

MASTEROPPGAVE

Emnekode: BE323E

Navn på kandidat: Sissel June Solgren Tollåli

HELSEFREMMEDE LEDELSE

En studie om ledelsens betydning for arbeidsmiljø og sykefravær.

MBA Bodø

Dato: 20.mai 2016

Totalt antall sider: 104

English summary

Purpose: The purpose of this paper is to gain a greater insight into the topic of sick leave and managers role and contributions to sickness presence, by focusing on work and health management in the health care sector. In a sector where the main objective is to promote health, it is a paradox that absence figures are huge. Follow up of employees on sick leave is a demanding and complex task. Managers are not provided with training in how to manage those who are on sick leave. Since the work environment and sick leave are closely linked, it will be interesting to see what impact the management has in order to influence these.

Objective: The aim of this paper is to gain a greater insight into, and shed light on potential factors that are driving the improvement of the work environment and preventing sickness absence. Research questions are 1. What are important positive and negative factors in the work environment in the health sector? And 2. What is the managers role in safeguarding a good work environment and preventing sick leave?

The issue is as follows; **How can manage work to prevent sick leave for workers in the health care sector by focusing in work environment in Norway?**

Method: Based on the thesis research question, a thorough literature review of the main concepts of work environment, sick leave and management has been made. The study is based on a qualitative research method since the theme for the task appears to be a social process. The research method is a cross-case study with semi-structured interviews of a total of seven informants that have made up the basis of the findings in this paper. One of the case is chosen because they have completed a successful project, The Presence project, where it is interesting to find potential success factors with. Informants are from two different cases of nursing homes with somatic / geriatric issues.

Result: The main finding from the empirical research lead to the keyword; Management quality, as an important factor affecting the work environment and sick absence. Leadership qualities were closely related to findings about the described positive and negative factors in healthcare. The first prerequisite was that the management was present when for some of the leadership qualities to take place.

A central factor in relationship-oriented leadership is that the workers are seen by the management as whole people comprising of both their private and working lives.

Through managements recognition of employees as holistic people comprising their private and working life was central to relationship-oriented leadership. Health-management and work life shows to be found compatible with working with positive factors.

Conclusion: The study shows that several key factors contributing to the work environment is perceived as health promoting for nurses in the health sector .The management and their qualities are an important factor and it should be more active in building relationships through communication with employees, so that positive and negative factors can be identified.

Forord

Dette masterstudiet har bestått av både oppturer og nedturer hvor det nå er med stor stolthet jeg endelig er i mål med en masteroppgave jeg er stolt av! Inspirasjon til oppgaven kom etter endring av egen arbeidssituasjon hvor jeg gikk fra å være sykepleier til å bli avdelingsleder ved sykehjem. Utfordringene omkring oppgavens tema har vært lærerikt å studere. Gandhi sa det så fint med disse ord;

You must be the change

You wish to see in this world

M. Gandhi

Masteroppgaven i seg selv har blitt til gjennom mange timer med hardt arbeid, og prosessen har vært utfordrende og spennende. Gjennom mange harde arbeidstimer er det ikke bare egen arbeidsinnsats som skal takkes og berømmes. Det har vært et stort heiarop og støtteapparat rundt meg som fortjener en ekstra stor takk for innsatsen de har gjort i form av oppmuntrende ord, konstruktive tilbakemeldinger og et ekstra dytt i ryggen når motbakken har vært som verst.

Jeg vil først rette en stor takk til de positive informantene som har stilt opp til intervju hvor de velvillig har delt sine opplevelser, meninger og erfaringer. Takk!

Til min veileder, Dorthe Eide, tusen takk for dine ærlige og konstruktive tilbakemeldinger underveis i prosessen. Ditt engasjement omkring oppgavens tema har vært til stor motivasjon. Takk for samarbeidet.

Den største takken rettes mot min familie som har hatt et enormt heiarop når motivasjon har vært på bunn, og for støtten gjennom hele masterløpet i tre år. Jeg setter utrolig pris på dere alle! Å til min bedre halvdel – takk for at du har holdt meg i hånda når egen indre motivasjon har vært fraværende. Du er min klippe, du er best!

Norsk sammendrag

Hensikt: Oppgavens hensikt og mål er å få en større innsikt i temaet sykefravær og leders rolle i henhold til sykenærver gjennom fokus på arbeidsmiljø og helsefremmende ledelse i helse og omsorgssektoren i Norge. I en sektor hvor hovedmålet er å fremme helse er det et paradoks at sykefraværstallene er store. Oppfølging av sykemeldte er en krevende og kompleks oppgave. Det er ikke gitt opplæring til ledere i hvordan lykkes med fraværarbeid. Da arbeidsmiljø og sykefravær henger tett sammen vil det være av interesse å se hvilken påvirkningsevne ledelsen har i å kunne påvirke disse.

Mål: Målet med oppgaven er å få større innsikt i, og belyse, mulige faktorer som er drivende i forbedring av arbeidsmiljø og forebygging av sykefravær. Forskningsspørsmålene er 1. Hva er viktige friskfaktorer og energitappere i arbeidsmiljøet i helsesektoren? Og 2. Hva er leders rolle i henhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær? Overordnet problemstilling lyder som følger; *Hvordan kan ledere jobbe for å forebygge sykefraværet til medarbeidere i helse og omsorgssektoren gjennom fokus på arbeidsmiljø i Norge?*

Metode: Det er gjort en grundig litteraturgjennomgang av hovedbegrepene arbeidsmiljø, sykefravær og ledelse, ut i fra oppgavens forskningsspørsmål. Oppgaven bygger på en kvalitativ forskningsmetode da tema for oppgaven synes å være en sosial prosess. Forskningsmetoden er en kryss case studie med semistrukturerte intervjuer av totalt sju informanter som grunnlag for funn. Et av casene er valgt som grunnlag da de har gjennomført et vellykket prosjekt, Nærværprosjektet, som er interessant for å kunne finne mulige suksessfaktorer. Informantene er fra to ulike case fra sykehjem med somatiske/geriatiske problemstillinger.

Resultat: Hovedresultatet fra den empiriske undersøkelsen er nøkkelordet: Ledelseskvalitet, som viktig faktor som påvirker arbeidsmiljø og sykefravær. Ledelseskvalitetene var nært knyttet til funn omkring de beskrevne friskfaktorene og energitappere i helsesektoren. Første forutsetning var at det var ledelse tilstede for at noen av ledelseskvalitetene skulle finne sted. Gjennom leders erkjennelse av ansatte som helhetlige mennesker bestående av sine privatliv og arbeidsliv var sentralt i relasjonsorientert ledelse. Helsefremmende ledelse og arbeid viser funnene forenelig med å jobbe *med* friskfaktorer.

Konklusjon: Studien viser at flere viktige faktorer medvirker til at arbeidsmiljøet oppleves som helsefremmende for sykepleiere i helsesektoren. Ledelsen og deres kvaliteter er en viktig

faktor og den bør være mer aktiv i relasjonsbygging gjennom kommunikasjon med de ansatte slik at friskfaktorer og energitappere kan identifiseres.

Innhold

English summary.....	1
Forord.....	3
Norsk sammendrag.....	4
1. Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for valg av oppgave.....	8
1.2 Presentasjon av problemstillingen.....	10
1.3 Begrepsavklaring.....	11
1.4 Avgrensing og disposisjon.....	11
2. Teoretisk referanseramme.....	13
2.1 Sykefravær.....	13
2.2 Årsaker til sykefravær.....	15
2.2.1 Årsak grunnet dårligere helse?.....	15
2.2.2 Årsak grunnet kjønnsforskjeller?.....	16
2.2.3 Årsaker til sykefravær i helsesektoren.....	17
2.3 Arbeidsmiljø.....	21
2.3.1 Friskfaktorer og energitappere i arbeidslivet.....	23
2.3.2 Sammenheng mellom sykefravær og arbeidsmiljø.....	24
2.4 Ledelse.....	28
2.4.1 Positivt lederskap.....	30
2.4.2 Relasjonsledelse.....	31
2.4.3 Helsefremmende ledelse.....	32
2.5 Oppsummering av teori med teser.....	34
3. Metode.....	37
3.1 Forskningstilnærming, strategi og design.....	37
3.1.1 Litteratursøk.....	38
3.2 Datainnsamling.....	39
3.2.1 Strategisk utvalgsriterier.....	39
3.2.2 Intervjuene.....	41
3.3 Datanalyse.....	43
3.4 Kvalitetsvurdering av kvalitativ forskning.....	43
3.4.1 Validitet.....	43
3.4.2 Reliabilitet.....	44
3.4.3 Overførbarhet.....	45
3.4.4 Diskusjon av metode.....	46
3.5 Etske refleksjoner.....	47
3.6 Beskrivelse av Nærværprosjektet.....	47
4. Funn og drøfting.....	50
4.1 Arbeidsmiljø.....	50
4.1.1 Case 1 – Hva er viktige friskfaktorer i arbeidsmiljøet?.....	50
4.1.2 Case 2 - Hva er viktige friskfaktorer i arbeidsmiljøet?.....	53

