ganske fysisk god form faktisk for å halde ut ein arbeidsdag. Og det trur eg vi berre må akseptere i denne bransjen her, at sånn er det.

(«Randi», einingsleiar, «Solgløtt»).

Innan dette temaet er det mange av respondentane som uttrykkjer ynskje om å få innført ordninga med aktiv sjukmelding igjen. Aktiv sjukmelding inneber at den som er sjukmeld likevel kan vere på jobb, men at vedkomande sjølv bestemmer tidspunkt og mengde. Den sjukmelde skal ikkje reknas som ein av personalet, men gå «oppå». Eine sjukepleiaren meiner at denne ordninga kunne ha vore med på å gjere det lettare å kome tilbake i arbeid. Den som er sjukmeld har likevel jamleg kontakt med arbeidsplassen. «For ein veit at dess lenger ein er borte frå arbeid desse vanskelegare er det å kome seg innpå att.» seier «Randi», einingsleiar «Solgløtt».

Heilt til slutt har eg fokusert på kjernen i problemstillinga mi og spurt respondentane om dei har hatt sjukefråver dei siste to åra, og om dei opplevde at dette i tilfelle hadde direkte årsak i forhold på arbeidsplassen. Eg spurte også motsett, om dei har hatt sjukenærver i denne perioden, og om dei kan seie noko om kva som gjorde at dei valde å gå på jobb. Hittil i intervjuva var det berre nokre få som uoppfordra hadde sagt om dei har hatt sjukefråver, og om dette har vore høgt eller lågt. Ved å spørje direkte, forventta eg at det ville kome fram at fleire hadde hatt sjukefråver, men det gjorde det ikkje. Ingen fleire enn dei som allereie hadde fortalt det tidlegare hadde hatt sjukefråver.

Ingen av einingsleiarane har hatt sjukefråver på grunn av det fysiske arbeidsmiljøet, men dei har likevel ulike opplevingar av dette. Eine av dei seier at ho kjenner ingen fysiske plager relatert til arbeidet. Den andre kjenner jobben fysisk på kroppen. Ikkje på grunn av det fysiske

arbeidsmiljøet, men fordi arbeidspresset og ansvaret gir henne høge skuldre og hovudverk. Ho opplyser også at ho var delvis sjukemeld ein periode på grunn av dette. Ho opplevde å få urettferdig kritikk då ho prøvde å jobbe seg frampå og så fall ho bakpå igjen då det på nytt raste inn med nye e-postar og nye arbeidsoppgåver med korte fristar. Dette gjorde henne svært sliten og førte altså til gradert sjukmelding ein periode. På den andre sida trur ho at støtta og forståelsen ho fekk frå personalet og leiinga gjorde at ho ikkje blei meir og lengre sjukmeldt. Denne støtta kjenner ho ofte på og ho skildrar det slik: «Eg kan vakne og vere dønn sliten, men veit at når eg kjem meg på jobb så er der så kjekt å vere. Det er eigentleg det eg vil.» («Trude», einingsleiar, «Fjellheim»). Når det gjeld sjukefråver hos personalet har ho følgjande tankar:

Når det gjeld personalet trur eg nok at høgt arbeidstempo har gjort at enkelte har ringt og meldt seg sjuke. Ved allereie høgt sjukefråver er det vanskeleg å få det nedatt. Det blir travligare, kanskje underbemanna og mange vikarar. Eg trur ikkje eg har opplevd det motsett, at der er så stabilt både med arbeidsoppgåver og personale at folk seier dei kjem sjølv om dei ikkje er friske. I den tida då det holdt på å rakne litt, eg merka likevel ikkje nokon forskjell på sjukefråveret før og etter vi hadde desse møta. Det handla meir om dialog og bli sett og få gehør for det ein gjer.

(«Trude», einingsleiar «Fjellheim»).

Einingsleiaren ved «Solgløtt» meiner at sjukefråværet ofte skuldast fysisk og psykisk slitasje i tillegg til private ting. Ho trur at det ofte handlar om summen av jobben og livet elles. Ho ser også at det ved høgt sjukefråver blir meir slitsamt for dei som er att. Dette skildrar ho slik:

I forhold til personalet? Eg kan telje på ei hand dei gongane dei i løpet av eit år kryssar av på eigenmeldinga at det er jobbrelatert. Det kan vere både fysiske og psykisk. Det er sjeldan eg får meldingar på. Når eg får sjukmeldingar kan det no vere langvarig slitasje, tenkjer eg. Det er no normalt i dette yrket. Det er sjeldan eg får tilbakemelding på at folk meiner det er direkte årsaker til at dei er sjuke. Det er ikkje alltid ein kanskje tenkjer over årsaka til at ein er sjuk. Eg trur ofte det er summen av ting. Eg merkar på folk når her er høgt sjukefråver. Då blir det større belastning på dei som er att. Så då er det nokre som tenkjer at dette blir for slitsomt, medan andre tenkjer at dei vil vere lojale og at det er kjekkare for dei som er att på jobb at det er «eg» som kjem og ikkje ein vikar.

(«Randi», einingsleiar «Solgløtt»).

Av dei andre respondentane er det berre éin som seier ho har hatt eit høgt sjukefråver i løpet av dei to siste åra. Ein respondent har tidlegare hatt høgt sjukefråver, medan to andre opplyser at dei har hatt ei kort periode kvar. Alle desse opplyser også at dei kan relatere sjukefråveret direkte til jobben. Dette grunnar dei i eit tungt fysisk arbeid, tunge, og for få, hjelpemiddel, for lita tid til å bruke alle hjelpemidla dei helst skulle ha brukt, mykje trakking på harde golv, og alt dette i kombinasjon med ein hektisk og stressande arbeidskvardag. To av respondentane

opplyser også at dei har hatt kortare sjukefråversperiodar, men at grunnen ikkje kan relaterast til jobben. Likevel medfører denne type arbeid at sjukenærver ikkje har vore muleg, på grunn av dei skadane og årsakene dei har hatt for sjukefråveret sitt.

Vidare er det fleire av dei yngre respondentane som seier dei ikkje har kjent noko fysisk på kroppen *enno*, men at dei trur det er fordi dei enno er unge og ikkje har vore i yrket i så veldig mange år. Dette tolkar eg som ei forventning av, og forståing for, at ein får fysiske plager etter mange år i dette yrket. Slik eine sjukepleiaren forklarar det, opplever ho at det ikkje berre botnar i det fysisk tunge arbeidet, men at også mange år med eit psykisk stress og høg grad av ansvar også kan gi fysiske plager:

Eg har ikkje hatt sjukefråver på grunn av det fysiske arbeidsmiljøet fram til no. Eg kjenner det på kroppen, men heldigvis er eg såpass ung enno at eg kjenner ikkje noko slitasje. Slik som hos dei eldre som jobbar her. Dei trur eg har sjukefråver grunna den fysiske tyngda jobben gir i kombinasjon med det psykiske presset.

(«Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»).

Vidare meiner både ho og dei fleste andre respondentane at det blir ein vond sirkel ved høgt sjukefråver og høg bruk av vikarar. På den andre sida opplever ho eit auka sjukenærver blant sine kollegaer når dei faste tilsette er på jobb:

I samband med det psykososiale arbeidsmiljøet; eg blir stressa og frustrert når eg jobbar mykje ilag med vikarar. Når eg for eksempel må ta eit stell eller to ekstra om morgonen og eg må gå og sjekke at alt blir gjort, det er slitsamt. Eg har ikkje opplevd at eg har hatt sjukefråver pga dette, men veit at mine kollegaer har det. Og dette blir verre når her er høgt sjukefråver og høg bruk av vikarar. Folk blir slitne pga auka tidspress, tempo og meir ansvar. Det blir leigt inn mykje ufaglært og då blir det utrygt og mykje ansvar på dei faste som blir igjen. Og motsett når sjukefråveret er lågt. Då kan sjukenærveret vere høgare fordi ein då veit at dei faste er på plass og dette gir trygghet og støtte, og ein veit ein kan tåle å ikkje vere heilt i form på jobb ein dag.

(«Susanne», sjukepleiar «Solgløtt»).

Elles meiner dei fleste av respondentane at dei har lite sjukefråver, men høg grad av sjukenærver. Dei opplever også at kollegaene har høg grad av sjukenærver, og at det er spesielt i periodar med kombinasjon av tidspress, stress og fysisk tungt arbeid, at ein treng støtte både frå kollegaer og leiar for å greie å stå i jobben.

Det ser ut som einingsleiarane og personalet stort sett har same oppfatning av «kvar skoen trykkjer» i samband med både det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet. Dei er samde om at her er fysisk tunge arbeidsoppgåver, og at det i kombinasjon med det psykiske presset med tanke på tidspresset og den høge graden av ansvar, at faren for sjukefråver aukar.

Ulikskapane mellom einingsleiarane si oppfatning og personalet si oppleving viser seg å vere i samband med graden av sjukenærver. Eine einingsleiararen uttalar at ho ser at sjukefråveret aukar ved mykje bruk av vikarar, men ho ser ikkje at der er ein proporsjonal samanheng med låg bruk av vikarar og høg grad av sjukenærver blant dei fast tilsette. Den andre einingsleiararen seier ho opplever at personalet ikkje er borte frå jobb utan at dei er sjuke, men ho seier ingenting om graden av sjukenærver. Ser ein på personalet si oppfatning av denne faktoren, viser det seg at dei aller fleste her meiner dei har sjukenærver. Dette kan tolkast slik at det er personalet sjølve som kjenner om dei har sjukenærver ved at dei ikkje er i form og burde kanskje heller vere heime, men likevel vél å gå på jobb. Dette er det nok ikkje alltid at einingsleiarane oppfattar.

Ein faktor som blei trekt fram i fleire samanhengar, og som ikkje var ein del av dei styrte spørsmåla, var verknaden av vikarbruk. Dette var tydeleg noko som alle hadde ei meining om, og som hadde sterk innverknad på arbeidsmiljøet i form av auka grad av stress, ansvarsnivå og tidspress. På den andre sida var det lite snakk om at desse konsekvensane var lågare når det var berre faste tilstade. Graden av opplevinga av å ha det meir travelt på jobb ved høg vikarbruk verka større enn graden av opplevinga av at ansvaret, stresset og tidspresset var lågare når det var berre faste på jobb.

DRØFTING

Talcott Parsons sin sosiologiske teori og Anthony Giddens sin strukturasjonsteori handlar begge om mekanismane *aktør* og *struktur* og kva innverknad desse har kvar for seg, og i påverknad på kvarandre, for heilskapen i samfunnet.

I funksjonalismen freistar Parsons å forklare kva mekanismar som fører til eit harmonisk og stabilt samfunn, ved å freiste å samle positivismen og idealismen. Parsons *generelle handlingssystem* består av fire subsystem; kultur, institusjon, person og åtferdsorganisme. Desse fire komponentane har kvar sine føremål, der kulturen er målet, institusjonen er middelet, personen er aktøren og åtferdsorganismen er kroppen. I følgje Parsons er desse avhengige av kvarandre, og aktøren hentar sine verdiar og meningsmønstre frå kulturen sine overordna symbol. *Institusjonen* i dette handlingssystemet er samfunnets forventningar til aktøren sine handlingar ut i frå roller, normer og sanksjonar. Personen sjølv er den som utfører handlingane og har sin eigen livshistorie og livsprosjekt som bakgrunn for desse. Det siste subsystemet i Parsons generelle handlingssystem er «åtferdsorganismen», som er personens biologiske organisme. Det er denne som gjer det muleg for aktøren å utføre handlingane. Parsons meiner at for å få eit harmonisk og avbalansert samfunn, må alle desse fire subsystema bindast saman (Aakvaag, 2010).

Ved å sjå denne teorien i samanheng med eit arbeidsmiljø, kan ein analysere dei enkelte komponentane som delar i arbeidsmiljøet sitt sosiale system. Dei overordna verdiane og normene er henta frå samfunnet. Desse er med på å definere institusjonen, som på bakgrunn av dette legger føringane for kva som er forventa av dei tilsette ut i frå deira profesjonar og roller. Person er i denne samanhengen dei tilsette, som med sine livsprosjekt og personlegdom handlar på bakgrunn av dei overordna måla og institusjonen sine forventningar og sanksjonar. I denne type yrke har Parsons siste komponent i subsystema, åtferdsorganismen, ein viktig funksjon. Dei tilsette må fungere godt fysisk i arbeidskvardagen, og yrket medfører også større fysiske belastningar samanlikna med mange andre type yrke.