4.1.3 Sammenligning og drøfting av friskfaktorer mellom case 1 og case 2.....	55
4.1.4 Case 1 - Hva er viktige energitappere i arbeidsmiljøet?	60
4.1.5 Case 2 - Hva er viktige energitappere i arbeidsmiljøet?	62
4.1.6 Sammenligning og drøfting av energitappere mellom case 1 og case 2	63
4.2 Ledelse	67
4.2.1 Case 1- Hvordan jobber ledelsen for å ivareta et godt arbeidsmiljø?	67
4.2.2 Case 2- Hvordan jobber ledelsen for å ivareta godt arbeidsmiljø	69
4.2.3 Case 1- Hvordan jobber ledelsen for å forbygge/ redusere sykefravær?	70
4.2.4 Case 2 - Hvordan jobber ledelsen for å forbygge/ redusere sykefravær?	71
4.2.5 Case 1 - Hvordan kan ledelsen jobbe Helsefremmende for å forebygge sykefravær?	72
4.2.6 Case 2 - Hvordan kan ledelsen jobbe Helsefremmende for å forebygge sykefravær?	75
4.2.7 Sammenligning og drøfting av case 1 og case 2, helsefremmende ledelse, arbeidsmiljø, og sykefravær	76
5. Konklusjon og avslutning.....	81
5.1 Konklusjon	81
5.1.1 Hva er viktige friskfaktorer og energitappere i arbeidsmiljøet i helsesektoren?.....	81
5.1.2 Hva er leders rolle i henhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær?	83
5.1.3 Hvordan kan ledere jobbe for å forbygge sykefraværet til medarbeidere i helse og omsorgssektoren gjennom fokus på arbeidsmiljø i Norge?	84
5.2 Videre forskning.....	85
5.3 Oppgavens relevans for annen virksomhet	86
LITTERATURLISTE	88
Vedlegg 1	97
Vedlegg 2	100

Tabelliste

Tabell 1, Legemeldt sykefravær etter sektor	8
Tabell 2, Oppsummering av litteraturgjennomgang med teser.....	34
Tabell 3, Oppsummering av funn fra informanter om friskfaktorer.....	56
Tabell 4, Oppsummering av funn fra informanter om energitappere.....	63
Tabell 5, Oppsummering av funn fra informanter om helsefremmende ledelse, arbeidsmiljø, og sykefravær.....	76

Figuroversikt

Figur 1, Arbeidsdeltaking i tre aldersgrupper.....	16
Figur 2, Karaseks modell, Krav-Kontroll-Modell.....	28

1. Innledning

Dette kapitlet vil i hovedsak ta for seg bakgrunn for tematikk oppgaven omhandler. Det vil bli gjort rede for bakgrunn for valg av oppgave, samt presentasjon av problemstilling. Oppgavens forskningsspørsmål vil også bli presentert.

1.1 Bakgrunn for valg av oppgave

I media har problematikken omkring Norges høye sykefraværstall fått mye oppmerksomhet. Det er en statistisk forskjell i sykefravær mellom statlig og kommunalt ansatte. I 2014, viser tall hentet fra NAV, at legemeldt sykefravær i prosent i statlig foretak er 5.1%, mens det i kommunal sektor er 7.3% (Nav.no, *Legemeldt sykefravær etter sektor*). Legemeldt sykefravær i helse og sosialtjenesten var på hele 7.8% i år 2014. Blant sykepleiere alene var sykefraværet på hele 8% i 2014(ibdi).

Tabell 1, Legemeldt sykefravær etter sektor (hentet ibdi)

Landet							
		2010	2011	2012	2013	2014	Endringsprosent
	I alt	5,8	5,8	5,5	5,5	5,4	-1,0
	Statlig forvaltning	5,4	5,4	5,3	5,2	5,1	-2,2
	Fylkeskommunal forvaltning	5,4	5,6	****	****	****	****
	Kommunal forvaltning	7,5	7,6	7,3	7,3	7,3	0,1
	Privat og offentlig næringsvirksomhet	5,6	5,4	5,1	5,0	5,0	-1,2
	Annet	6,0	6,1	2,5	****	****	****
	Ukjent	4,3	5,0	5,3	5,1	4,9	-4,0

Sykefraværproblematikken har fått stor interesse især på grunn av de økonomiske konsekvensene et høyt sykefravær gir bedriftene. Innen helse og omsorgsektoren må

arbeidskraft erstattes ved sykefraværets første dag da arbeidet pågår kontinuerlig hele døgnet. Dette gjelder dog ikke for ansatte i administrative deler av samme sektor. I tillegg skaper det merarbeid for kollegene på jobb med tanke på overtidsarbeid eller at arbeidskraften erstattes med arbeidstakere med halv kapasitet (Brochs-Haukedal,2010). I tillegg fører det til ekstra arbeid for de kjente på jobb i form av opplæring av vikarer eller ukjent personell.

I en sektor hvor hovedmålet er å fremme helse er det et paradoks at sykefraværstallene er store. Etterspørselen etter helse og omsorgstjenester vet vi er økende. Texmo og Stølen (2009) legger fram en beregning på ca 38000 årsverk manglende ressurser i år 2030. Legges dette sammen med det høye sykefraværet ser man at det kan være vanskelig å få tak på kompetanse til sektoren for fremtiden.

Oppmerksomheten i media stormer ikke omkring mangel på pleiere alene, men også grunnet de store økonomiske tap et høyt sykefravær er for bedrifter. SINTEF la i 2011 fram en rapport der de hadde beregnet at sykefraværet koster arbeidsgivere i snitt ca 13.000kr. Dette viser at sykefravær er kostbart for arbeidsgivere (Hem,2011). Likevel påvirkes ikke bedriftene alene av et stort sykefravær.

Regjeringen, og partene i arbeidslivet, jobber for et mer inkluderende arbeidsliv gjennom IA-avtalen. Denne avtalen ble første gang signert i 2001. Dagens avtale ble signert i 2010 med samme formål om arbeidsdeltakelse osv. Det foreligger dog lite forskning på hvorvidt denne avtalen har vært effektiv nok med tanke på sykefraværsreduksjon. Et av målene med IA-avtalen, signert i 2010, var at sykefraværet nasjonalt ikke skulle overstige 5.6% (Mykletun og Brinchmann, 2013). Formålet med IA-avtalen er opprettholdelse av arbeidsaktivitet, og at arbeidstakere ikke faller ut av arbeidslivet. I tillegg er målet å få arbeidstakere inn på arbeidsmarkedet (Bergsli,2014).

I 2009 ble det utnevnt et offentlig utvalg som skulle utrede omfanget av, og årsaker til utstøting og sykefravær i helse og omsorgssektoren (NOU 2010:13). Denne rapporten viser at faktorer i arbeidsmiljøet kan ha betydning for helseproblemer. Det å være i arbeid er med på å forebygge sykdom og skape god helse. Likevel kan arbeidsmiljøet for noen medvirke til sykdom og uførhet (STAMI, 2015).

Denne oppgaven vil derfor ta for seg temaet ledelse, arbeidsmiljø og sykefravær. Det skal forskes på om ledelse kan forebygge sykefravær. Årsaken til sykefraværet kan ofte være sammensatt og kan være på grunn av direkte helseproblemer, eller hvordan enkeltpersoner forholder seg til sine helseproblemer. Det har vært forsket mye på årsaker til helseplager som

resulterer i sykefravær. Er det slik at det norske folket er sykere enn øvrig verdensbefolkning da sykefraværet er høyere? Hva er det som gjør at noen velger sykenærvær og andre sykefravær med samme utgangspunkt for sykdom eller skade? Et annet perspektiv er hva er det som gjør at noen velger å være hjemme med det syke, enn på jobb med det friske?

Hensikt og målet med denne oppgaven er å få en større innsikt i temaet sykefravær og leders rolle og bidrag til sykenærvær gjennom fokus på arbeidsmiljø og helsefremmende ledelse. Oppgaven vil først og fremst ta for seg helse og omsorgssektoren i Norge. Oppfølging av sykemeldte er en krevende og kompleks oppgave. Det er ikke gitt opplæring til ledere i hvordan lykkes med dette hvor det derfor er av interesse å se på hvilken rolle leder har i å kunne skape en sykenærværskultur, i stede for en sykefraværskultur.

For denne studien er det tatt med en kommune som har hatt et vellykket prosjekt med tanke på reduksjon av sykefravær, hvor det er av interesse å se på suksessfaktorer hos den. Beskrivelse av dette prosjektet vil bli gjort senere i metodekapittelet.

1.2 Presentasjon av problemstillingen

Som tallene presentert over viser er det størst sykefravær, nasjonalt sett, i kommunal helse og omsorgssektor. Tradisjonelt sett er dette en sektor med høye fraværstall hvor det er av interesse å se på leders rolle i å forhindre sykefravær. I denne sektoren ytes det heldøgns tjenester hvor frafall grunnet sykdom nødvendigvis må dekkes med annen personell ved første fraværsdag.

Det er krevende å være leder i denne sektoren da man er underlagt et politisk styrt organ. Dette er i tillegg til økonomiske rammer og oppfølging av de enkelte ansattes behov.

Problemstillingen lyder dermed som følger;

Hvordan kan ledere jobbe for å forbygge sykefraværet til medarbeidere i helse og omsorgssektoren gjennom fokus på arbeidsmiljø i Norge?

For å utfylle problemstillingen lyder forskningsspørsmålene som følger:

1. Hva er viktige friskfaktorer og energitappere i arbeidsmiljøet i helsesektoren?

2. Hva er leders rolle i henhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær?

1.3 Begrepsavklaring

Definisjon på ***Ledelse*** er: en spesiell adferd som mennesker utviser i den hensikt å påvirke andre menneskers tenking, holdning og adferd (Jacobsen og Thorsvik, 2013).

Definisjonen på ***Arbeidsmiljø*** er: forskers forståelse av arbeidsmiljø er summen av de fysiske, psykiske, sosiale og organisatoriske forhold som påvirker arbeidstaker på arbeidsplassen.

Nærmere definerings gjøres i litteraturgjennomgangen.

Sykefravær: betyr for denne oppgaven fravær fra lønnet arbeid grunnet egen sykdom, både egenmeldt og legemeldt. Nærmere beskrivelse i litteraturgjennomgangen.

Helsefremmende arbeid: er i følge Idèbanken *den prosessen som gjør individer, grupper og organisasjoner i stand til å øke kontrollen over faktorer som påvirker helse* (idèbanken.org, *De beste arbeidsplassene er helsefremmende*). Helsefremmende ledelse vil være å jobbe med helsefremmende arbeid.

1.4 Avgrensning og disposisjon

Ord som sykefravær og sykenærsvær vil bli skrevet om hverandre hvor et sykenærsvær vil være av proaktiv karakter.

Oppgaven vil ikke ta for seg de ulike sykkelønnsordningene. Det vil heller ikke bli fokusert på alvorlig syke og funksjonshemmede.

Det vil bli tatt med i teorien samspillet mellom jobb og privatliv som tema, men det vil ikke bli lagt hovedvekt på den i problemstillingen. Derimot vil det bli satt fokus på sammenhengen mellom arbeidsmiljø og ledelse, hvor det ikke utelukkes en sammenheng mellom arbeidssituasjon og privatliv.

Det kan være andre tema som spiller inn på sykefraværet enn hva oppgavens teori presenterer hvor det ønskes innspill og synspunkter fra informantene.

Først i oppgaven, kapittel 2, vil den teoretiske referanserammen presenteres. Her vil hvert av forskningsspørsmålene bli utforsket nærmere hver for seg.

I kapittel tre vil oppgavens metode bli gjort rede for. Her vil valg av metode, bakgrunn for de valg som er gjort som utvalgsriterier av informanter bli presentert. I tillegg beskrives forskningsprosessen, og studiens reliabilitet, validitet og overførbarhet. Metodekritikk vil også være tema. Til slutt i dette kapitlet vil prosjektet fra en av kommunene beskrives.

I kapittel fire vil funn fra informantene bli presentert, tolket og drøftet. Under drøftingen vil teorien kobles mot funnene.

Deretter, i kapittel fem, vil på konklusjon ut fra forskningsspørsmålene fremkomme. Videre vil det bli gjort rede for videre forskning og avsluttende ord.

2. Teoretisk referanseramme

I dette kapitlet skal den teoretiske referanserammen presenteres. Det vil gjøres en grundig introduksjon av hovedbegrepene, samt en litteraturundersøkelse av problemstillingen og forskningsspørsmålene. Før jeg går inn på årsaker til sykefravær vil det først bli presentert hva sykefravær er. Det finnes korte og lange fravær, som har ulike tiltak og konsekvenser for arbeidsplassen.

2.1 Sykefravær

Folketrygdeloven § 8-1 sier at ” *Formålet med sykepengene er å gi kompensasjon for bortfall av arbeidsinntekt for yrkesaktive medlemmer som er arbeidsuføre på grunn av sykdom eller skade* ” (lovdata.no, §8).

Leser man videre i lovverket viser §8-4 til hva arbeidsuførhet er. Det presiseres at sykepengerrettighetene ”*ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade*”. Av dette vises at man har et juridisk grunnlag for å bli sykemeldt, dem som er for syke til å være på jobb, eller dem som trenger fravær som del av behandlingen av medisinske årsaker. Det presiseres i loven at arbeidsuførhet grunnet sosiale eller økonomiske problemer ikke gir grunnlag for sykepengerrettigheter. Dette vil bli nevnt senere under årsaker til sykefravær, punkt 2.2.1.

Til tross for denne rettigheten er leger forpliktet gjennom helsepersonelloven som sier at ”*Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjoner, trygden, eller andre unødvendig tidstap eller utgift*” (lovdata.no, §6).

Fraværsbegrepet er ikke entydig, hvor det finnes ulike kriterier for hva som kalles fravær. Det å ikke møte opp på arbeid vil være en type fravær (Brochs-Haukedal, 2010). Denne beskrivelsen vil ikke være dekkende for sykefravær da ikke alle arbeidsplasser krever fysisk tilstedeværelse da arbeidet kan gjøres hjemmefra. En annen type fravær kan være en persons fravær vurdert ut fra tiden den ikke er tilstede på arbeidet i arbeidstiden, eksempelvis gjennom å komme for sent på arbeid. Sykefravær vil være fravær grunnet sykdom, enten egenmeldt eller legemeldt. Det må her også skilles mellom korttidsfravær og langtidsfravær. Det er av betydning om en arbeidstaker er borte to uker en gang i året, eller om disse 14 dagene er totalt fravær fordelt på et år (ibdi). Sykdom er ikke noen enten eller tilstand. Frivillig og ufrivillig fravær er en annen form. Noen er hjemme med lett forkjølelse, mens andre er på jobb med

alvorlige plager (ibdi). Sykefravær er ikke et resultat av helseproblemer alene, men også hvordan den enkelte forholder seg til helseproblemer.

For å få lønn under sykefravær, er det forutsetning å levere sykemelding. Det finns ulike ordninger for dette, egenmelding for de første 3 dager, evt. 8 hvis det er en IA-bedrift, etter dette vil det i de fleste tilfeller være aktuelt med legemeldt sykefravær. Der er en avhengig av at lege attesterer på at det finns redusert arbeidsevne med årsak i sykdom.

Det finnes alternativer, som gradert og avventende sykemelding, der en ved avventende sykemelding gir arbeidsplassen anledning til å tilpasse arbeidet på en slik måte at sykemelding unngås. En gradert sykemelding er når en sykemeldes delvis fra arbeid, og en utnytter arbeidstakerens restarbeidsevne, og opprettholder kontakten med arbeidsplassen (NAV.no, *Sykemelding-ulike former*).

4.mars 2014 ble en ny intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv signert. Det er krav om sykefraværsoppfølging fra arbeidsgivers side. Hensikten med denne nye avtalen var å gjøre oppfølgingen enklere for bedriften, og at oppfølgingen skulle være målrettet for de arbeidstakerne som var i behov for tett oppfølging (Lovdata.no, *Nye sykefraværsregler første juli 2014*). I samme avtale poengteres viktigheten av at arbeidsgiver skal være tett på den sykemeldte. I tillegg må arbeidsgiver tilrettelegge arbeidet for den sykemeldte, i den grad det er mulig. Arbeidstaker på sin side må bidra gjennom medvirkning og oppfølging av aktivitetsplikten. Det vil si at arbeidstaker er sykemeldt fra arbeidsoppgavene, men ikke fra arbeidstiden. Oppfølgingsplanen skal kunne avdekke hvilke aktiviteter arbeidstaker kan utføre, eventuelt hva den ikke kan utføre.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevnte i 2009 en faglig ekspertgruppe som skulle vurdere mulige administrative tiltak som kunne redusere sykefraværet. Årsak til dette var blant annet at avtalen mellom staten og arbeidslivets parter om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) gikk ut mars 2010. Denne ekspertgruppen påstår at det er kun et mindretall av arbeidstakerne som står for størsteparten av fraværet. Det at en arbeidstaker er borte store deler av året kan gi stort utslag for den gjennomsnittlige sykefraværsstatistikken. De viser til at så mye som 12,4% av de sysselsatte sto for 80% av det legemeldte fraværet i 2008 (Ekspertgrupperapport, 2010). Arbeids- og velferdsdirektoratet viser til samme konklusjon –at få individer står for det meste av sykefraværet. Deres funn har vært rimelig konstant i perioden fra 2007-2012 (Ohrem, Galaasen, Vidal-Gil, 2013).

2.2 Årsaker til sykefravær

Årsaker til sykefravær kan være mange, sammensatt og komplekse. Årsaker til det høye sykefraværet er tradisjonelt forbundet med helseårsaker. En endring i arbeidstakerens helse kan være en forklaring på økende sykefraværet. Høye fraværstall kan indikere at noe er galt med arbeidssituasjonen deres, enten fysisk eller psykisk (Brochs-Haukedal,2010).

2.2.1 Årsak grunnet dårligere helse?

Lik overskriften kan et spørsmål være om årsaken til det høye sykefraværet kan skyldes en endring i det norske folks helse. I 2006 konkluderte SINTEF med at muskel og skjelettplager var den dominerende diagnosegruppen hvor å rette fokus på tiltak mot denne pasientgruppen ville være fordelaktig for sykefraværstatistikken. Dernest lå psykiske lidelser som en annen stor diagnosegruppe. I tillegg konkluderte de med at psykiske lidelser medførte store problemer med mestring, hvor fokus også på denne diagnosegruppen ville være hensiktsmessig for sykefraværstatistikken (Osborg Ose,2010). Osborg Ose konkluderer i 2010 med at muskel og skjelettplager består av så mye som 40 % i sykefraværtdagsverk, og 19% i psykiske lidelser (begge tall hentet fra 2008). Videre viser de til en økende grad av diagnosegruppen "lette psykiske lidelser". Disse brukes mer i vestlige land. Det er ukjent i hvor stor grad disse diagnosegruppene brukes for å kamuflere pasienters rett til sykepenges da diagnosegrupper som sosiale problemer, økonomiske vanskeligheter, konflikter hjemme, ikke gir rett til sykepenges.

Bjørngaard et al. (2009) finner at en endring i legers diagnostiske praksis, endring i oppmerksomhet om psykiske plager, åpenhet i befolkningen kan ha betydning for resultat av uføretrygd og langvarig sykefravær. Likevel vil det være en kobling mellom helseressurser og de krav som arbeidsgiver stiller til arbeidstaker som vil avgjøre den ervervsmessige evnen. Allikevel konkluderer Bjørngaard et al.(2009) på generelt grunnlag at det ikke er holdepunkter for at den norske befolkningens helse har blitt svekket i løpet av de siste tiår.