Giddens sin teori freistar å avklare korleis dei sosiale praksisar og institusjonar blir produsert og reproduert. I den sosiale strukturen ligg underliggende reglar og ressursar som aktøren trekker på, og som ved jamleg reproduksjon av desse opprettheld det sosiale systemet. Sjølv om Giddens meiner at aktøren er eit fritt, kreativt handlande individ, betyr det ikkje å vere heilt fri frå sosiale strukturar, men at desse strukturane dannar eit handlingsrom som gir

mulegheiter. Dei sosiale strukturane gjer aktøren i stand til å delta som eit kompetent og kreativt handlande medlem av samfunnet (Aakvaag, 2010, s. 129 og 131).

I arbeidsmiljøsamanheng kan denne teorien sjå ut som å gi meir spelerom for aktøren innanfor visse rammer og reglar. Dei tilsette er sjølvstendige, kreative og kompetente, og handlar ut i frå dei mulegheitene strukturen i institusjonen gir. På denne måten er alle med på å påverke arbeidsmiljøet ved sine handlingar, og strukturen vert dermed oppretthalde og utvikla ut i frå dei tilsette sine ynskjer og behov.

Det kan diskuteras korleis desse to teoriane på kvar sin måte påverkar sjukefråveret. På den eine sida kan Parsons teori vere nødvendig i denne type organisasjon for å sikre forsvarleg drift. På grunn av stor arbeidsmengde og høgt arbeidstempo er det viktig å ha ei organisering som sikrar at arbeidsoppgåvene blir gjort, og at dei blir gjort på ein forsvarleg måte. Dette er det struktur, reglar og arbeidsinstruksar som sikrar. Det er også viktig at pasientane får god omsorg, og her kjem verdigrunnlaget inn. Omsorgsinstitusjonane har overordna verdiar og normer, som dei ynskjer og forventar at dei tilsette skal følgje. Her kjem rolleforventningar og sanksjonar inn. For nokre kan dette gi ei oppleving av tilhøyrslø og tryggleik ved å «adoptere» desse verdiane, og ved at strukturen gir forutsigbarheit. På den andre sida kan det for andre verke som ein rigid struktur med lite spelerom for å vere kreativ. Ut i frå Giddens sin strukturasjonsteori har institusjonen underliggende reglar og ressursar som dei tilsette må ta omsyn til. Likevel gir strukturen rom for å vere sjølvstendig og kreativ, noko som kan gi ein indre motivasjon. I følgje Mastekaasa (2010) er kompetanse og autonomi ein måte å oppnå dette på. Dei tilsette får tillit ved å få delegert ansvar med varierte arbeidsoppgåver og faglege utfordringar. For å unngå at dette blir ein stressfaktor, må ansvaret også vere i balanse med pleiaren si oppleving av meistring.

Sjukefråver eller sjukenærver? Ytre eller indre faktorar?

Årsakene til sjukefråver kan ha mange sider, ifrå enkle og konkrete årsakssamanhengar til meir kompliserte og samansette årsaker. Til dømes kan sjukefråver på grunn av eit beinbrot ha ein klar samanheng, medan andre fysiske plager, slik som hovudverk, nakke- og ryggmerter, vonde handledd og liknande ofte kjem over tid og har diffuse samanhengar.

Årsakene til sjukefråver er ofte samansette. Miljøpåverknad i oppveksten gir ulikt grunnlag for korleis ein taklar påkjenningar i livet. Med tanke på helseplager, kan forhold på arbeidsplassen dermed verte utslagsgivande for nokre, medan andre ikkje blir påverka. Nokre er meir sårbare overfor dei ulike faktorane enn andre og dette kan ha med både kjønn, privat livssituasjon o.a. å gjere. Forsking viser at det likevel er slik at visse faktorar har sterkare

innverknad på graden av sjukefråver enn andre. Så sjølv om statistikken viser at muskel- og skjelettplager er største årsaken til sjukefråver i Noreg (nav, 2015, a) kan likevel andre faktorar også ligge bak.

Sett frå motsett vinkel, kan det også vere slik at dei faktorane som gir negativ innverknad på enkelte kan ha positiv innverknad på andre. Ta til dømes temaet om emosjonelle uttrykk hos pasientar og pårørande. For enkelte pleiarar kan det vere vanskeleg og tyngande å kvar dag skulle møte pasientar med angstproblematikk, depresjon, eller som er utagerande. Dette kan vere den faktoren i jobbsamanheng, som veltar «lasset» dersom ein har mykje å bere på privat. Hos andre igjen kan dette verke som ein motivasjonsfaktor ved at det gir noko til ein sjølv når ein får mulegheit til å hjelpe andre som treng det. Her kan også det psykososiale arbeidsmiljøet vere med å påverke utslaget med tanke på å føle støtte og tilhøyrslø i personalgruppa. Ein kan her sjå samanheng med Parsons teori om det generelle handlingssystemet og korleis dei fire subsystema verkar inn på kvarandre (Aakvaag, 2010). Aktøren, altså pleiaren, har med seg sine personlege eigenskapar og erfaringar, og hentar samtidig sine verdiar, symbol og meiningsmønstre både frå den overordna kulturen i samfunnet og frå kulturen på arbeidsplassen. Institusjonen påverkar aktøren i form av rolleforventningar, normer og sanksjonar, som er utvikla frå den overordna samfunnskulturen. Dette blir som ein vegvisar og gir aktøren eigenart og verdigheit. I institusjonssamanheng kan ein sjå det slik at den enkelte pleiar «adopterer» arbeidskulturen sine verdiar, normer og sanksjonar, og har dermed rammer som kan gi ei oppleving av støtte og tryggleik.

Her kan ein også trekke inn Anthony Giddens sin teori om «strukturens dualitet». Sett frå den subjektive sida blir den sosiale strukturen forma og konstruert av aktøren i form av å vere eit fritt, meiningsfullt, sjølvstendig og kreativt handlande subjekt. På den andre sida er det objektivistisk sett aktøren som blir styrt av dei sosiale strukturane. I eit arbeidsmiljø kan ein slik struktur gi trygghet i form av oppleving av kollegial tilhøyrslø og ein meiningsfull kvardag ved at ein betyr noko for andre, men også i form av sjølvstendigheit og kreativitet dersom ein har eit visst spelerom innanfor desse rammene. Å få utfolde seg kan gi meistringsfølelse og arbeidsglede, som igjen kan føre til at stress ikkje nødvendigvis opplevast som negativt. I andre rekke kan dette til og med føre til høgare grad av sjukenærver. Aktøren føler seg kanskje ikkje heilt i form, men veit at det er godt å kome på jobb. Dette gir nokre av respondentane mine også uttrykk for, til og med at dei kan oppleve det som meir helsefremmande enn å vere heime, der fokuset har lettare for å vere på sjukdom og vondter.

Den ideelle arbeidssituasjonen, i følgje respondentane, ville vere å ha meir tid til refleksjonar, å utvikle kompetansen, meir tid til kvar enkelt pasient og til pårørande, og nok ressursar i form av fast personale. Så ein ser at for trangt handlingsrom, for små ressursar og for stort press over tid kan gi negativ helseeffekt. Dei fleste av mine respondentar som har hatt sjukenærver seier at grunnen til at dei går på jobb trass i at dei er sjuke stort sett handlar om at dei har høg arbeidsmoral og dårleg samvit overfor kollegaene. Det er berre éin av respondentane som meiner det er betre at det blir leigt inn vikar for henne dersom ho er sjuk, enn at ho skal gå og vere småsjuk. Den eine av einingsleiaren meiner også å sjå ein forskjell mellom personalet. Ho seier at ho ser at nokre av dei kjem på jobb nesten uansett kor sjuke dei er, kanskje mykje for å vise kollegaene kor sjuk ein er, og då heller kan gå heimatt dersom vedkomande ikkje greier å vere der, medan andre meiner at ein må yte 100 % på jobb og må difor vere heilt frisk for å vere der. Her kan ein sjå at aktøren (personalet) til tider strekkjer seg langt for å handle innanfor dei rammene og ressursane som er gitt.

Mange av respondentane seier også at arbeidspresset aukar ved høgt sjukefråver og at dette kan føre til ein vond sirkel; ved høgt sjukefråver aukar vikarbruken, og ved høg bruk av innleige, som ofte er ufaglærte vikarar, aukar dermed arbeidsmengda og ansvarsgraden hos dei fast tilsette. Dette kan også gi eit nærverepress som gjer at ein vèl å gå på jobb sjølv om ein ikkje føler seg i form til det. Saksvik og Finne meiner at ulike pressfaktorar, så som uunnværligheitspress og moralpress over tid kan føre til sjukefråver hos den som pressar seg, og at dette fråveret då kan bli langvarig (Saksvik & Finne, 2009). Dette er også i samsvar med det som kjem fram i mi undersøking. Her svarar respondentane at dei ofte har hatt sjukenærver. Dei gir ikkje direkte uttrykk for at dei føler seg pressa til det i negativ forstand, men at det handlar om god arbeidsmoral og samvit overfor kollegaene som er igjen på jobb. På eine institusjonen blir det gitt uttrykk for at «...det er kun beinbrudd som er god nok grunn til å vere borte frå jobb.» («Else», omsorgsarbeidar «Solgløtt»).

Fysisk arbeidsmiljø

Muskel- og skjelettplager er i følgje Statistisk Sentralbyrå den faktoren som har størst årsakssamanheng med sjukefråveret i Noreg (Statistisk Sentralbyrå, 2014, a). I forskingssamanheng skulle ein tru at det fysiske arbeidsmiljøet er den faktoren som var forholdsvis lett å måle i samanheng med graden av sjukefråver fordi ein fysisk årsak kan opplevast meir konkret. Det kan vere lettare å måle graden av smerter i til dømes rygg og nakke enn det er å måle graden av psykososialt stress, utilfredsheit osv. Og det kan også vere lettare å måle den fysiske arbeidsbelastninga som til dømes kor mange pasientar ein må bruke

heis på, kor mange blir stelt i seng osv. Ein kunne også tenkje seg at dei konkrete diagnosane ved sjukmeldingar skulle kunne gi ein peikepinn på årsakssamanhengen mellom arbeidet og sjukefråveret, og at det dermed kunne vere muleg å legge til rette. Så enkelt er det likevel ikkje. Som nemnt tidlegare meiner Hagelund (2014) at på grunn av diffuse diagnoser og manglande objektive kriterier er det vanskeleg å finne dei faktorane som kan minske sjukefråveret. Her viser han til Mykletun-utvalet, som fann at det er vanskeleg å setje inn konkrete tiltak for å redusere sjukefråveret i Noreg. Dei såg at så lenge kriteriene er ei blanding av objektive og subjektive opplevingar, og diagnosane ikkje lenger er diagnoser, men eigentleg symptom, er det vanskeleg å finne rette tiltak (Hagelund, 2014).

Det fysiske arbeidsmiljøet er ein faktor som det likevel kan vere lettare å forbetre, ved å skaffe fleire ulike hjelpemiddel, og ved å kurse personalet i mellom anna forflyttingsteknikkar. Slike hjelpemiddel kan gjere forflytting meir skånsam for pasientane og lettar i tillegg arbeidet for pleiarane. Men sjølv med mange gode hjelpemiddel vil mykje av arbeidet vere av fysisk tung art. Som Mæland (2014) seier, er det ikkje muleg å få bort alle fysiske belastningar, og til dømes vil helsearbeidarar fortsatt måtte jobbe i bøygde og vridde stillingar, noko som er svært fysisk belastande for kroppen over tid (Mæland, 2014). I følgje mine respondentar seier cirka halvparten at dei har hatt fysiske plager som har gitt dei sjukefråver. Hos nokre av dei har plagene kome på grunn av arbeidets art. Dette har skjedd både under bruk av hjelpemiddel, men også på grunn av slitasje med mykje trakking på harde golv og at det er fysiske tunge forflyttingar der ein ikkje har hjelpemiddel. Mange seier også at dei vel å ikkje bruke hjelpemiddel på grunn av tidspress, dei tek seg ikkje tid til å gå og hente hjelpemidla dei treng. Det kan bety at det er for få hjelpemiddel. I tillegg tek det tid dersom ein må vente på at hjelpemidla skal bli ledige. Ingen av dei som har gitt uttrykk for dette seier dei har vore sjuke på grunn av fysiske skader eller slitasje, men dei seier likevel at dei synest arbeidet er fysisk tungt. Vidare er det også nokre av respondentane som har hatt sjukefråver på grunn av skader som har skjedd på fritida. På grunn av arbeidets art har det då vore umogleg for dei å gå på jobb med slike skader, til dømes ein broten ankel, vridde kne eller liknande. Dette er med på å dra opp sjukefråverstatistikken når ein samanlikna med andre yrkesgrupper, men årsakssamanhengen er ikkje knytt til jobben.

Hagelund (2014) seier at det er vanskeleg å finne *direkte* årsakssamanhengar mellom arbeidsforhold og sjukefråver. Likevel viser studien til Hagen et al. (2006) at der faktisk er ein signifikant samanheng mellom fysiske smerter og plager og andre type plager og symptom. Dei har funne at personar med kroniske, uspesifikke ryggsmertar også har plager som

nakkesmerter, hovudverk, søvnproblem, angst og depresjon, men også ein signifikant samanheng med at desse personane er mindre plaga med forkjøling/influenta, mageverk og eksem (Hagen et al., 2006). Ut i frå dette kan det sjå ut som at fysiske arbeidsbelastningar og fysiske plager kan føre til andre, psykiske og psykososiale plager, men også andre vegen; at psykiske og psykososiale belastningar kan gi fysiske plager.

Ser ein dette i samanheng med Parsons teori om dei fire subsystema, kan ein tenkje seg at dette handlar om aktøren sin kropp og ego, som skal fungere i samhandling med det institusjonsprega systemet med dei reglar og retningslinjer som er lagt. Både det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet påverkar aktørane både fysisk på kroppen og psykososialt i form av grad av tilfredsheit på jobb. På den andre sida har også aktørane innverknad på dei andre subkulturane, både institusjonens reglar og kulturens preg. Utfordringa kan her vere å finne ein måte å binde saman aktørens, i dette tilfellet pleiarens, ego og biologiske organisme med system, rolleforventningar og kultur både på arbeidsplassen og frå samfunnet generelt.

Motivasjon og meistring

På ein omsorgsinstitusjon kan ein sjå dei same subsystema og korleis desse samhandlar med kvarandre. Alle deltakarane i systemet/institusjonen deltek i eit allereie oppbygd system, med verdiar og normer ein må følgje og leve etter. Her er det forventningar på tvers mellom aktørane, pasientar har forventningar til pleiarane, men også pleiarane til pasientane, både om korleis ein blir møtt, kva ein skal få/gi hjelp til, og liknande. Leiarane har forventningar og krav til arbeidstakarane og motsett, ut i frå posisjon og stilling. Dette kan vere i form av nedskrivne reglar og stillingsinstruksjer, men også i form av uskrivne reglar og kulturelle normer og verdiar. For den som skal internaliserast i eit arbeidsmiljø er det ofte både naturleg og ønskjeleg å ta til seg denne kulturen sine verdiar som sine egne. I følgje Parsons skjer dette også i samanbindinga mellom aktør og struktur; at aktøren gjer samfunnet og kulturen sine basisverdiar om til sine egne, som då blir aktøren sin vegvisar og gir dermed aktøren fridom, eigenart og verdigheit (Aakvaag, 2010). I eit arbeidsmiljø har ein ofte ein eigen kultur der ein har «nedarva» samfunnet sine verdiar og normer og tilpassa dei til sin arbeidsplass. Dette også ut i frå forventningar frå samfunnet på grunnlag av type organisasjon og profesjon. Eit slikt arbeidsmiljø, med felles verdiar og retningslinjer, kan gi kvar enkelt ei oppleving av fellesskap, tilhørslse og kollektiv identitet. Positive sosiale relasjonar på arbeidsplassen, som blant anna tilbakemeldingar og støtte, er i følgje Aagestad et al. (2011) viktig for motivasjonen og kan gi ei meir positiv verdsetting både av seg sjølv og arbeidsmiljøet (Aagestad et al., 2011, s. 94). Det er svært viktig å oppleve gode relasjonar til sine kollega.

Fleire studiar viser at mangel på kollegial støtte gir auka risiko for mentale helseplager. I min studie er det tre faktorar som blir tatt opp fleire gongar som viktige for respondentane, og desse er oppleving av tryggleik, tilhøyrsløse og støtte. Deira oppleving av tilhøyrsløse er så og seie ein-sidedig, men styrkegraden varierer. Nesten alle respondentane uttrykker at dei føler seg trygge og inkludert i eit sosialt arbeidsmiljø, noko som mange nemner som ein viktig del av arbeidsmiljøet. Det som gir dei tryggleiksfølelsen, er å få jobbe saman med fast personale, kollegaer ein kjenner godt, og som ein får dele latter og glede med på jobb. Fleire av respondentane meiner også at opplevinga av tilhøyrsløse blir styrka dersom ein har fleire ulike arena der ein kan vere sosiale saman med kollegaene. I ei slik kollegial samhandling får ein bekrefte sin identitet som medarbeidar samtidig med at arbeidskulturen sine verdiar verkar som retningsssnorer i livet, noko som kan gi ekstra tryggleik både på jobb og i privatlivet. Identiteten til kvar enkelt arbeidstakar blir både forma i det sosiale arbeidsmiljøet samtidig som den er med på å forme miljøet ut i frå sin eigen bakgrunn. Kvar enkelt aktør blir styrt mykje av forventningar og sanksjonar som har festa seg i arbeidsmiljøet og som særleg nyttilsette kan oppfatte som stramme rammer. For å bli akseptert og internalisert både frå leiar og personalet som gruppe, freistar ein ofte å ta til seg dei same verdiane og følgje dei reglane og retningslinjene som er opparbeidde i miljøet. Dette kan på den eine sida opplevast som å gi lite spelerom i jobben på grunn av dei mange skrivne og uskrivne reglane. På den andre sida kan dette også gi ei oppleving av tryggleik og tilhøyrsløse, og dermed opne opp for mulegheiter til å vere kreativ. Det at nokon har forventningar til deg kan gi motivasjon til å ville gjere ein god jobb og vilje til å gi av seg sjølv. I følgje Heggen (2010) handlar denne tilhøyrsløse meir om symbol enn om sjølve handlinga, og slik eg oppfattar det er det dette som kan gi motivasjon og kreativitet i trygge rammer.

Det kan diskutast om det er mest av Parsons sin teori innanfor denne institusjonelle strukturen, der aktøren har visse forventningar til seg, som mellom anna å tilpasse seg den eksisterande strukturen og følgje dei opparbeidde retningslinjene. Eller om det er Giddens sin teori om sosiale system, der kompetente, kreative og sjølvstendige aktørar produserer og reproduserer dei handlingsmønster, reglar og ressursar som gir institusjonen sitt preg. Truleg ville respondentane i min studie gi ulike synspunkt på dette, fordi dei er ulike i kva dei opplever gir motivasjon og meistring. Likevel er skildringane deira av arbeidsdagen svært lik. Det er mykje dei same arbeidsoppgåvene som skjer dagleg og kvar veke, og slik blir det danna eit sosialt system. Her kan det vere lett å tenkje seg organisasjonen som «massiv, ytre og tvingande» ved at respondentane ikkje har særleg rom for å vere kreative eller å styre

arbeidsoppgåvene eller arbeidsdagen sin sjølv. Derimot er deira eigen oppfatning av dette motsett. Så og seie alle respondentane meiner at dei i stor grad kan styre arbeidsdagen sjølv ved at dei kan velje korleis dei utfører arbeidsoppgåvene og også meir eller mindre tidspunktet for utføring av desse. Dette er likevel under føresetnad av at pasientane sine behov og ynskje kjem først. Så ut i frå dette kan svara til respondentane verke litt motseiande. På den eine sida seier dei at det er pasientane sine behov og ynskje, i tillegg til samarbeidet og planlegginga med kollegaene det i første omgang må takast omsyn til når dei skal planlegge og utføre ein arbeidsdag. På den andre sida opplever dei same respondentane at dei i stor grad kan styre arbeidsdagen sjølv og dei opplever å ha kontroll og meistringsfølelse over eigne arbeidsoppgåver. Dette handlar altså om deira eigen *oppleving* av balansen mellom krav som blir stilt til dei og kontrollen dei opplever å ha over eigen arbeidssituasjon. Både leiarane og pleiarane gir her uttrykk for det same. Så sett i lys av Karasek sin teori som seier at ein slik arbeidssituasjon kan verke helsefremmande (Sørensen et al., 2012), kan det også i min studie sjå ut som dette har ein positiv effekt på sjukefråveret her. Dette er altså i samsvar med Karasek sin teori om at balansen mellom krav som blir sett til dei tilsette og kontrollen dei opplever å ha kan ha stor innverknad på helsa til kvar enkelt av dei tilsette. Oppleving av å ha medbestemmelse og eigenkontroll i eigen arbeidssituasjon samt å få delegererte oppgåver og ansvar, er viktige moment i denne balansen (Foss, 2012). Faktorane som blir omtala her inneber mellom anna å føle seg inkludert i eit sosialt miljø og å føle seg trygg på jobb. Desse blir sett på som så viktige forhold på arbeidsplassen, at dei er tatt inn i Arbeidsmiljøloven, som eg viser til tidlegare i oppgåva.

I denne samanhengen kjem også faktoren om tidspress fram, og då gir respondentane ikkje like sterkt uttrykk for å oppleve kontroll. Respondentane seier dei blir stressa av tidspresset, noko som i følgje Karasek sin teori kan gi psykosomatiske plager og føre til høgare sjukefråver (Sørensen et al., 2012). Dei fleste av mine respondentar svarar negativt på spørsmålet om dette har ført direkte til sjukefråver for deira del, medan eit fåtal av dei, deriblant eine leiaren, bekreftar å ha hatt sjukefråver som truleg kjem direkte frå stress og tidspress. For desse går dette på at dei opplever å ha for mange arbeidsoppgåver, for stort press og for høge forventningar i forhold til ressursane dei disponerer.

I følgje Aagestad et al. sine forskingsresultat opplever leiarar høg grad av kontroll i eigen arbeidssituasjon, medan kvinner, og då særskilt sjukepleiarar, ligg i andre enden av skalaen og opplever liten kontroll (Aagestad et al., 2011, s. 93). Dette blir også bekrefta av levekårundersøkinga frå Statistisk Sentralbyrå frå 2006 som seier at sjukepleiarar er dei som i

lågast grad opplever kontroll over korleis dei kan utføre jobben sin. I tillegg seier denne undersøkinga at kvinnelege helsearbeidarar opplever høgare grad av tempo, større arbeidsmengde og meir følelsesmessige belastningar enn det kvinnelege tilsette i andre arbeidsgrupper opplever (sjå figur 2, s. 32 i denne oppgåva), (Statistisk Sentralbyrå, 2015).