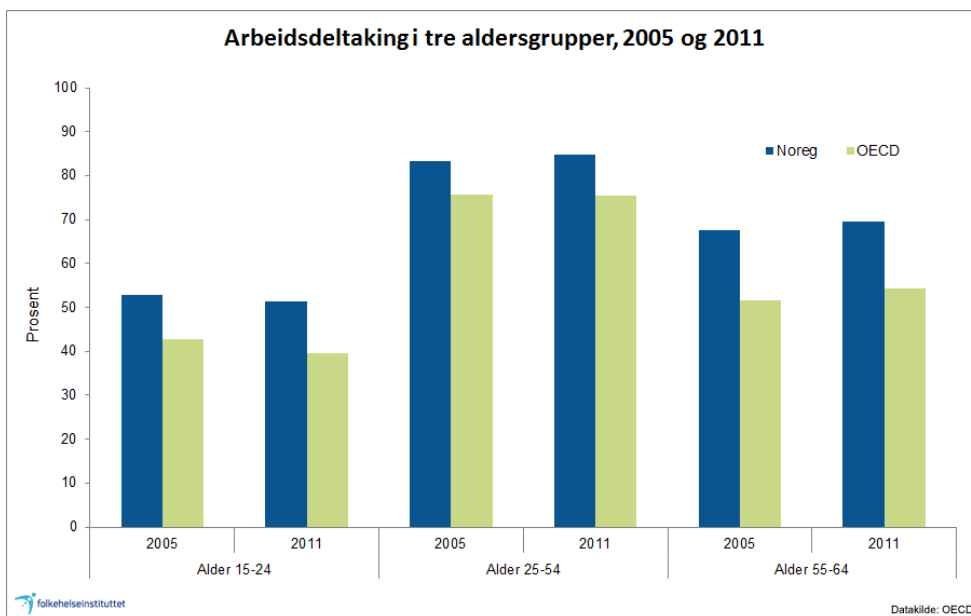
Som diskusjon til det overnevnte finner Markussen et al. (2009) at når sykepengerrettighetene faller bort, og sykemeldte må over til andre ordninger som reduserer inntektskompensasjonen, mangedobles sannsynligheten for at den sykemeldte kommer tilbake til arbeid.

Av dette tyder det på at det ikke er en bestemt årsakssammenheng mellom helse og fravær.

I Norge er det lav arbeidsledighet. Til tross for stor arbeidsdeltakelse i Norge ligger vi i verdenstoppen med høyest sykefravær. Tall hentet fra Den Internasjonale Arbeidsorganisasjonen viser at i 2012 var arbeidsledigheten i Norge på 3.2 %, mens i Danmark hadde de en arbeidsledighet på 7.5 % (ILO). Dette indikerer at Norge har stor arbeidsdeltakelse. Tallene viser prosentandelen arbeidsdyktige. Når det er stor arbeidsdeltakelse i Norge betyr det videre at mange eldre, som er mer utsatt for sykdom, er i arbeid og kan påvirke sykefraværstatistikk.

Figuren under viser arbeidsdeltakelse fra 2005 – 2011, sammenliknet mellom Norge og OECD land.

Figur 1: Arbeidsdeltaking i tre aldersgrupper, 2005 og 2011. (Figur hentet fra folkehelseinstituttet.no, *Arbeid og helse- folkehelse rapporten 2014*)



2.2.2 Årsak grunnet kjønnsforskjeller?

Kvinnens inntog i arbeidsmarkedet skjedde fra 70-tallet og ut over. Frem til i dag har antall yrkesaktive kvinner økt med over 80% (STAMI, 2015).

Kvinner har hatt et sykefravær opp til 60% høyere enn menn. Forklaringen på denne forskjellen er mange, hvor svangerskapsrelaterte plager er en av dem (NOU 2010:13). Det er godt dokumentert at fravære til gravide er betydelig høyere enn ikke gravide i samme aldersgruppe. Utelukkes de gravide fra sykefraværstatistikken reduseres kjønnsforskjellene.

Typiske sykefraværsmålinger er ulike fra menn til kvinner, hvor en annen forklaring kan ligge i helseforskjeller. Det later til at kvinner har dårligere smerteterskel enn menn. I helsesektoren, hvor det blant annet jobbes med tunge forflytninger av sengeliggende pasienter, stilles det krav til muskelstyrke. Kvinner har lavere muskelstyrke enn menn hvor disse forflytningene kan resultere i slitasje og skade (NOU 2010:13).

Langvarig sykefravær er ofte forbundet med økt risiko for uføretrygd. Kvinner har i dag større risiko for uføretrygd, hvor dette er en endring siden 1980-årene da menn den gang oftere ble trygdet. Årsaken til dette var at kvinner inntok arbeidsmarkedet mer og mer, dog har det vist seg at de systematisk har en høyere uførerisiko. Dette kan forklares med at kvinner faktisk har fysisk belastende arbeid, eller at belønningen oppleves som dårlig (Bjørngaard et al, 2009). I tillegg kan kvinner oppleve sterkere rollekonflikt mellom ansvar for hjem og jobb, sammenlignet med menn, den såkalte dobbeltbyrden. Dette bekrefter Norsk offentlig utredning, (NOU 2010:13). Dobbeltbyrdehypotesen går ut på at kvinner har høyere sykefravær enn menn fordi de har større belastning på hjemmebane i tillegg til belastningene på jobb. Forskningsrapporten *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse* fra 2014 diskuterer dog denne hypotesen med argumentet; velferdssamfunn (Ose, Jiang, Bungum, 2014). De viser til funn som sier at kvinner som har problemer med å mestre både arbeid og hjemmearbeid går heller ned i stillingsprosent dersom blant annet økonomien tillater det. Lavtlønnet kvinner i pleie og omsorgsykker er de med høyest sykefravær, hvor det derfor tenkes at de ikke har økonomi til å kunne gå ned i stillingsprosent for å mestre både arbeid og hjemmearbeid (ibdi).

Markussen et al. (2009) viser til at kvinner generelt har et høyere sykefravær enn menn. Dette også når ulikheter knyttet til graviditet, lønn, antall barn, utdanning og yrke er tatt vekk. Videre skriver de at kvinner, spesielt hvis de har barn, har en tendens til å komme seg saktere enn menn fra sykdom (ibdi).

2.2.3 Årsaker til sykefravær i helsesektoren

Helse og omsorgssektoren er blant sektorene i Norge med høyest sykefravær –paradoksalt nok. Denne sektoren domineres med hele 80 % kvinnelige ansatte. En forklaring, kan som nevnt, ligge i kjønns sammensettingen, dog ikke i den alene. Med mange kvinnelig ansatte er det nærliggende å tenke at sykefravær grunnet svangerskap vil øke sykefraværstatistikken. Det er dog variasjon etter type arbeid når det gjelder gravides sykefravær. Helse og

omsorgssektoren er blant de høyeste på statistikken når det gjelder gravide kvinner i alderen 20-39. Dette kan forklares med arbeidsoppgaver eller deres arbeidssituasjon (Myklebø, Thune, 2007).

Det kan antas at denne sektoren preges av større krav til fysisk helse grunnet tunge løft og lignende sammenliknet med andre kvinnedominerte sektorer. Willy Eriksen (2003) gjorde en studie blant norske pleiere i helsesektoren. Undersøkelsen viste at 9 av 10 hjelpepleiere rapporterte at de hadde vært plaget med muskel og skjelett plager i løpet av de siste 14 dagene. 50% av disse hadde vært intenst plaget.

I et yrke med heldøgns omsorg er turnusarbeid kjent som belastende. En studie publisert i Sykepleien Forskning viser til at det ikke ble påvist forskjeller i forekomst av sykefravær når det ble sammenlignet sykepleiere som bare gikk dagskift, bare nattskift, eller tredelt turnus. Dog viste tallene at antall dager sykefravær var høyere blant kvinnelige sykepleiere i tredelt turnus enn i de to andre gruppene (Lien, 2014). I en rapport skrevet for Norsk Sykepleierforbund i 2004 viser de til diskusjon om forskjellen mellom turnusarbeid og skiftarbeid. De ser at mannlige arbeidere er hovedreferansen for denne diskusjonen. Sidestillingen mellom skift- og turnusarbeid har vært en kamp over flere år for omsorgsyrkene. Rapporten diskuterer hvorvidt dette kan komme av at yrket er kvinnedominert. De viser til at det i praksis betyr at kvinner som jobber turnusarbeid i sykehus og sykehjem, jobber flere timer i måneden enn skiftarbeidere og får mindre lønnskompensasjon. Dette fordi skiftarbeid, som er mannsdominert yrke, forstås som normalitet (Viken, Haukelien, Bakken, 2004). Videre stilles spørsmålet om hvorvidt kvinnedominert helse og omsorgssektor skaper mindre verdi enn mannsdominerte arbeidsplasser.

Videre er det gitt ut forskning på hvorvidt et økt sykefravær i helsesektoren skyldes holdninger. Det kan ikke utelukkes at ulike holdninger eller prioriteringer mellom menn og kvinner kan forklare forskjell i sykefravær. Dette er resultatet av studien gjort av Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning (Hauge, Markussen, Raaum, Ulvestad, 2015). Undersøkelsen deres viser at hvis man tok en mann og en kvinne fra samme arbeidsplass, og fjernet alle forskjeller som alder, utdanning, de har samme holdninger og preferanser, vil likevel kvinnen forventes 2.7 prosent mer sykemeldt enn mannen. Årsaken er uklar (ibdi). Kvinner er altså mer syke enn menn, men lever lenger -paradoksalt nok.

Rapporten til Norsk sykepleierforbund viser til enda et eksempel på ”merkelapp av verdi”. De viser til et eksempel på hvor arbeid er målt i pris. Her sammenliknes sykepleiers arbeidsoppgave med legers. De kan begge jobbe med samme pasient og begges arbeid er like nødvendig. Likevel er verdien av deres arbeidsoppgaver vurdert ulikt. Annet eksempel er hvis kirurgene som skal operere er borte vil pasienten bli strøket av operasjonslisten. Mens det kan være fem operasjonssykepleiere borte en arbeidsdag vil likevel ikke antall operasjoner reduseres. De gjenværende sykepleierne som er på jobb må derfor kompensere for dem som er borte gjennom å arbeide mer (Viken, Haukelien, Bakken, 2004). Gjennom dette eksemplet kan det tenkes at arbeidspress på den kvinnedominerte arbeidsplassen er for høyt slik at sykefraværet øker.