Opplevinga av god balanse mellom krav og kontroll er altså noko delt i min studie. Dei fleste seier dei opplever kontroll over eigen arbeidssituasjon. Samtidig seier dei at dei må innstille seg etter pasientane sine behov og ynskje, samtidig med at dei også delvis må planlegge dagen saman med sine kollegaer. Mange av dei gir uttrykk for at dei ofte opplever høg grad av tidspress. Det som er viktig her er korleis respondentane *opplever* arbeidsdagen. Mange av dei seier dei likar å ha mykje å gjere og at det skjer noko. Når ein jobbar saman med fast personale, og ein kjenner tilhøyrsløse og trygghet, tåler ein meir av press i forhold til tid og lite ressursar. Ein deler også meir på ansvaret når ein har andre faglærte ilag med seg, og dette lettar på ansvarstyngda og arbeidspresset. Derimot, seier dei fleste respondentane, opplever ein mindre kontroll dersom ein går saman med ufaglærte vikarar. Då blir både tidspresset og ansvaret på dei fast tilsette høgare og det gir større grad av stress. Berre ein av respondentane seier at dette har inga betydning for henne. Ho har ikkje opplevd at forhold på arbeidsplassen har ført til sjukefråver for hennar del. Dette er det fleire av respondentane som seier, altså at dei ikkje har hatt sjukefråver på grunn av forhold på arbeidsplassen. Samtidig seier dei same at dei veit at mange av sine kollegaer *har hatt* sjukefråver på grunn av forhold på arbeidsplassen. Dei meiner at dette gjeld forhold som høgt arbeidspress, og då særleg av fysisk art i form av mange «tunge» stell og forflyttingar, kombinert med stor arbeidsmengde, tidspress og stort ansvarsområde. Ein av respondentane seier også at ho veit om at fleire kollegaer har blitt sjukmeldt i periodar på grunn av slag frå utagerande pasientar, men ingen av respondentane har uttalt dette sjølv.

Kompetanse

Kunnskap gir autonomi, som kan verke som ein indre motivasjonsfaktor, fordi autonomi kan opplevast som ei belønning i arbeidet. I følgje Mastekaasa (2010) vil altså ein slik indre motivasjon bli påverka av individet si oppleving av kompetanse og autonomi. Særleg for profesjonsutøvarar som står i mellommenneskelege relasjonar i samband med sitt yrke, kan kompetanse gi mulegheiter for varierte arbeidsoppgåver og faglege utfordringar. Dette vil igjen gi meistringfølelse og følelsen av å ha kontroll over eigen arbeidssituasjon (Mastekaasa, 2010, s. 309). I neste omgang kan dette gi positiv energi, trivsel og kreativitet. I eit arbeidsmiljø vil dei tilsette med tida opparbeide seg erfaring, og etter kvart også mykje

«taus kunnskap». Som Hetland og Hetland (2009) gir uttrykk for, er oppleving av tilhøyrsløse, autonomi og kompetanse viktige motivasjonsfaktorar. Ved å spele på kvarandre si erfaring og kompetanse kan ein både tileigne seg ny kunnskap sjølv, vere med på å løfte kvarandre og oppnå ei oppleving av sosial tilhøyrsløse. På den andre sida kan det i ei slik gruppe oppstå konflikhtar, noko som kan opplevast som truande for den sosiale tilhøyrsløse og i neste omgang føre til negativt stress (Hetland & Hetland, 2009).

Ved omsorgsinstitusjonane i min studie, har dei fleste tilsette ei eller anna form for utdanning og dermed teoretisk kunnskap som bakgrunn, bortsett frå vikarane, der dei fleste er ufaglærte. Fleire av mine respondentar gav uttrykk for at dei i stor grad opplever å ha bruk for kompetansen sin i det daglege arbeidet. Kompetansen gir dei meir autonomi og meir ansvar. Respondentane har gitt uttrykk for at dei opplever meistring og kontroll i eigen arbeidssituasjon, noko som kan ha ein samanheng med deira kompetanse og at dei får utfordringar som gir dei meistringsfølelse. Respondentane gav uttrykk for at dei opplever det som positivt å få utfordrande arbeidsoppgåver så lenge dei føler det er oppgåver dei kan meistre. Dei ynskjer også å vidareutvikle kompetansen sin. Med tanke på å skulle lære av kvarandre sin kunnskap, både for å utvikle seg som individ og som gruppe, opplever dei at tidsfaktoren hemmar dette. Det er stort sett berre i rapport-situasjonar dei har tid til å diskutere seg imellom. Så eit av ynskja og behova hos respondentane er å få meir tid til diskusjonar og refleksjonar, men også å få tilbod om diverse kurs for å tileigne ny, og utvikle eigen kunnskap. Dette viser at viljen for å tileigne seg kunnskap og kompetanse er tilstade, men dei synes problemet ligg i manglande tilrettelegging og tilbod. Likevel er det ein av respondentane som opplever at denne viljen er profesjonsavhengig. Ho opplever at det er sjukepleiarane som stiller opp ved interne og eksterne kurs, medan omsorgsarbeidarane ikkje viser interesse. Dette meiner ho har samanheng med manglande ansvarsfølelse og manglande tilknytning til eigen arbeidsplass. Samtidig gir ho også uttrykk for at ho synes dei har eit godt arbeidsmiljø der ein får til diskusjonar i personalgruppa.

Sjølv om dei fleste av respondentane opplever at det er for liten tid til diskusjonar og til å utvikle kvarandre, gir dei uttrykk for at dei har eit godt arbeidsmiljø der dei føler tilhøyrsløse og støtte både frå kollegaer og leiar. I følgje Hetland og Hetland kan det å føle tilhøyrsløse vere ein svært viktig faktor for trivsel og kreativitet, som er viktig for utvikling og læring. Vidare, seier dei, at god og utviklande leiing kan få fram taus kunnskap hos dei tilsette (Hetland & Hetland, 2009).

Leiaren sin påverknadskraft

Som Hetland og Hetland (2009) skriv, har leiaren som oftast større makt enn sine tilsette på grunn av sin posisjon. Ved å bruke denne makta bevisst kan leiaren i stor grad påverke motivasjonen til sine tilsette, blant anna ved å balansere delegeringa av ansvar til dei. Vidare seier dei at det kan vere lønsamt med leiarar som har empati, omsorgsevne og evne til å knyte tryggje tilknytningar (Hetland & Hetland, 2009). Dette er også i samsvar med forskingsresultat frå fleire ulike studiar, som viser at støtte frå næraste leiar er ein av faktorane som har sterkast innverknad på sjukefråver. Blant anna viser Aagestad et al. (2014) sin studie ein lineær samanheng mellom sjukefråver og lågt nivå av støttande leiarskap. Fleire andre studiar bekreftar også dette. Ein studie gjort ved Karolinska Institutet i Sverige definerer god leiing ved å vere integrerande og gi dei tilsette tillit og støtte (Foss, 2012). Vidare har Bernstrøm og Kjekshus (2012) sin studie kriterier som til dømes det å gi tilbakemeldingar på dei tilsette si utføring av arbeidsoppgåver. Dette kan gi dei naudsynt stadfesting på at dei gjer arbeidet sitt bra, og dermed motiverer det til å fortsette å ville gjere det bra vidare (Bernstrøm & Kjekshus, 2012). Alle desse ulike studiane viser det same, kor viktig positiv og støttande leiarskap er for dei tilsette. Det er då oppsiktsvekkande å lese resultatata frå Statistisk Sentralbyrå si levekårundersøking frå 2013 som viser at sjukepleiarar og spesialsjukepleiarar, samanlikna med fleire andre yrkesgrupper, er dei som skårar høgst i å oppleve dårleg forhold mellom leiing og tilsette.

I min studie skildrar respondentane ein god leiar ved «å gi naudsynt informasjon», «å høyre og sjå sine tilsette» og det «å vere tilstade». Dette tolkar eg slik at dei ved å oppleve desse faktorane ved sin leiar er tilsvarande med at dei opplever å få støtte. Her svarar respondentane på i kva grad dei opplever støtte både frå kollegaer og frå næraste leiar, og det viser seg at dei er delt i denne opplevinga. Under det siste punktet er der ein forskjell mellom institusjonane. Ved eine institusjonen opplever alle respondentane, bortsett frå einingsleiaren, å få støtte frå næraste leiar. Det betyr at dei opplever at leiaren oppfyller dei ovanfor nemnde kriteria dei legg i godt leiarskap. På den andre institusjonen er respondentane meir delt i sine opplevingar. Sjukepleiarane har fleire punkt dei meiner skal til for eit godt leiarskap, slik som å stille krav, å delegere og å vere tydeleg og aktiv i ulike problemstillingar. Likevel er det faktoren «å vere tilstade» respondentane gir mest kritikk mot sin leiar for. Einingsleiaren ved denne institusjonen opplever god støtte frå sin næraste leiar, og meiner at godt leiarskap inneber å vere tilstade for sine tilsette og gi råd i ulike samanhengar, noko ho sjølv opplever hos sin leiar. Det er eir paradoks at det er akkurat dette punktet sjukepleiarane ved denne institusjonen opplever som manglande ved sin næraste leiar. Likevel uttrykker respondentane at dei føler

seg trygge på leiaren sin og opplever å bli høyrte og få tilbakemeldingar når det er noko dei ynskjer å diskutere.

Ein av respondentane skildrar forskjellen mellom når leiar er tilstade og ikkje. Stemninga i avdelinga endrar seg når leiaren ikkje er der. Det blir meir uroleg stemning, og dei tilsette blir utrygge. Ho opplever at dei psykar kvarandre ned med mellom anna meir kviskring i gangane. I tillegg får dei også fleire arbeidsoppgåver, for eksempel ved at dei må svare på telefonar, noko som vanlegvis er leiaren sitt arbeidsområde.

Ut i frå denne skildringa ser ein behovet er sterkt for at leiar er tilstade og at personalet opplever støtte. Trass i at forskning viser at graden av støtte frå næraste leiar har stor påverknad på graden av sjukefråver, er det likevel ingen av respondentane i min studie som seier deira oppleving av støtte, eller mangel på støtte, verken frå kollegaer eller næraste leiar, har ført til sjukefråver, verken hos seg sjølv eller hos sine kollegaer. Derimot uttrykkjer fleire av respondentane, på kvar av institusjonane, at dei kan ha lettare for å ha sjukenærver på grunn av god støtte frå sine kollegaer. Færre uttrykkjer dette i samband med støtte frå næraste leiar.

Sjukenærver

Blant respondentane i min studie kan det sjå ut som oppleving av støtte er med på å auke graden av sjukenærver. Med tanke på dei gode sjukefråvereordningane vi har her i landet, kan ein likevel stille spørsmål ved kvifor personalet ofte vél sjukenærver framfor sjukefråver. Her kan det sjå ut som det blir utvikla ein struktur i arbeidsmiljøet der moralen seier at ein skal gå på jobb sjølv om ein kanskje burde vere heime. I følgje Giddens sin strukturasjonsteori blir ein slik struktur oppretthalden og utvikla ved aktørens handlingar. Ein kan altså sjå ein gjensidig påverknad der strukturen påverkar valet til individet samtidig som at det valet som individet tek er med på å forme strukturen i miljøet. Ved begge institusjonane kom det fram at det var mykje dårleg samvit ovanfor kollegaer som avgjorde valet om å gå på jobb sjølv om ein ikkje følte seg i form til det. Dei uttalte då at dei veit kor slitsamt det er for dei som er att på jobb å gå saman med vikarar, dersom det i det heile er muleg å få tak i vikar. Dette er det Saksvik og Finne (2009) kallar nærverepress, som er grunnar til at ein føler seg *pressa* til å gå på jobb. Dersom dette «setter» seg i kulturen på arbeidsplassen, og blir den forventede haldninga frå personale og leiar si side, kan ein sjå på det som det Giddens kallar «strukturens dualitet», ein gjensidig påverknad. Her kan ein også drage fram det nokre av respondentane ved eine institusjonen uttrykte; «det er kun beinbrudd som er god nok grunn til å vere borte

frå jobb», som viser at dei tilsette (aktøren) har produsert ein sjanger med ein undertone av forventningar til at kollegaene «tenkjer slik som eg». Også einingsleiarane ser at ein stor del av personalet har sjukenærver, noko dei begge ikkje er udelt positive til. Begge meiner at dette er eit såpass tungt yrke, både fysisk og psykisk, at er ein sjuk så burde ein vere heime. Likevel ser dei at det er forskjell blant personalet for kvar terskelen ligg for å vere heime når ein er sjuk. Dette viser at også personlegdom og eigen bakgrunn kan ligge til grunn for valet ein tek.