Også arbeidstakere påvirkes negativt gjennom blant annet tap av sosial arena som arbeidsplassen er. Ved sykefravær faller fellesskapet bort, eller reduseres. I tillegg vil fravær fra arbeid kunne gå ut over mestringsfølelse den ansatte har via sitt arbeid. Dette igjen kan gå ut over dens livskvalitet. Sykdom er ikke noe enten eller tilstand. Noen arbeidstakere går på jobb med alvorlige plager, mens andre holder seg hjemme med forkjølelse da de definerer det som syk. Det er en vurderingssak i hvert enkelt tilfelle om hvor nødvendig det er å holde seg hjemme. Det å være på jobb blant syke pasienter som ikke kan utsettes for normal forkjølelse kan også være en avveining som gjør at helsepersonellet holder seg hjemme – ikke skade prinsippet ovenfor pasientene (Brochs-Haukedal, 2010). I tillegg kan høyt fravær føre til tap av karrieremuligheter, lønnsutvikling og utstøting av arbeidslivet.

2.2.3.1 Omstilling i helsevesenet

Staten overtok sykehusene i 2002 fra fylkeskommunen. Til å begynne med var der fem helseforetak. Selve omorganiseringen tok ca et år. Om lag 100000 ansatte og store verdier ble flyttet fra fylkeskommune til stat. De regionale helseforetakene skulle ha ansvaret for den daglige driften av sykehusene. Politikernes rolle derimot ble begrenset til å sette målene for sykehusene (SNL.no, *Helseforetaksreformen*). Reformen knyttes til New Public Management (NPM). Hensikten med denne omleggingen var å få bedre kontroll og lik fordeling av ressursbruk til den norske befolkning. Det var stilt spørsmålsteget omkring den ulike ressursbruken da spesialisthelsetjenesten var under fylkeskommunen. Det var utført beregninger som antydte at dersom alle sykehusene var like effektive som de beste, ville samfunnets kostnader teoretisk sett ligge 2.5 mrd.kr lavere (Ot.prp. nr 66 (2000-2001)). I dag

har vi helseforetaksreform, noe som innebærer at det er helseforetaksstyrerne, og ikke politikerne, som har overordnet ansvar for sykehusdriften. Dette gjorde Jonas Gahr Støre (da som helseminister) oppmerksom på i sin melding til sykehusene (Støre, 2013). Like fullt er de norske sykehus statlige, noe som da resulterer i at lojaliteten kreves sentralt, mens ansvaret og dilemmaene blir forskjøvet nedover i hierarkiet. Dette bekrefter rapporten til Norsk sykepleierforbund gjennom å vise til en pleiegruppe som strekker seg lenger etter de større og nye krav som stilles sentralt, uten at det tilføres tilsvarende med ressurser slik at oppgavene faktisk kan innfris (Viken, Haukelien, Bakken, 2004). Som ledd av denne omleggingen er det stilt stadig større krav til effektivitet og produktivitet slik som i private sektorer. Dette er omdiskutert i helsesektoren da fokus ikke bør ligge på penger, men på mennesker. Høye jobbkraav kombinert med liten grad av egenstyrt arbeidshverdag gir økt risiko til helseproblemer som hjerte- og karsykdommer, depresjon, rygg- og nakkesmerter (STAMI, 2015). Arbeidssituasjon med særlig høye arbeidskraav var i 2013 særlig utbredt i helse- og omsorgsykker (ibdi).

Tidsskriftet *Arbeidsliv i Norden* publiserte i 2006 en artikkel; *Integritet nytt begrepp i norsk arbeidsmiljølag*. Den viser til arbeidstakere som rapporterer om arbeid i kompromiss med egen profesjon grunnet økonomi og tidsklemme. Dette etter omleggingen i helsevesenet. Etter endt omlegging er arbeidsdagene fylt opp med møter de ikke oppfatter som nødvendige, de må lære seg nye rutiner, og har tidspress. Artikkelen poengterer nødvendigheten av å rette fokus mot dette slik at dårlig arbeidshelse kan motarbeides (Lindahl, 2006). Dette tema om press og stress tas opp videre i neste delkapittel som skal omhandle arbeidsmiljø.

Som konsekvens av denne moderniseringen av offentlige tjenester er sykepleiere i dag i en ”ny situasjon”, med økende krav og begrensede ressurser. I undersøkelsen ”Arbeidsforhold ved norske sykehjem- idealer og realiteter” av Kari Ingstad (2010) viser hun til resultater om at sykepleiere forsøkte å leve opp til nye standarder ved å jobbe overtid, droppe pauser og lignende. Andre aksepterte denne begrensningen av ressurser – noe som kunne gå på kompromiss med profesjons holdninger som er innlært. Videre viste studien at desentraliseringen og nedbyggingen av hierarkier i helsevesenet har ført til at kontakten med leder er borte. Antall ledernivå er borte, og ledere er opptatte med flere administrative oppgaver, noe som resulterte i at arbeidstakere ikke føler seg sett, og at arbeidsinnsats ikke ble verdsatt (Ingstad, 2010).

I januar 2012 kom en annen omstillingsprosess nasjonalt i helsesektoren. Denne omstillingen kaltes Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen skulle være en koordinerings- og retningsreform som skulle fremme helhetlig pasientforløp, mer forebygging, øke brukerinnflytelsen og sikre bærekraftig utvikling (St.meld.nr. 47 (2008 – 2009)). Kommunen skulle få et større ansvar, tjenester skal gis nærmere der pasientene bor, og spesialisthelsetjenesten skulle inngå i en forpliktende samarbeidsavtale. I dette ble det blant annet bestemt at sykehuset skulle definere når en pasient var utskrivningsklar fra sykehuset, hvor kommune så var pliktig til å ta imot pasienten. Hvis kommune ikke kunne ta imot pasienten etter sykehusets melding om at pasienten var utskrivningsklar påløp døgnbøter til kommunen.

Tidlig i denne prosessen ble det meldt fra om bekymringer, blant annet om at pasienter ble skrevet ut mye tidligere enn før fra sykehusene noe som resulterte i et sykere pasientbelegg i kommunen. I tillegg har kommunene fått et økt trykk på spesialisering av tilbud og personell (Grimsmo, 2015). I dette ser man at omleggingen fra 2012 har gitt økt krav til blant annet kompetanse og ressurser til sykepleiere i kommunehelsetjenesten.

2.3 Arbeidsmiljø

I dette delkapitlet introduseres nøkkelbegrepene arbeidsmiljø, friskfaktorer og energitappere. Herunder vil forskningsspørsmål en bli undersøkt gjennom litteraturstudie.

I følge folkehelseinstituttet kan arbeid og arbeidsmiljø være årsaker til helsevansker, blant annet gjennom skader og psykososiale faktorer. Arbeid kan gi identitet og personlig vekst, gi økonomisk trygghet, skape menneskelige relasjoner, og virke positivt på helsen (folkehelseinstituttet).

Av arbeidsmiljøloven som kom i 1977 fremkommer det at arbeidsmiljø skal omhandle alle faktorer som kan ha innvirkning på arbeidstakers fysiske og psykiske helse og velferd (Grimsø,2005, s. 353). Her gjelder fysiske, psykososiale, organisatoriske, og eksterne faktorer. Med fysisk arbeidsmiljø menes eksempelvis støy, varme, dårlig arbeidslys, kulde, vibrasjoner, støv, gass og damp. Disse fysiske risikofaktorene er betydelig redusert i perioden 1989-2013 (Willadssen, 2014, s.30). Med psykososialt arbeidsmiljø menes psykiske og sosiale aspekter på arbeidsplassen. Trivsel på jobben, og kollegiale mellommenneskelige forhold er av betydning. Begrepet er omdiskutert hvor organisatoriske forhold også inngår i det psykososiale arbeidet (ibdi). Arbeidsmiljø er altså både subjektivt og dynamisk.

Det er ikke bare de fysiske belastningene ansatte i helsesektoren kan kjenne på som tungt. De står pasienter og deres pårørende nære i ulike livskriser. Eivor Hofstad (2014) laget en reportasje for sykepleien.no hvor han møtte helsepersonell som forteller at de kan kjenne de står i fare for å bli utbrente eller sekundærtraumatisert. Til og med nestoren innen krisehåndtering, psykolog Atle Dyregrov, fikk problemer da han var ny og startet i jobb. Han jobbet med foreldre som hadde mistet barn. Han uttaler i reportasjen at ” *Dessverre er det slik at i tider med innsparing, knipes det ofte inn på ressurser til ivaretagelse av personell, inkludert kurs og annet påfyll. Det er svært uheldig, svekker motivasjonen og øker faren for å bli utbrent*”. Cathrine Ramm sier at i sine møter med sykepleiere uttrykker de at de ikke får reagere i somatiske avdelinger på sykdom og kriser som pasientene står i. Når slikt ikke er akseptert får de dårlig mestringsfølelse, kjenner seg svak, og ønsker å slutte i jobben (ibdi). Her er det snakk om mulighet for debrifing i vanskelige situasjoner.