Emosjonelle uttrykk

Ein annan faktor der mine resultat ikkje kan seiast å vere heilt i tråd med andre forskingsresultat, er ved faktoren «å forholde seg til emosjonelle uttrykk» og i kva grad dette verkar inn på sjukefråveret. Levekårundersøkinga til Statistisk Sentralbyrå (2015) viser at fleire kvinnelege helsearbeidarar samanlikna med sysselsette kvinner i andre yrke, må forholde seg til sterke følelsar hos «kunder, klienter o.a.» (sjå figur 3, s. 33 i denne oppgåva). I tillegg viser også Aagestad et al. (2014) sin studie at det å måtte halde tilbake, og ikkje kunne uttrykkje egne følelsar, har ein samanheng med auka sjukefråver. Faktisk viser denne studien at det var denne faktoren som hadde sterkast innverknad på sjukefråveret. I følge mine respondentar opplever også dei å måtte forholde seg til sterke følelsar hos sine pasientar og deira pårørande, samtidig med delvis å måtte halde tilbake egne følelsar i ulike situasjonar. Når det gjeld det sistnemnde er meiningane noko delt blant mine respondentar, der nokre meiner at det til ei viss grad er greitt å vise egne følelsar. Derimot er det ingen som opplever at det er noko *problem* å skulle forholde seg til egne og andre sine følelsar i arbeidssamanheng. På oppfølgingsspørsmål er det ingen av respondentane som har opplevd at denne faktoren direkte har ført til sjukefråver for eigen del. Det nokre av respondentane har gitt uttrykk for, er at dei «veit» at nokre av deira kollegaer har hatt sjukefråver grunna fysisk utagerande pasientar der slag og kniping nærast blir kvardagsleg. I denne samanhengen viser Aagestad et al. (2011) til at kvinner, og særleg sjukepleiarar, er høgt representert i å oppleve låg grad av kontroll i samanheng med vold og trugslar om vold. Det er likevel ingen av respondentane i min studie som seier at dette direkte har ført til sjukefråver for eigen del. Men mange av respondentane seier at dei opplever det som utfordrande fordi det blir forventa at dei greier å opptre profesjonelt i dei ulike situasjonane. Dei skal forholde seg til, og ta omsyn til, både pasientane og pårørande sine ynskjer, behov og følelsar. Og mange av respondentane seier at det er sinne og utagering som gir mest utfordring. Likevel er det fleire som også finn motivasjon i desse utfordringane fordi det gir dei mykje tilbake ved at dei får hjelpe andre i

vanskelege situasjonar. Dei har likevel ikkje gått så langt som å seie at dette gir dei motivasjon til å gå på jobb og til å ha sjukenærver, men at det gir ein god følelse å få hjelpe.

Omorganisering

I følge Mæland (2014) kan omorganisering ha både positive og muleggjerande effektar på den eine sida, og på den andre sida medføre negative konsekvensar i form av nedskjeringar og oppleving av utryggleik og stress for dei tilsette.

I min studie har dei ved begge institusjonane opplevd omorganiseringar, men dette har ikkje ført til store endringar i arbeidskvardagen for personalet sin del. Ved eine institusjonen gav dei fleste uttrykk for at dei opplevde denne perioden som frustrerande på grunn av mykje «fram og tilbake» og lite informasjon. Nokre meinte også at dette førte til auka sjukefråver denne perioden, medan andre meinte at det ikkje hadde noko innverknad på arbeidsmiljøet. Dette er også noko Mæland nemner, at omorganisering kan gi uro, usikkerheit og ei oppleving av utrygge rammer (Mæland, 2014). Respondentane ved denne institusjonen opplevde altså utrygge rammer i form av mykje «fram og tilbake», lite informasjon, og usikkerheit, særleg for dei med låg stillingsprosent då desse risikerte å bli flytta til anna avdeling.

Ved den andre institusjonen var det akkurat gjennomført ei brukarundersøking. Tiltaka som følgje av denne har dei ikkje sett nokon effekt av enno. Respondentane opplyser vidare at her har vore ei omorganisering på leiarplan, og alle gir uttrykk for at dei ikkje har merka noko av dette, særleg ikkje i positiv retning. Det er noko uklart kva som ligg i dette, men det kan vere ei antydning til misnøye med leiarane, noko som fleire opplyser også kom fram i brukarundersøkinga, i følge fleire av respondentane. Ingen av respondentane ved denne institusjonen gir uttrykk for at dette har ført til sjukefråver.

Det kan vere fleire årsaker til respondentane sine opplevingar av omorganiseringane, men den dei legg mest vekt på er lite informasjon og at dei ikkje ser nokon positiv effekt av desse. Vidare kan også Mæland (2014) si vinkling medverke til synet respondenten har på omorganisering, nemleg at personlege faktorar, som til dømes alder, utdanning og innstilling, kan ha innverknad.

Skift- og turnusarbeid

Dette er også ein faktor som viser seg å ha helsemessige konsekvensar for dei tilsette, då dette viser seg å gi auka fare for hjarte- og karsjukdomar og kreft, og då særleg brystkreft. Dette gjeld særleg for dei med mykje nattarbeid (Foss, 2012, s. 256). Dei fleste respondentane i min studie går turnus i form av dag- og kveldsvakter, men nokre få av dei går også nattevakter ved

ekstra behov. Turnusarbeid har ikkje vore noko tema i min studie, men blir nemnt som ein positiv faktor frå dei som av og til går nattevakt. Den positive opplevinga desse har, er at det blir knytt eit spesielt kollegialt band blant nattevaktene. I følgje Foss (2012) gir nattarbeid positive effektar i form av mellom anna større ansvar og faglege utfordringar.

Effekt av IA-avtalen?

Under dette temaet var det berre einingsleiarane som uttalte seg, sidan det er dei som har det daglege arbeidet og oversikta i denne samanheng. Målet med avtalen var i utgangspunktet mellom anna å få ned sjukefråveret med 20 %. Dette målet er enno ikkje nådd (Statistisk Sentralbyrå, 2014, a). I følgje einingsleiarane er dei begge usikre på om avtalen for deira del har særleg effekt på sjukefråveret. Eine einingsleiaren uttalar at ho meiner dei også utførte mange av tiltaka før institusjonen blei IA-bedrift, og at ho ikkje ser særleg endring, verken i måten dei jobbar med dei tilsette på eller ved effekten på sjukefråveret.

Respondentane sine egne tankar

Respondentane fekk på slutten av intervjuet mulegheita for å kome med egne tankar og trekke fram nye tema eller poengtere allereie omsnakka tema. Eit nytt tema som blei trekt fram fleire gongar av alle respondentane, var følgjene av bruken av ufaglærte vikarar. Fordi sjukefråveret er høgt i denne sektoren, og også ved desse to institusjonane, blir konsekvensen dermed høg bruk av vikarar. Respondentane uttrykkjer at dei blir slitne av gå saman med ufaglærte vikarar, fordi dei då får større ansvar samtidig som at meir av arbeidsmengda fell på dei. Dette blir raskt ein vond sirkel der høgt sjukefråver aukar bruken av vikarar, som gjer dei fast tilsette som er att på jobb meir slitne, og som igjen kan føre til ytterlegare auke av sjukefråveret. Denne faktoren har ikkje vore tema i noko av forskingsresultata representert i denne studien.

Respondentane trekte også fram fleire tiltak som hadde vore gjort for å betre arbeidsmiljøet og redusere graden av sjukefråver. Dei fleste meinte at kommunikasjon er eit viktig tiltak, og fleire nemnde rapportane, særleg frå tidlegvakt til seinvakt, som ein god arena for refleksjonar og diskusjonar. Dette meinte dei fører til oppleving av støtte frå kollegaene og eit betre arbeidsmiljø. Vidare var det mange som nemnde personalmøter som eit godt tiltak for å betre arbeidsmiljøet. Dette handlar også om kommunikasjon, noko som dei opplevde som viktig. Det kom også fram at dei syntes det vart avsett for lite tid til refleksjonar. I samband med sjukefråveret, har det tidlegare vore uttrykt frå nokre av respondentane at det gode arbeidsmiljøet har ført til sjukenærver for sin del.

Vidare er det ingen av respondentane seier noko om at dei har hatt sjukenærver fordi arbeidet har vorte tilrettelagt ut i frå deira helsetilstand, noko som Saksvik og Finne (2009) meiner kan vere med på å auke mulegheita for sjukenærver. Her har også IA-avtalen ei rolle, som mellom anna skal styrke mulegheita for at arbeidsplassen skal kunne leggje til rette for arbeidstakarar med særskilde behov (Regjeringen.no, 2014, a).

Kva har størst verknad – enkelte faktorar eller summen av enkeltfaktorane?

Det kan likevel sjå ut som sjukefråveret ikkje kan knytast til enkeltfaktorar, men at det er summen av fleire faktorar som i kvar sin ulik grad påverkar både graden av sjukefråver og sjukenærver. Det kan også sjå ut som at enkelte faktorar har større innverknad enn andre. Dei faktorene respondentane trekkjer fram i fleire samanhengar, er arbeidsmengde og tidspress, som fører til stress og som saman med det fysiske tunge arbeidet gjer at ein blir sliten. Dette er i tråd med Statistisk Sentralbyrå si undersøking frå 2013, som viser at sjukepleiarar skårar høgt innan temaet «fysisk og psykisk utmattelse blant sysselsatte» (sjå figur 5, s. 37 i denne oppgåva), (Statistisk Sentralbyrå, 2014, b).

Når det gjeld kvar enkelt av faktorene, uttrykkjer respondentane i liten grad å oppleve som problematiske. Derimot når dei gir uttrykk for samanhengane i arbeidet, kjem det fram at summen av dei ulike faktorene har større verknad enn faktorene kvar for seg. Det er også særleg ein faktor som blir trekt fram som å ha stor innverknad på dei andre faktorene, og det er bruken av ufaglærte vikarar. Dette gir dei uttrykk for å gi store ringverknader. Grunnen til at akkurat denne faktoren blir trekt fram, kan vere at den er lett synleg. Respondentane gir uttrykk for at dei merkar det godt når dei går mykje saman med vikarar. Dei blir meir slitne og er usikre på kor lenge dei greier å presse seg før dei blir sjuke. Så dette viser at denne faktoren kan vere ein mellomliggende årsak som påverkar mange av dei andre faktorene. Konsekvensane blir, seier respondentane, lågare grad av oppleving av å ha kontroll, auka tidspress, auka ansvar som igjen fører til auka grad av stress, auka arbeidsmengde som gir større fysiske belastningar, samt at dei i mindre grad får gå saman med fast tilsette, noko som mange av respondentane dreg fram som ein motivasjonsfaktor.

AVSLUTNING

Temaet for denne oppgåva har vore sjukefråvær sett i samanheng med eit fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, sidan sjukefråværet i helse- og omsorgssektoren statistisk sett viser seg å vere svært høgt samanlikna med andre yrkesgrupper. Hovudføremålet i studien har vore å få fram respondentane sine opplevingar av kva slags faktorar som verkar inn på arbeidskvardagen og sjukefråværet, og kva faktorar som kan styrke sjukenærværet. Dette kan vere nyttig kunnskap for å vidareutvikle institusjonane si organisering til det beste både for pleiarane og pasientane. Gode arbeidsforhold og eit godt arbeidsmiljø gir grunnlag for betre helse hos personalet. Dette kan ha positiv innverknad på sjukefråværet og gi eit meir stabilt personale, noko som også pasientane nyter godt av.

I kvalitative studiar er det vanskeleg å finne direkte årsakssamanhengar. Ein snakkar då heller om at ein kan sjå trendar og tendensar mellom fenomenet og hendinga. Slik er det også i denne studien, som er ein kvalitativ studie som freistar å finne samanhengar mellom enkeltfaktorar og sjukefråvær, og eventuelt samsvar med tidlegare forskning. Enkelte faktorar kan gi større konsekvensar enn andre, og ein kan sjå ein sterkare tendens til å kunne påverke graden av sjukefråvær enn andre, mindre viktige faktorar. .

Hovudfunn

Både det fysiske og det psykososiale arbeidsmiljøet har vore tema for denne studien.

Forskinga presentert i teoridelen i denne studien, fokuserer i stor grad på det psykososiale arbeidsmiljøet. Dei fysiske belastningane blir ofte nemnt som å kunne vere ein bakanforliggende faktor til psykiske helseplager. Eg har funne lite forskning som isolert sett handlar om det fysiske arbeidsmiljøet sin påverknad på sjukefråværet.

Det fysiske arbeidsmiljøet er prega av å vere belastande og tungt. Sjølv om forskning viser at dei fysiske belastningane har blitt lettare både i tyngde og mengd dei siste åra, er det likevel svært vanskeleg å få bort alle fysiske belastningar i denne type yrke (Foss, 2012). Christensen et.al. (2007) sine forskingsresultat viser ein samanheng mellom fysiske belastningar og sjukefråvær. I min studie gir alle respondentane uttrykk for at arbeidet er fysiske belastande og tungt. Derimot er det svært få som seier denne faktoren isolert sett har ført til sjukefråvær. Dei fleste brukar hjelpemiddel for å gjere arbeidet lettare. Ein kan også sjå ein samanheng mellom dei fysiske belastningane og stressnivået som mange av dei psykososiale faktorane fører til. Denne samanhengen kan gå begge vegar, både ved at stressnivået gir fysiske plager

og at det fysiske arbeidsmiljøet gjer at ein føler seg fysisk sliten og dermed kan ha lettare for å bli påverka av negative psykososiale faktorar.

Trass i at dei fysiske belastningane over tid kan få store konsekvensar for dei tilsette si helse, er det likevel det psykososiale arbeidsmiljøet som har fått mest fokus i denne oppgåva. Det er særleg to faktorar som går igjen i tidlegare studiar innan dette temaet. Den eine er støtte og tilhørsle, og den andre er opplevinga av å ha god balanse mellom krav som blir stilt og kontroll ein har over eigen arbeidssituasjon. Det å føle tilhørsle og oppleve gode relasjonar i ei sosial gruppe er med på å fremme god helse. Det som det blir lagt mest vekt på i samanheng med denne faktoren, er oppleving av støtte frå næraste leiar. Fleire studiar viser at denne faktoren har innverknad på graden av sjukefråvær. I min studie gir respondentane tydeleg uttrykk for at dei opplever tilhørsle til, og støtte frå, sine kollega. Derimot er dei delt i oppfatninga av graden av støtte dei opplever frå næraste leiar. Det kjem likevel fram at dette ikkje har ført til sjukefråvær for nokon av dei. Derimot er ein av respondentane, eine einingsleiaren, heilt klart på at ho utan slik støtte truleg hadde vore meir sjukmeld enn det ho i ei periode var.

Den andre faktoren, balanse mellom krav og kontroll, kan ein sjå i samanheng med krav-kontroll-modellen, utvikla av Robert Karasek (Sørensen et.al., 2012). Denne modellen får fram kva konsekvensar som kan oppstå ved eit dårleg arbeidsmiljø, der låg grad av innflytelse kombinert med høge krav kan gi auka oppleving av stress. Også Seidler et.al.(2014) sine forskingsresultat viser ein samanheng mellom høge jobb krav og auka fare for psykisk utmatting. I motsett fall viser både Karasek-modellen og Seidler et.al. (2014) si forskning at sosial støtte som påverknad på graden av belastning gir grunnlag for tilfredse medarbeidarar og eit sunt arbeidsmiljø. I mi forskning gav respondentane uttrykk for at dei ofte opplever høg grad av stress på grunn av stor arbeidsmengde, tidspress og ofte mykje ansvar. Likevel gir dei uttrykk for at dei opplever kontroll i eigen arbeidssituasjon i form av at dei veit kva arbeidsoppgåver dei skal gjere i løpet av ein dag, og kan i stor grad sjølv velje korleis desse skal utførast. Derimot er dei meir delt i oppfatninga av kor vidt dei kan velje tidspunkt for utføringa av oppgåvene. Dette fordi det ofte er pasientane sine behov som styrer dette. Dei fleste respondentane seier dei ikkje har hatt sjukefråvær på grunn av dårleg balanse mellom krav og kontroll, medan nokre av dei ser at dette har vore ei av årsakene til deira sjukefråvær. Dette viser ein trend der krav-kontroll-balansen ikkje har betydeleg effekt på sjukefråværet.

Ein annan faktor som blir nemnt i fleire forskingsrapportar er emosjonelle uttrykk. I følgje Statistisk Sentralbyrå (2010) må helsearbeidarar i større grad enn andre yrkesaktive forholde

seg til sterke følelsar hos pasientar, klientar, etc. Aagestad et.al. (2014) sin studie viser at å skjule eigne følelsar kan føre til mentalt stress, og faktoren er, i følgje studien, den sterkaste predikasjon for langtidssjukefråvær. Dette var også eit tema eg tok opp med mine respondentar, men svara eg fikk var ikkje heilt i tråd med Aagestad et.al. (2014) sine forskingsresultat. Alle svarte at dei synes det er utfordrande å forholde seg til både pasientane og pårørande sine følelsar, men ingen av dei gav uttrykk for at dette var ei medverkande årsak til sjukefråvær hos dei. Derimot gav fleire av respondentane uttrykk for å oppleve denne form for utfordring som motiverande ved å få hjelpe pasienten og/eller pårørande i ulike situasjonar.

Andre faktorar vart vurdert, og funne å vere i samsvar med tidlegare forskingsresultat. Mellom anna har faktoren kompetanse mykje å seie for motivasjonen, i følgje respondentane mine. Alle gav uttrykk for at dei likar utfordringar og få bruke kompetansen sin, samt å ta til seg ny kompetanse. Likevel var det mange av respondentane som gav uttrykk for at dei følte dei ofte blei tillagt for mykje ansvar, særleg ved mangel på faglært personell. Så sjølv om dei gav uttrykk for å bli motivert av å få bruke kompetansen sin, er det viktig at dei føler ein god balanse mellom eigen kompetanse og pålagt ansvar. Sjukepleiarane utmerkar seg ved at dei opplever ansvar som noko positivt og blir motivert av å få nye arbeidsoppgåver og bli utfordra ved at dei får bruke meir av sjukepleiekompetansen sin. Dette blir nemnt særskild i samband med samhandlingsreforma, og at det mellom anna var slike positive konsekvensar den førte med seg. Trass i at mange opplever mykje ansvar som ei positiv utfordring, er det likevel mange som også opplever at tidsfaktoren kan vere eit stressmoment. Dei fleste opplever at det er for liten tid til å utvikle eigen kunnskap og kompetanse, og også at tidsfaktoren i kombinasjon med høgt ansvar ofte fører til auka stressnivå. Her kan det sjå ut som det er eit skilje mellom profesjonane, der omsorgsarbeidarane opplever høgt ansvar som meir stressande enn det sjukepleiarane gir uttrykk for.

Faktorane *vikarbruk* og *ansvar* er faktorar som ikkje har vore tema i nokon av forskingsrapportane referert i studien, og er difor særskild interessante. Ved sjukefråvær blir det ofte leigt inn ufaglærte vikarar. Dette medfører ofte endra ansvarsnivå ved at dei faglærte får fleire og nye ansvarsområde. Det blir dermed færre som har det faglege ansvaret og som skal ha kontrollen over at arbeidsoppgåvene blir utført på ein fagleg forsvarleg måte. Dette gir også ofte auka tidspress, og igjen fare for auka stressnivå. Temaet om vikarbruk, ansvar og tidspress var i utgangspunktet ikkje med i intervjuguiden, men blir jamleg dradd fram av respondentane som utfordrande for det psykososiale arbeidsmiljøet og mange meiner det

truleg har ei medverkande årsak til auke i sjukefråværet. Dette er difor eit svært interessant tema som treng vidare forskning.

Konklusjon

Omtrent halvparten av respondentane meiner at dei ikkje har hatt sjukefråvær på grunn av forhold på arbeidsplassen. Då er både det fysiske og det psykiske arbeidsmiljøet tatt med i vurderinga. Den andre halvparten opplyser at dei har hatt sjukefråvær i ulik grad og lengde, frå ei veke og opp til eit år, og meiner at dette har hatt samanheng med ulike faktorar på arbeidsplassen. Nokre meiner det er berre på grunn av det fysisk tunge arbeidet, medan andre ser ein samanheng mellom denne faktoren og arbeidsmiljøet elles, som t.d. tidspress og stress.

Fleire av respondentane trur at terskelen for å vere borte frå arbeid på grunn av sjukdom er knytt til oppvekst og miljøpåverknad, og at det er her grunnlaget for seinare arbeidsmoral blir lagt. Det forklarar dei med at i nokre heimar blir det lett godtatt at barnet/ungdomen er heime dersom vedkomande ikkje føler seg heilt i form, at det blir «sydd puter under armane» på dei, som dei uttrykker det. Medan i andre heimar er moralen at ein går på skule og jobb dersom ein greier det. Grunnlaget for kvar terskelen går blir altså lagt i oppveksten, meiner mange av respondentane. Når det er snakk om graden av sjukefråvær, opplever dei fleste dette som høgt, og den største utfordringa med dette er at det sjeldan blir leigt inn faglærte som vikarar. Mange av dei fast tilsette får då meir ansvar, som fører til auka stressnivå og lågare grad av trygghet.

Derimot meiner dei fleste av respondentane å ha hatt sjukenærvær, og dei trur også at kollegaene har hatt det same. For dei som seier dei har hatt sjukenærvær, meiner dei at årsaka botnar i dårleg samvittigheit for dei som er att på jobb, og at dei har høg arbeidsmoral. Den som er sjuk veit kor slitande det er når nokon av dei fast tilsette er borte, og vèl difor å gå på jobb sjølv om vedkomande heller burde vore heime. Det er også ein del av respondentane som seier dei vèl å gå på jobb fordi dei trives svært godt og føler at ein då greier å presse seg litt ekstra. På den andre sida er det også nokre av respondentane som ikkje vèl sjukenærvær fordi dei meiner ein må fungere 100 prosent når ein er på jobb, og at det då er betre for kollegaene sin del at det i staden blir leigt inn ein vikar som er frisk og fungerer. Mange meiner at støtte og det gode, kollegiale samhaldet dei har seg imellom, også er ei av årsakene til sjukenærvær. Dette meiner dei kjem av at dei har stor takhøgde for diskusjonar, og at dei er flinke til å vere sosiale ilag, ved til dømes felles pauser, vinlotteri og julebord.

Faktorane si grad av påverknad på sjukenærveret og sjukefråveret

Det kan altså sjå ut som der er ein samanheng mellom støtte frå kollegaer og næraste leiar, og sjukenærver. Likevel er det vanskeleg å knyte enkeltfaktorar til både graden av sjukenærver og sjukefråver, men at det er summen av fleire faktorar som på kvar sin måte og i ulik grad påverkar dette. Det kan også sjå ut som at respondentane opplever at enkelte faktorar har større innverknad enn andre. Dette gjeld mellom anna høg arbeidsmengde og tidspress, som fører til stress, og som saman med det fysiske tunge arbeidet gjer at ein blir sliten, samt mykje bruk av ufaglærte vikarar. Respondentane gir ikkje uttrykk for å oppleve kvar enkelt av faktorane som problematiske, men når dei gir uttrykk for samhengane i arbeidet, kjem det fram at summen av dei ulike faktorar har større verknad enn faktorane kvar for seg. Det er likevel særleg ein faktor som dei fleste respondentane trekker fram fleire gongar under intervjuet, og som ikkje er med som tema i intervjuguiden: den høge bruken av ufaglærte vikarar. Mange meiner at dette truleg har stor innverknad på graden av sjukefråveret.

Dei viktigaste faktorane det har vore fokusert på i denne studien, og som i ulik grad har hatt påverknad på sjukefråveret, er støtte frå næraste leiar, oppleving av tilhøyrse, og konsekvensane av vikarbruk.

Studien har også sett på trivselsfaktorar, som i ulik grad har ført til sjukenærver. Dette viser seg å vere faktorar som gir meistringsfølelse, slik som støtte frå, og tilhøyrse til kollegaer, bruk av kompetanse, og å få jobbe saman med fast tilsette.

Avgrensingar i denne studien

Det er ein liten kvalitativ studie med 10 respondentar frå to institusjonar. Eit slikt design kan berre antyde viktige samhengar bak sjukefråver. Det trengs difor meir omfattande, og gjerne kvantitative studiar for å skaffe meir sikker viten om temaet.