Motivasjon spiller en stor rolle for hvordan vi har det på jobb, og det er mange forhold som spiller inn på arbeidstakers arbeidsmotivasjon (Willadssen, 2014,s 81). Motivasjon beskrives som kraften som får oss til å engasjere oss i arbeidet. Utbrenthet er kjennetegn på blant annet mangel på motivasjon (ibdi). Det skilles mellom indre og ytre motivasjon. Ytre motivasjon er eksempelvis lønn, men indre motivasjon dreier seg om å få tilfredsstillt egne mål, anseelse, tilhørighet og lignende. Den kjente psykologen Abraham Maslow laget den kjente ”behovspyramiden”. De fem trinnene besto av;

1. Fysiologiske behov; mat, drikke, beskyttelse fra smerte etc..
2. Behov for sikkerhet og trygghet: stabilitet i hverdagen og beskyttelse fra angrep
3. Sosiale behov: behov for venner, å føle samhold og tilhørighet.
4. Behov for anerkjennelse: ønske om å bli sett, å få ros. Status og prestisje kommer også inn her.
5. Behov for selvrealisering: er sterkt behov for å realisere egne mål. Dette er svært individuelt.

Betydningen av indre og ytre faktorer er diskutert av flere. I dagens arbeidsliv viser en undersøkelse av Lars Andersen at indre motivasjon er av størst betydning for arbeidsglede. Motivasjonsfaktorer var faglig utvikling, fellesskap, og anerkjennelse. En annen motivasjonsfaktor vil være å ha et meningsfylt arbeid. Hvis arbeidet oppfattes som nyttig og interessant vil arbeidstaker føle at han eller hun er nødvendig i den store arbeidssammenhengen (ibdi).

2.3.1 Friskfaktorer og energitappere i arbeidslivet

Ifølge Abrahamsson m.fl (2003) er friskfaktorer å finne mer enn bare i arbeidsmiljøet, og kan sees på i mange forskjellige perspektiver. Mennesket må sees på som en helhet og helsen kan ikke deles opp etter arbeidsliv og fritid som om at de skulle vært uberørt av hverandre.

I Folkehelse rapporten 2014 viser de til holdepunkter for at hvis arbeidsmiljøet er tilfredsstillende kan arbeid i seg selv være positivt for helsen. Å være i arbeid skal også være vist positivt på psykisk helse. Arbeid bidrar til å strukturere hverdagen, gir mening og er viktig for den sosiale identiteten for mange. De viser også til diskusjon til studier som viser bedre folkehelse for dem som pensjonerte seg. Samme rapport viser til risikofaktorer arbeidstakere kan utsettes for i arbeid. Eksempler på dette er skader, sykdom, helsevansker grunnet kjemiske/fysiske/mekaniske og psykososiale/organisatoriske belastninger (Folkehelseinstituttet).

En kan tenke annerledes og se på langtidfriskhet til motsetning for langtidssykemelding. Faktorer som spiller inn på hver enkelts individ er arbeid, fritid og arenaer utenfor arbeidet. Her får mennesker erfaringer og vurderinger. Man må se på friskfaktorer både i den formelle og uformelle organisasjonen. Med formelle menes mål, midler, ledelsesfilosofi, personalpolitikk osv. Den uformelle organisasjonen påvirkes av den formelle, menes normer, verdier, holdninger osv (Eriksson, 2003). En studie utført på oppdrag av Prevent viser at friskfaktorer i hovedsak finnes i den uformelle delen av organisasjonen. Her nevnes trivsel, humor, arbeidsglede, solidaritet og fellesskap. I samme undersøkelse viser de til funn som sier at det ikke er store forskjeller med tanke på kvinne/manns dominerte yrker (ibdi). De friskfaktorene som ble belyst høyest var humor, arbeidsglede, trivsel, et bra fysisk arbeidsmiljø, kompetanseutvikling, å kunne påvirke sin egen arbeidssituasjon, lønn, velvære osv. Et godt utgangspunkt for et støttende arbeidsmiljø som skaper helse, er i følge boken Friskfaktorer (2003) nettopp friskfaktorer. Det tenkes at mennesker i arbeidslivet må sees på holistisk, helhetlig, da menneskers er produkter av alle livets erfaringer.

Videre må det sees på hvordan disse friskfaktorene kan implementeres i arbeid, samt også hvordan man som leder påvirker disse. Det er ikke alle friskfaktorene en arbeidsgiver direkte kan påvirke, eksempelvis ansattes fritidsrelasjoner. Formelle ting som lønn og ansvar derimot er eksempler på friskfaktor arbeidsgiver kan påvirke (Søderlund, 2003). På organisasjonsnivå kreves en analyse av styrker og svakheter for å gjøre et meningsfylt forandringsarbeid (ibdi).

Da kan man finne bedriftens svakheter som kan endres, eller finne styrker som beholdes eller forsterkes.

En annen viktig friskfaktor i organisasjon er ledelse. Viktige egenskaper hos ledelsen er at de er lydhøre, har forståelse for sine medarbeidere, at de er synlige og nærværende, samt har god kommunikasjon(ibdi).

Alle ansatte ved en arbeidsplass inngår i relasjoner til hverandre og vil være et fellesskap. Mennesker er ikke bare vennlige vesener og vil ikke bare bistå med friskfaktorer. Dessverre er det, akkurat som støtte, tilhørighet og samarbeid, egenskaper som uoverensstemmelser og krangler, baksnakking, mobbing og plaging (Willadsen, 2014). I 2013 opplevde hele 31% av arbeidstakerne at det var dårlig forhold mellom ledelse og ansatte, og 22 % opplevde dårlig forhold kollegialt.

Konflikter kan oppleves belastende da samarbeidet blir dårligere og kommunikasjonen mellom berørte parter blir kjølig (ibdi).

Mobbing handler om negativ behandling over tid. Mobbing kan knyttes til enkeltpersoner, grupper, eller bakenforliggende forhold i arbeidsorganisering og drift av virksomheten (ibdi).

2.3.2 Sammenheng mellom sykefravær og arbeidsmiljø

Det foreligger mye forskning på sammenhengen mellom sykefravær og arbeidsmiljø og er godt dokumentert (NOU 2010:13). Det er en klar sammenheng mellom arbeidsmiljø og helse. I følge STAMI (statens arbeidsmiljøinstitutt) er norske yrkesaktive motiverte på jobb, og trives. Ni av ti norske yrkesaktive svarer at de er svært godt fornøyd med jobben sin (STAMI, 2015). Arbeidsmiljøet blant faste ansatte sammenliknet med midlertidige ansatte er så å si likt i følge statens arbeidsmiljøinstitutt. Det er rapportert om høyere forekomst av angst- og depresjonsplager. Ut over dette er forskjellene minimale (ibdi). Et godt arbeidsmiljø er subjektivt og dermed vanskelig å fastsettes som regel. Noen arbeidstakere rapporterer om et ikke godt arbeidsmiljø, men som fremdeles er motivert og trives i jobben sin (ibdi).

Forhold i arbeidslivet som psykososiale, organisatoriske, og fysiske forhold er assosiert med risiko for sykefravær og uførhet. I dagens samfunn er de grove fysiske forhold fjernet fra arbeidsforhold (slik som ånding av giftige avfallsstoffer), mens psykososiale forhold på arbeidsplassen har fått mer oppmerksomhet (Bjørngaard et al. 2009).

For å kunne bedre det psykososiale arbeidsmiljøet vil det være viktig å identifisere de fraværdrivende faktorer. Med fraværdrivende faktorer menes mangel på kontroll i eget arbeid, lav selvbestemmelse og dårlig støtte fra ledelsen (Foss, Skyberg, 2008). Det er også vist en sammenheng mellom kort utdanning/ ufaglærte og høyt sykefravær og uførepensjon. Dette i tillegg til rutinemessig manuelt arbeid. Denne yrkesgruppen er mest utsatt for store arbeids- og helsebelastninger (ibdi).

I følge arbeidstilsynet viser de til at organisatoriske forhold påvirker det psykososiale arbeidsmiljøet på godt og vondt gjennom hvordan arbeidet er lagt til rette og hvordan virksomheten faktisk er organisert (arbeidstilsynet.no, *Organisatoriske forhold som fører til psykososiale problemer*). Videre viser de til tall på om lag 70% av langtidsfravær og uføretrygding med årsak i psykiske og sosiale belastninger i arbeidet. Det nevnes tidspress, frykt for ikke å mestre arbeidet, dårlig samarbeid med mer. Spesielt nevnes at særlig belastende er arbeidssituasjoner med dårlig samsvar mellom høye krav og grad av egenkontroll arbeidstaker har over egen arbeidsutførelse kombinert med dårlig ledersøtte (ibdi).

I følge arbeidsmedisin.net definerer de psykososialt arbeidsmiljø ved å dele det opp i tre forhold. Det første handler om det organisatoriske arbeidsmiljøet som dreier seg om ansattes forhold til arbeidsoppgaver, og deres forhold til de andre på arbeidsplassen, samt hvordan arbeidet praktisk er organisert. Her vektlegges ytre påvirkninger som arbeidstid, organisasjonskart, gode lokaler, og ledelse. Det andre handler om det sosiale samspillet som handler om samarbeid og samhandling. Innunder dette faller kollegiale konflikter og lignende. Tredje og siste definering er det de kaller for individuell oppfattning. De tankemessige og følelsesmessige prosessene er ulikt hos alle mennesker. Her menes at opplevelsene av ytre påvirkning blir oppfattet og bearbeidet ulikt av alle hvor et problem for en ansatt ikke behøver være det for den neste (arbeidsmedisin.net, *Generelt om psykososialt arbeidsmiljø*).

En studie som omhandler betydningen av forhold i arbeidsmiljøet i helse- og omsorgssektoren viser at lavtlønnede sykepleiere har større risiko for uførepensjonering. Det å være singel var også vist å gi økt sannsynlighet for uførepensjonering. I tillegg viste det seg at sykepleiere som jobbet fast kveldsskift hadde 51% høyere risiko for uførhet eller sykdom. Sykepleiere som jobbet fast på natt hadde 45% høyere risiko for uførepensjon sammenlignet med sykepleiere som arbeider på dagtid (Friis, Ekholm, Hundrup, 2008). I samme undersøkelse

viser det til at ansatte ved sykehus har mindre risiko enn ansatte ved sykehjem for å ende med uførepensjonering (ibdi).

Statens arbeidsmiljøinstitutt viser i sin faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 at ved å sammenligne gjennomsnittet av alle yrkesaktive oppgir pleie- og omsorgsarbeidere og sykepleiere stor eksponering av helseskadelige psykososiale og organisatoriske faktorer. Spesielt gjelder dette for vold, trusler, mobbing og emosjonelle krav (STAMI, 2015). For sykepleiere viser NOA at vold og trusler, emosjonelle krav, og nattarbeid har alle relativ risiko over 1 og er de med høyest verdi (NOA.no, 2013). Verdiene her hentet fra levekårsundersøkelsen 2013.

De rapporterer også om lav selvbestemmelse i arbeidet. Helse og omsorgsyrkene innebærer også løft- noe rapporten bekrefter da det viser til høye verdier av ubekvemme løft, arbeid i vanskelige stillinger. Yrkesgruppen skårer også høyt når det gjelder eksponering av rengjøringsmiddel, desinfeksjonsmiddel og biologisk materiale (STAMI, 2015).

Sykepleiere rapporterer om dårlig belønning. Hvor deres innsats på arbeid ikke blir tilfredsstillende kompensert. Det er flere kvinner enn menn som rapporterer om ubalanse i belønning av innsats. Blant sykepleiere er det så mange som en av fem som oppgir dette (ibdi).

Som nevnt tidligere har det norske helsevesenet de siste 15 årene gått gjennom store omstillinger. Slike større endringer kan utløse utrygghet og usikkerhet hos de ansatte og påvirker arbeidsmiljøet i helsesektoren (ibdi). Her spiller opplevelsen av kontroll over egen jobb en viktig rolle. Dette støttes av Null-punkt-undersøkelse i sykehus av Grimsmo og Sørensen (2004). Sykehusansatte med manglende medvirkningsmuligheter og store omstillingsbelastninger har et forhøyet legemeldt sykefravær.

Her er mennesker dog forskjellige og takler omstillinger ulikt. Noen vil finne omstillinger inspirerende og utfordrende, mens andre opplever de truende og utrygt. Like fullt vil omstillinger påvirke arbeidsmiljø, hvor det vil være viktig som innsatsfaktor for å unngå sykefravær (Jacobsen, Thorsvik, 2013). Dette støttes også av Null-punkt-undersøkelse i sykehus.

I en engelsk undersøkelse av akuttsykepleiere viste resultatene at noe av deres fravær var nødvendig for å mestre deres svært stressende arbeidssituasjon (Hackett, Bycio, 1996). Dette ble forklart med at kortere ”mestrisningsfravær” bidro til å forebygge langtidsfravær. Altså,

sporadisk fravær kunne bidra til å opprettholde fysiske og psykologiske tilstander på et håndterbart nivå.

Et annet funn på et sunt arbeidsmiljø er kjønns sammensetningen. Er kjønns sammensetningen balansert viser forskning til laver funn av alvorlige sykdommer enn om det var rene kvinne dominerte eller mannlig dominerte arbeidsplasser (Markussen et al. 2009).

Det er mange forklaringer på stress og utbrenthet. En forklaring ligger i at mennesker i dag vil ha alt, både statusjobb som er interessant, barn, perfekte hus, perfekt kropp, idealer i alle livets former. Med et slikt regnestykke fylles livet med aktiviteter man ikke har kapasitet til- som resulterer i stress og utbrenthet (Mac,2008,s.31). En annen forklaring kan være at man på grunn av egne og ytre grunner arbeider mer enn kapasiteten tilsier at man bør. Både arbeidsplassen og en selv stiller for høye krav ut fra de ressursene en innehar (ibdi). Av dette ser vi at jobb og privatliv henger sammen med de krav man setter til seg selv. Man skal innfri både i arbeidslivet, men også privat hvor den ene av disse kan ha en større prioritering.

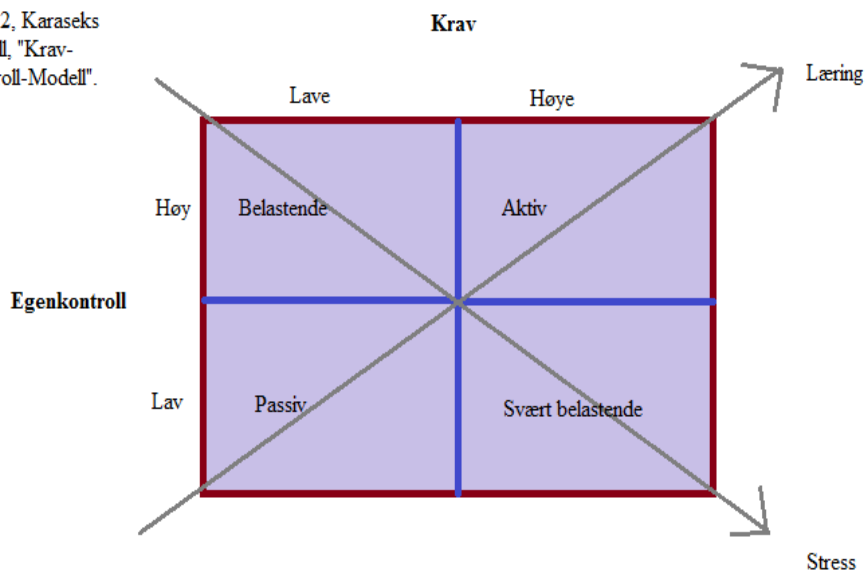
Arbeidstakers mestrings evne og egenkontroll spiller inn på arbeidsmiljøet, presisert i arbeidsmiljøloven gjennom selvbestemmelse og faglig ansvar (ibdi). Mestring handler om mer enn håndtering av arbeidsoppgaven vi står ovenfor. Hvis arbeidstaker skal oppleve mestring og egenkontroll over utfordrende situasjoner må faktorer som støttende ledelse og kolleger, handlingsrom og ressurser være tilstedet. Da kan arbeidstaker oppleve å mestre situasjonen og lære av den. I motsatt fall kunne den oppleves som belastende og stressende, som over tid kan resultere i sykdom og plager (ibdi).

Dette leder oss over på området stress og press. Stress oppstår gjerne når man ikke mestrer situasjoner på en god måte. Fenomenet stress, i arbeidsmiljø sammenheng, handler ofte om vedvarende press i arbeid (Willadssen, 2014). Reaksjonsmønsteret for stress er forbundet med økt puls, økt blodtrykk , og produksjon av stresshormoner. Stress er ikke utelukkende negativt, også opplevelse av stress og press er subjektivt da et problem for en kan ansees som en utfordring for en annen (ibdi).

Sosiologen Robert Karasek har presentert hva han kaller ”Krav-Kontroll-Modell”. Se figur 2 under. Figuren viser hvordan fire typer jobber, kombinert med graden av psykologisk krav i arbeid med graden av egenkontroll. Det demonstreres at arbeid har ulik betydning for arbeidstakers helse og utvikling (ibdi). Modellen viser at dess mer presset jobben er, jo større er risikoen for stress og andre negative helsemessige virkninger (demonstrert gjennom pil mot

stress). Motsatt pil, mot læring, viser til større grad av egenkontroll stimulerer læring og motivasjon for utvikling i arbeidet (ibdi).

Figur 2, Karaseks modell, "Krav-Kontroll-Modell".



Spørsmålet om individuell mestring vil så melde seg gjennom at arbeidstaker må kjenne egen begrensning. Faren ved å bli utbrent grunnet "arbeidsnarkomani" er reell. Det kan resultere i et overengasjement som kan føre til stress. Det må være en balanse mellom det sunne stresset som driver arbeidstaker og det usunne stresset som kan være opphav til sykdom (ibdi). Arbeidet skal ikke være så enkelt at du kjeder deg, men heller ikke så utfordrende at man drukner. Det er leders ansvar å forsøke å tilfredsstille dette. Gjennom utdanning får sykepleierne en profesjonsidentitet med tillærte mål og standarder for sin sykepleierutøvelse. Gjennom dagens større krav til effektivitet og produktivitet kan det føre til at flere sykepleiere "går på akkord" mot sin identitet og profesjon på grunn av press, som igjen kan resultere i dårlig mestringsfølelse og stress. Dette igjen kan føre til sykdom og skade. Dette tar oss over i neste delkapittel som er ledelse.

2.4 Ledelse

I dette delkapitlet vil nøkkelbegrepet ledelse introduseres. Her vil forskningsspørsmål to; *Hva er leders rolle i henhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær*, bli utforsket.

Det finnes ulike typer ledere og lederstiler. I følge Jacobsen og Thorsvik (2013) er lederstilene grovt delt inn i to, den demokratiske relasjonsorienterte ledelsen eller den autoritære oppgaveorienterte ledelsen. Disse to er ikke gjensidig utelukkende og kan overlappes. Den relasjonsorienterte ledelsen forsøker å bygge gode relasjoner til sine ansatte eksempelvis gjennom å involvere ansatte i beslutninger. Den oppgaveorienterte ledelsen er mest interessert i produksjon og effektivitet. Denne ledelsen er mer styrende og tar beslutninger uten ansatte (Jacobsen, Thorsvik, 2013). God ledelse vil variere ut fra situasjon. Trekk ved gode ledere er eksempelvis støttende, ryddig, empati, lytte, og kommunisere bra (ibdi).