Vidare forskning

At sjukefråveret er høgt i omsorgssektoren, er klart dokumentert. Det er for tida mykje snakk om at ein må sjå på sjukenærveret og kva som gjer at folk ynskjer å gå på jobb. Å finne dei positive faktorane for at folk trivst på jobb, og bygge vidare opp under dei, kan vere ein måte å få ned sjukefråveret på. Likevel må ein også jobbe med å redusere dei faktorane som er med på å auke sjukefråveret og freiste å finne ut kva som gjer at den enkelte har sjukefråver. Dette for å kunne forstå samhengar mellom faktorar og sjukefråver, og endre på dei forholda det er muleg å endre på, som påverkar denne samhengane. Det vanskeleg å peike på ein faktor som årsak til sjukefråver, som vist både i denne studien og i tidlegare forskning. I begge tilfelle har fokuset stort sett vore på psykososiale faktorar, og mange av dei same

faktorane har vore nemnt i fleire av studiane. I denne studien har respondentane kome med nye faktorar, som har vore lite vektlagt i tidlegare forskning. Eit døme er bruk av ufaglærte vikarar, som dei meiner er ein av dei største årsakene til det høge sjukefråværet. Dette temaet treng vidare forskning for å greie ut om samanhengane mellom bruk av ufaglærte vikarar og sjukefråvær. Eit anna interessant tema som treng vidare forskning, er dei ulike turnusformene sin påverknad på sjukefråværet.

LITTERATURLISTE

Bøker:

- Foss, Ø. T. (2012). *Jobbhelse. Helseboka for arbeidslivet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gilje, N. & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hagelund, A. (2014). *Sykefraværets politikk. Trygdeordningen som ikke lot seg rikke?*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- House, R. J., Hanges, P. J., Javidan, M., Dorfman, P. W. & Gupta, V. (2004). *Culture, leadership and organizations. The GLOBE study of 62 societies*. London: SAGE Publications.
- Jacobsen, D. I. (2012). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J. G. (2014). *Trygd eller arbeid? Et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Skog, O. J. (2005). *Å forklare sosiale fenomener*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aakvaag, G. C. (2010). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS

Artikkel i redigert bok:

- Heggen, K. (2010). Profesjon og identitet. I: A. Molander & L. I. Terum, (Red.), *Profesjonsstudier* (s 323). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hetland, H. & Hetland, J. (2009). Motivasjon og basale psykologiske behov i en arbeidslivskontekst. I: P. Ø. Saksvik & K. Nytrø, (Red.), *Klinisk organisasjonspsykologi*. Oslo: Cappelen Damm AS.
- Mastekaasa, A. (2010). Profesjon og motivasjon. I: A. Molander & L. I. Terum, (Red.), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Saksvik, P. & Finne, L. (2009, s. 351). Sykenærvær og langtidsfriskhet. Psykologen som sykmelder. I: P. S. Saksvik og K. Nytrø (Red.), *Klinisk organisasjonspsykologi*. Oslo: Cappelen Damm.

Elektroniske ressurser:

Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.*

(*arbeidsmiljøloven*). Henta frå https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_2

Arbeidsmiljøloven (2005). *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern m.v.*

(*arbeidsmiljøloven*). Henta frå http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

Aronsson, G. & Lindh, T. (2004). *Långtidsfriskas arbetsvillkor*. Stockholm:

Arbetslivsinstitutet. Henta 10. Oktober 2016 frå

https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4332/1/ah2004_10.pdf

Batt-Rawden, K.B. & Tellnes, G. (2013). Social Factors of Sickness Absence Significance of the Nature-culture Interplay in Coping. *Mat Soc Med. 2013 Jun 25(2)*, s. 127-130. Doi: 10.5455/msm.2013.25.127-130

Bernstrøm, V.H. & Kjekshus, L.E. (2012, 17. september). Leading during change: the effects of leader behavior on sickness absence in a Norwegian health trust. *BMC Public Health*, 12-799. Doi: 10.1186/1471-2458-12-799

Bugge, S. & Mortensen, T. (2016, 08. oktober). *Ekspertene slår tilbake: Nordmenn er ikke latsabber på jobben*. VG. Henta frå

<http://www.vg.no/nyheter/innenriks/arbeidsliv/ekspertene-slaar-tilbake-nordmenn-er-ikke-latsabber-paa-jobben/a/23765209/>

Christensen, K.B., Lund, T., Labriola, M., Viladsen, E. & Bültmann, U. (2007). The fraction of long-term sickness attributable to work environmental factors: prospective results from the Danish Work Environment Cohort Study. *Occup Environ Med* 2007 Jul;64(7):487-9. Doi: 10.1136/oem.2006.028563

Einarsen, S., Aasland, M. & Skogstad, A. (2007). Destructive leadership behaviour: A definition and conceptual model. *The Leadership Quarterly* 18(3):207-216. Doi: 10.1016/j.leaqua.2007.03.002

- Gautun, H. & Bratt, C. (2014). *Bemanning og kompetanse i hjemmesykepleien og sykehjem*. (NOVA-rapport nr 14, 2014). Henta frå <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2014/Bemanning-og-kompetanse-i-hjemmesykepleien-og-sykehjem>
- Hagen, E.M., Svensen, E., Eriksen, H.R., Ihlebeak, C.M. & Ursin, H. (2006). Comorbid subjectives health complaints in low back pain. *SPINE Volume 31, Number 13, s. 1491-1495*. Doi: 10.1097/01.brs.0000219947.71168.08
- Helse- og omsorgsdepartementet. 2010. *Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren*. (NOU 2010: 13). Henta frå <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2010-13/id628069/>
- Ihlebak, C., Brage, S., Natvig, B. & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, nr. 23-2010*. Doi: 10.4045/tidsskr.09.0802
- Nav. (2014). *Legemeldte sykefraværsdager 2005-2014, diagnose og kjønn*. Henta frå <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Tabeller/Legemeldte+sykefrav%C3%A6rsdagsverk+2+kv+2005-2014+Diagnose+og+kj%C3%B8nn..391460.cms>
- Nav. (2015, 11. mars, a). *Nedgang i sjukefråveret*. Henta 23. oktober 2016 frå <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Kontakt+NAV/Presse/Pressemeldinger/nedgang-i-sjukefr%C3%A5v%C3%A6ret>
- Nav. (2015, b). *Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2014*. Henta frå <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar/attachment/409858?download=true&ts=14c08a13970>
- Nielsen, M.B., Magerøy, N., Gjerstad, J. & Einarsen, S. (2014). Mobbing i arbeidslivet og senere helseplager. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening, nr 12-13, 2014, 134, s. 1233-1238*. Doi: 10.4045/tidsskr.13.0880
- Næringslivets hovedorganisasjon (2015, 23. februar). Store forskjeller i sykefraværet. Henta 07. april 2015 frå <https://www.nho.no/Politikk-og-analyse/Arbeidslivspolitikkk/store-forskjeller-i-sykefravaret/>

- Ose, S., Jiang, L. & Bungum, B. (2014). *Forskningsrapport. Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse*. (SINTEF-rapport nr. A26056). Henta frå <http://www.sintef.no/prosjekter/det-kjonnsdelte-arbeidsmarkedet-og-kvinnens-arbeid/>
- Regjeringen.no. (2014, a). *Intensjonsavtale for et inkluderende arbeidsliv*. Henta frå http://www.regjeringen.no/upload/ASD/Dokumenter/2014/IA_20142018/SIGNERT_I_A_avtale.pdf
- Seidler, A., Thinschmidt, M., Deckert, S., Then, F., Hegewald, J., Nieuwenhuijsen, K. & Riedel-Heller, S.G. (2014). The role of psychosocial working conditions on burnout and its score component emotional exhaustion – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology* 2014, 9:10. Doi: 10.1186/1745-6673-9-10
- Statens arbeidsmiljøinstitutt. (2011, 05. april). Nattarbeid og brystkreftrisiko. Henta 13. januar 2015 frå <http://www.stami.no/nattarbeid-og-brystkreftrisiko>
- Statistisk Sentralbyrå. (2010, 1. mars). *Kvinner i helse- og sosialyrker, «Helsearbeidere» - tøffe kvinner i deltidssjobber*. Henta 23. januar 2015 frå <http://ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/helsearbeidere-toffe-kvinner-i-deltidssjobber>
- Statistisk Sentralbyrå. (2014, a). *Sykefravær, 2. kvartal 2014*. Henta 23. januar 2015 frå <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal/2014-09-11?fane=tabell&sort=nummer&tabell=196182>
- Statistisk Sentralbyrå. (2014, b). *Arbeidsmiljø, levekårsundersøkelsen, 2013*. Henta 23. januar 2015 frå <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/arbmiljo/hvert-3-aar/2014-07-03#content>
- Statistisk Sentralbyrå. (2016). *Sykefravær, 2. kvartal 2016*. Henta 02. desember 2016 frå <http://ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/sykefratot/kvartal/2016-09-15#content>
- Sørensen, O. H., Hasle, P., Hesselholt, R. R., Herbøl, K. (2012). *Nordiske forskningsperspektiver på arbeidsmiljø*. (TemaNord 2012:525). Henta frå <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:701201/FULLTEXT01.pdf>
- Aagestad, C., Tynes, T., Sterud, T., Løvseth, E. K., Gravseth, H. M., Eiken, T., ..., Aasnæss, S. (2011): *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2011*. Oslo: Statens Arbeidsmiljøinstitutt. Henta frå

https://www.regjeringen.no/contentassets/5d4d28864e9147269a068e1445d7ad90/faktabok_2011.pdf

Aagestad, C., Johannessen, H., Tynes, T., Gravseth, H. M., Sterud, T. (2014). Work-Related Psychosocial Risk Factors for Long-Term Sick Leave. *American College of Occupational and Environmental Medicine*. doi: 10.1097/JOM.0000000000000212

Vedlegg:

- Vedlegg I: Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt
- Vedlegg II: Samtykkje til deltaking i undersøking
- Vedlegg III: Brev til einingsleiar
- Vedlegg IV: Intervjuguide
- Vedlegg V: Kvittering frå NSD

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt

Dette er ein førespurnad til deg om å delta i ei undersøking som har til hensikt å finne ut kva individuelle og institusjonelle faktorar som påverkar sjukefråveret hos personalet i ein omsorgsinstitusjon.

Bakgrunn for undersøkinga

Sjukefråveret i Norge er høgt samanlikna med andre land i Europa, og spesielt er sjukefråveret høgt i helsesektoren. Det vil vere ein vinst for alle partar dersom sjukefråveret blei redusert. Det vil føre til ein meir stabil arbeidsstokk med mindre vikarbruk, pasientar og brukarar vil få meir forutsigbare dagar, og sist, men ikkje minst vil det vere bra for arbeidstakarane sjølv å greie å vere i arbeid i staden for å kjenne på sjukdom, skade eller lidingar som fører til sjukefråver. Føremålet med undersøkinga er å finne ut kva faktorar dei tilsette opplever som viktige, både med tanke på kva som fører til sjukefråver og kva faktorar som gjer at ein ynskjer å gå på arbeid.

Eg har kontakta din avdelingsleiar/einingsleiar som har gitt løyve til å utføre denne undersøkinga i di avdeling. Du er ein av dei som blir spurt om å vere med i denne undersøkinga fordi du er helsearbeidar, og har arbeidd på omsorgsinstitusjon i meir enn 70% stilling i minimum eit år. Eg er svært interessert i korleis du opplever graden av sjukefråver på di avdeling og kva individuelle og institusjonelle faktorar du meiner har innverknad ved din arbeidsplass.

Kva inneber undersøkinga?

Eg ynskjer å intervjuje 4-6 av personalet på di avdeling, samt også avdelingsleiar/einingsleiar. Spørsmåla vil ikkje omhandle di helse, men korleis du oppfattar ulike faktorar sin innverknad på sjukefråveret på di avdeling. Dette gjeld først og fremst individuelle faktorar som påverkar deg, men også kva faktorar du oppfattar kan ha påverknad på dine kollegaer.

Intervjuet vil vare ca 1 time og vil bli gjort på eit eigna rom på din arbeidsstad, eller vi kan avtale ein annan stad dersom du heller ynskjer det. Tidspunkt vil vi avtale slik at det passar for deg.

Intervjua vil bli tatt opp på lydband og skrive ut på papir. Personopplysningane vil bli erstatta med eit nummer som viser til ei namneliste som blir oppbevart for seg sjølv. Når prosjektet blir avslutta i

desember 2015 vil lydopptaka og namnelista bli øydelagt. Papirutskriftene vil bli tatt vare på, men i ei slik form at du ikkje kan bli kjent att. Vi som skal behandle opplysningane har teieplikt etter forvaltningslova (§13) og alle opplysningane vil bli behandla konfidensielt.

Eg er sjukepleiar på ein sjukeheim og student ved Høgskulen i Volda og undersøkinga er eit ledd i eksamen ved høgskulen. Resultatet av undersøkinga vil bli brukt i ei skriftleg oppgåve og vil bli presentert slik at det ikkje vil vere muleg å knyte opplysningane du har gitt til deg som person.

Frivillig deltaking

Dersom du ynskjer å delta, underteiknar du samtykkjeerklæringa som følgjer dette skrivet, og sender den til meg – Gunn Paulen (frankert konvolutt ligg ved). Eg vil då kontakte deg for å avtale tid for intervjuet.

Det er sjølvsagt heilt **frivillig å delta i undersøkinga**. Du kan når som helst og utan å gje nokon grunn trekke deg frå undersøkinga, utan at et får konsekvensar for vidare arbeidsforhold for deg.

Dersom du seinare skulle ynskje å trekke deg eller har spørsmål til undersøkinga, kan du kontakt Gunn Paulen på telefon 900 35807.

Undersøkinga er meldt til NSD og godkjent av dei organ som skal vurdere om undersøkinga er forsvarleg og rett gjennomført.

Med vennleg helsing

Gunn Paulen

Mastergradstudent

Samtykkje til deltaking i undersøking

Eg er villig til å delta i undersøkinga «**Kva individuelle og institusjonelle faktorar som påverkar sjukefråveret hos personalet i ein omsorgsinstitusjon**».

Dato: _____

Namn: _____

(Signatur deltakar)

Ver venleg å fylle ut telefonnummer for kontakt: _____

Eg bekreftar å ha gitt informasjon om undersøkinga:

Dato: _____

Namn: _____

(Signatur avdelingaleiar/einingsleiar)

Gunn Paulen
Lønnevegen 14
6100 Volda

Volda, 14. mai 2015

«Trude»

«Fjellheim Omsorgssenter»

«0000 Fjellheim»

Førespurnad om deltaking i forskingsprosjekt

Eg viser til vår telefonsamtale vedkomande deltaking i forskingsprosjekt i samband med mi masteroppgåve.

Eg takkar for at eg får mulegheit til å foreta intervju på di avdeling.

Eg legg ved informasjon om prosjektet, samtykkeskjema og svarkonvolutt til kvar av deltakarane. Kriteriane for intervju er minimum 4 pleiarar, herav minimum 1 sjukepleiar. Stillingsprosenten må vere minimum 70% og dei må ha vore tilsett i minimum eit år. Intervjuobjekta bør vere frå same avdelinga. Eg ynskjer også å intervju avdelingsleiaren/einingsleiaren på same avdeling, som i dette tilfellet altså blir deg.

Spørsmåla vil ikkje gå direkte på sjukefråveret til intervjuobjekta. Intervjuet vil dreie seg om kva faktorar som kan ha innverknad i arbeidskvardagen. Spørsmåla har fokus på arbeidsoppgåver, motivasjon, arbeidsmiljø, sjukefråver, sjukenærver m.m.

I forhold til tidspunkt for intervjua får eg tidlegast starta når eg har fått godkjenning frå NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelig Database). Dei har inntil 6 vekers behandlingstid, så eg håpar å starte intervjurunda i slutten av juni. Eg kan gjerne dele opp tidspunkta, dvs at eg kan kome tilbake og ta resten av intervjua på eit seinare tidspunkt dersom det er vanskeleg å få det til pga ferieavvikling og liknande.

Dersom du ynskjer ytterlegare informasjon før du vel ut informantar, er det berre å ta kontakt med meg på **tlf. 900 35807**.

Med vennleg helsing

Gunn Paulen

Personinformasjon:

Namn:

Tittel:

Stillingsstorleik:

Kor lenge har du vore tilsett på denne avdelinga:

Problemstilling:

« Kva individuelle og institusjonelle faktorar kan auke eller redusere sjukefråver i ein omsorgsinstitusjon? »

Spørsmål til arbeidstakar og avdelingsleiar

I. Generelt om arbeidet

✚ Kan du beskrive arbeidsdagen din?

- Kva er det ved arbeidsoppgåvene som er viktig for deg?
- Er det noko ved arbeidsoppgåvene dine som gir deg utfordringar i din arbeidskvardag og/eller i ditt privatliv?

II. Det fysiske arbeidsmiljøet

Det er godt kjent at denne type yrke blant anna er eit yrke med fysiske belastningar.

✚ Kan du seie noko om korleis du opplever dette?

- Kva type arbeidsoppgåver opplever du som fysisk belastande?
- Korleis meiner du ein kan førebygge/hindre slik belastning?

III. Motivasjon

Det å føle motivasjon, og oppleve arbeidsglede og trivsel er viktig i ein arbeidskvardag.

✚ Kva er viktig for DEG? Kva meiner DU gir arbeidsglede og trivsel?

- Er det noko ved arbeidsoppgåvene som motiverer deg?
- Er det noko som verkar de-motiverande på deg?

Stikkord til oppfølging:

- I kva grad opplever du **kontroll** over/kan du **styre** eigen arbeidskvardag?
 - Kva tid og i kva situasjonar opplever du å **ikkje** ha kontroll?

- I kva grad bestemmer du over arbeidsoppgåvene dine sjølv, og korleis du skal utføre desse? (Rollekonflikt?)
 - Kan du seie noko om **balansen mellom krav og kontroll** i arbeidsoppgåvene dine?
 - Kva med arbeidstempo?
 - Er det noko ved arbeidsoppgåvene dine som du har vanskar med å følgje opp?
- I kva grad føler du at du får brukt **kompetansen** din?
- Korleis opplever du at kompetansen i di kollegagruppe blir oppretthalde og utvikla? (t.d. ved høgt eller lågt sjukefråver)

✚ Kva trur du dine kollegaer opplever som motiverande i arbeidskvardagen?

✚ Kva trur du dei ser på som de-motiverande/utfordrande?

*Som helsearbeidar jobbar du med menneske i ulike situasjonar og med ulike plager og sjukdomar. For å kunne ivareta heile mennesket må du som helsearbeidar også takle pasientar, klientar og bebuarar sine **emosjonelle uttrykk** som t.d. sinne, frustrasjon og sorg, men også glede. Samstundes med å vise forståing og å vere ei støtte til desse, skal ein som profesjonell meir eller mindre skjule sine eigne følelsar.*

✚ Korleis opplever DU dette? Ser du på dette mest som ei utfordring eller kan det også vere ein motivasjonsfaktor?

IV. Psykososialt arbeidsmiljø

I ein travel arbeidskvardag er det viktig med gode kollegaer og eit godt arbeidsmiljø.

- ✚ Kan du seie noko om korleis du opplever arbeidsmiljøet på din arbeidsplass?
- Vil du seie at du opplever **tilhørse** til arbeidskollegaene dine og til organisasjonen?
 - Opplever du **støtte** frå dine kollegaer? (**Til leiaren**: Opplever du **støtte** frå dine tilsette?)
 - Kan du beskrive så konkret som muleg korleis og i kva samanheng du *opplever støtte*?
 - Kva tid opplever du *mangel på* slik støtte og skulle hatt det?

V. Ethiske retningslinjer

✚ Kjenner du til om de har etiske retningslinjer i din organisasjon? Eventuelt ein felles visjon?

✚ Har de eigne etiske retningslinjer / visjon på din arbeidsplass?

✚ I kva grad, tenkjer du, er desse med på å styre arbeidsdagen og påverke arbeidsmiljøet?

VI. Sjukefråver

- + Korleis opplever du graden av sjukefråver på din arbeidsplass? Høgt eller lågt?
- + Opplever du at dette verkar inn på din arbeidskvardag?

VII. Sjukenærver

Sjukefråver er eit kjent omgrep. Det har den siste tida kome eit nytt omgrep som har fokuset på det motsette, nemleg sjukenærver. Dette inneber at ein vèl å gå på jobb sjølv om helsa tilseier at ein kunne vore borte frå jobb?

- + Er dette noko du kjenner deg att i?
 - I tilfelle, kan du seie noko om kvifor du valde å gå på jobb?
- + Trur du at dine kollegaer har valt sjukenærver framfor sjukefråver på noko tidspunkt?
 - o I tilfelle, kva trur du er grunnen til dette?

Stikkord til oppfølging: Uunnværligheitspress, moralpress, tryggleikspress

VIII. Betydinga av leiarsstil og organisatoriske forhold

Ein god leiar er også viktig, og bidreg til eit godt arbeidsmiljø.

- + Kan du beskrive kva du meiner er godt leiarskap?
- + Kan du seie noko om kva du meiner er det motsette av godt leiarskap?
 - Kan du seie noko om du opplever **støtte, respekt, anerkjening** frå din næraste leiar, og i tilfelle i kva grad og i kva samanheng?
 - o Kva tid opplever du *mangel* på slik støtte, respekt, anerkjening og skulle hatt det?
- + Har det blitt gjort nokon form for omorganisering på din arbeidsplass i løpet av det siste året?
 - Korleis har dette påverka deg og din situasjon som arbeidstakar? (Positive verknader? Negative verknader?)
 - Korleis har dette påverka arbeidsmiljøet? (Positive verknader? Negative verknader?)
- + Kva er det beste tiltaket som har vore utført som har medført betre arbeidsmiljø?
- + Kva tiltak meiner du kan
 - betre motivasjonen?
 - gi sterkare engasjement?

- gi større arbeidsglede ?
- føre til eit betre arbeidsmiljø?
- senke graden av sjukefråver?

Spørsmål til avdelingsleiar:

- ✚ I kva grad og korleis meiner du IA-avtalen er med på å påverke sjukefråveret/sjukenærveret på din arbeidsplass?
- ✚ I kva grad og eventuelt korleis meiner du medarbeidarsamtalar er med på å påverke arbeidsmiljøet og sjukefråveret/sjukenærveret på din arbeidsplass?

Avsluttande:

- ✚ Kva meiner du er det beste tiltaket som har vore gjort på din arbeidsplass som har styrka arbeidsmiljøet?
- ✚ Har du opplevd at nokon av dei faktorane vi har gått gjennom har ført til høgare sjukefråver hos deg? Eller har det ført til høgare sjukenærver?

Er det noko vi ikkje har snakka om? Har du nokre tankar om tema som ikkje har blitt tatt opp her?

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



NSD i Høgskoleveien 29
N-5007 Volda
Norge
Tel: +47 25 38 21 17
Fax: +47 25 38 50 50
mailto:nsd@uib.no
www.nsd.uib.no
Organ. 565 321 884

Kåre Heggen
Afdeling for samfunnsfag og historie Høgskulen i Volda
Postboks 500
6101 VOLDA

Vår dato: 15.05.2015

Vår ref: 43410 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.05.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

43410	<i>Arbeidsmiljø og sjukefråvær</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskulen i Volda, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Kåre Heggen</i>
<i>Student</i>	<i>Gunn Paulen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 10.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Audun Løvlie

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Akkrediteringsnummer: 2564/02/15

OSD NSD: Universitetet i Oslo, Postboks 1047 Blindern, 0416 Oslo. Tel: +47 22 85 17 11. nsd@uio.no
NSD/MNSD NSD: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7401 Trondheim. Tel: +47 73 55 18 17. korn.soren@ec.ntnu.no
NSD/SD NSD: Universitetet i Tromsø, 9001 Tromsø. Tel: +47 77 57 43 20. nsd@hsk.uib.no