Den som står de ansatte nærmest er deres leder, av det vil leder ha sterk innvirkning på de ansatte. En ledelse som ikke gir støtte og hjelp i de ansattes arbeid, ikke setter pris på de arbeidsresultat som presenteres, eller ikke behandler de ansatte rettferdig og upartisk er kjennetegn ved et lite støttende lederskap (STAMI, 2015). I statens arbeidsmiljøinstituttets faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015 viser de til nye studier som viser at sosial støtte fra nærmeste leder og rettferdig lederskap har en beskyttende effekt mot psykiske plager. I tillegg har det en beskyttende effekt mot ryggsmertor. Et lavt støttende lederskap var assosiert med høyere risiko for fravær. I samme faktabok oppgir de i 2013 at om lag 10% av sysselsatte opplever et lite støttende lederskap (ibdi). Einarsen og Skogstad (2011) støtter nettopp dette, at utilfredsstillende sosial støtte fra ledelsen kan bidra til å øke ansattes sårbarhet for påkjenninger, og forsterke konsekvenser til å utvikle stress. Økt risiko for langtidssykefravær var arbeidsmiljøfaktorer assosiert med dårlig sjefsstøtte, fysisk krevende arbeid og skiftarbeid (Foss, Skyberg, 2008). Ledelseskvalitet er påvirkende faktor i sykefravær (Sterud, Knardahl, Labriola, Lund, 2010). Støttende ledelse gir også best økonomiske resultater i følge nyere norsk forskning (Kuvaas og Dysvik 2012, her i: Spurkeland 2013, s.184). Det er vist til en studie blant ansatte ved norske bensinstasjoner. De bensinstasjonene med mest støttende ledelse hadde hele 38 % bedre resultater enn de med minst støttende ledelse. Støttende ledelse betyr ledere som bryr seg om ansattes velvære, og at de har det bra på jobb. Dette henger tett sammen med relasjonsledelse som jeg kommer tilbake til i neste kapittel (Spurkeland 2013, s.184).

Videre for oppgaven velges det å utdype Positivt lederskap, Relasjonsorientert ledelse og Helsefremmende ledelse. De to siste vil bli sett i sammenheng med hverandre.

2.4.1 Positivt lederskap

Innen faget positivt lederskap legges det vekt på fire ulike lederstiler. Selvledelse er en av dem (Johannessen, Olsen, 2009). Selvledelse går ut på at man som arbeidstaker leder seg selv ut fra bedriftens grunnverdier. Teorien omkring selvledelse er at man ledes etter hvordan kolleger, bedriften, leverandører osv beveger seg. Eksemplet er som en fugleflokk som flyr. Der er ingen utnevnt leder som peker retningen, de flyr etter grunnleggende prinsipp hvor hver fugl forholder seg til den nærmeste fuglen. For å lykkes med selvledelse er det viktig å styrke samhandlingskompetansen - altså hvordan hver ansatt forholder seg til hverandre, i tillegg til forutsetning om umiddelbar tilbakemelding fra omgivelsene (ibdi).

Den andre typen ledelse innen positivt lederskap er ledelse av samhandlingskompetanse. Det grunnleggende i samhandlingsledelse er kommunikasjon, påvirkning og erfaringsoverføringer. Det settes krav til fortolkning og tilbakemeldinger (ibdi).

Tredje typen ledelse er ledelse av sosial og emosjonell kompetanse. Innen dette er konflikthåndteringskompetanse viktig. Hensikt med å inneha en sosial og emosjonell kompetanse er for å kunne fremme positivitet i situasjoner gjennom eksempelvis å møte med vennlighet og et smil, eller en hyggelig tone. Dette fordi det vil påvirke utfallet av et møte(ibdi). Sosial og emosjonell kompetanse knyttes til evnen til å forstå og ta kontroll over egne og andres emosjoner. Hvordan en leder håndterer konflikter relateres også til sosial og emosjonell kompetanse. Her tenkes at å lære seg å stille *hvordan* spørsmål istedenfor *hvorfor* spørsmål skal kunne bidra til å se etter muligheter, kreativitetsutvikling og nysgjerrighet. Spørsmålet hvorfor er problemorientert, mens hvordan er målorientert. Det som kreves for å løse konflikten er å oppnå samstemthet (ibdi).

Fjerde type ledelse innen positivt lederskap er kreativitetsledelse. Gjennom å stimulere til kreativitet hos seg selv og ansatte kan nye innovative løsninger få modnes fram i bedriften (ibdi). Positivt lederskap vektlegger positiv tenking, her menes en endring fra fokus omkring hva som ikke fungerer med arbeidsplassen eller ansatte, snues tenkning til optimisme- som kan læres. Innen positivt lederskap må det legges sterkere fokus på en bedre og annerledes utnyttelse av ansatte og leders ressurser (ibdi). Leders rolle vil være å styrke de ansattes opplevelse av mestring og kontroll over eget liv, kreativitet, og empati. I tillegg skal det tilstrebes en arbeidsplass preget av toleranse og god arbeidsmoral. For at dette skal være mulig må leder legge til rette for selvledelse som beskrevet over (ibdi).

Konklusjonen i artikkelen om Positivt lederskap er at andre former for lederskap ikke skal utelukkes. Det må være den riktige doseringen av både transformasjonsledelse, transaksjonsledelse og positivt lederskap og resulterer i godt lederskap (ibdi). Hensikten med positivt lederskap er å få tak på den kompetanse, kreativitet og energi som de ansatte innehar.

2.4.2 Relasjonsledelse

En annen teori for ledelse er gjennom det Jan Spurkeland (2013) kaller for Relasjonsledelse. Relasjonsledelse vil være en ledelse som er opptatt av mennesker og menneskelige forhold. Det tar utgangspunkt i et positivt menneskesyn som har utgangspunkt i at medarbeidere ønsker å bidra og gjøre sitt beste for å nå bedriftens mål (ibdi, s.43). Ledere i dag står overfor store utfordringer, hvor en av disse er hvordan man leder mennesker (Mac, 2008,s.20). Hensikten med ledelse er vanligvis å få ansatte til å arbeide mot bestemte mål, motivere dem til å yte mer, og få dem til å trives i arbeidet. I følge Spurkeland skal en leder inneha en etisk ryggrad som sikrer de ansatte mot maktmissbruk, urettferdighet, fysisk og psykisk skade – noe som vil være helseskadelig til motsetning for helsefremmende som jeg kommer tilbake til senere. En leders makt er så stor at de kan påvirke ansatte forutsetning for å være mentalt friske, selvutvikling, utvikle godt selvbylde, og kjenne seg verdsatt. Han mener derfor at en leders grunnholdning må være å ikke skade andre mennesker. Relasjonsledelse handler derfor om tilpasset ledelse til den enkelte ansatts behov, i tillegg til å bry seg om andres trivsel og utvikling. Videre skiller han mellom ledelse og administrasjon. Administrasjon dreier seg om strategi, økonomi og systemer, mens ledelse handler om menneskelige samhandlingsforhold. Relasjonsledelse er mer innflytelse og mindre kontroll som skal gi selvstendige ansatte og tillitt mellom partene. Relasjonsledelse er ingen lettkjøpt form for ledelse, men en ledelse som bare kan utøves av ledere som genuint bryr seg om mennesker (Spurkeland, 2013, s.15-24).

Relasjonsledelse utøves gjennom relasjonskompetanse. Relasjonskompetanse er noen ferdigheter og evner som kan trenes og utvikles. I likhet med positivt lederskap skriver også Spurkeland at emosjonell intelligens og emosjonell modenhet er en kjernekompetanse i forståelse av andre mennesker (ibdi, s.205). Spurkeland har utviklet det han kaller Radarhjul et som er en oversikt over 14 dimensjoner i relasjonskompetanse. Den består både av evner som kan trenes og utvikles, men også av emosjonelle dimensjoner som krever målrettet trening.

Det er vist en sammenheng mellom arbeidsprestasjoner og leder-medarbeider-relasjoner når ansatte skårer lavt på det som kalles psykologisk kapital. Psykologisk kapital er de

psykologiske ressurser som håp, mestringstro, optimisme og robusthet (Wang mfl.2012, her i: Spurkeland, 2013, s. 184).

Dette tar oss over i neste avsnitt som tar for seg Helsefremmende ledelse som arbeidsmetode eller forståelse.

2.4.3 Helsefremmende ledelse

I arbeidsmiljøloven §1-1 a) står det; *å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet.* Allerede i første linje fremkommer det at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende.

I følge Spurkeland (2013, s.122) var psykologen Einar Thorsrud et stort norsk bidrag for motivasjon. Hans arbeid fikk konsekvenser for vår første arbeidsmiljølov. Han, med flere, utarbeidet seks jobbkrav som omhandlet behov for å lære, delta i beslutninger, ansvar, sosial støtte og anseelse, og personlig vekst.

I følge idebanken.org (NAV og IA) retter helsefremmende arbeid seg mot forhold som bidrar til å opprettholde og fremme helse i form av økt mestring, motstandskraft og overskudd. Videre poengteres viktigheten av å øke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet – dette fremkommer av IA-avtalen. Eksempler på mulige tiltak på arbeidsplassene kan være sykle-til-jobben-aksjon, røykeslutt, miljøpriser med mer. Dette kan sees som ytre tiltak. Tiltak på relasjoner er også viktig, her tenkes relasjon mellom leder og ansatte, belønning, sosial støtte med mer. Det er viktig, i følge idebanken, å tenke helhetlig da ansattes påvirkes av mange faktorer- både på individ, men også på gruppe og organisasjonsnivå.

I følge arbeidstilsynet er helsefremmende arbeidsplasser fokuserte på hvordan arbeidet organiseres, hvordan det skapes et godt arbeidsmiljø, og tilstedeværelse som gir helse og utvikling for alle ansatte (arbeidstilsynet.no, *Helsefremmende arbeidsplasser*). Det helsefremmende perspektivet skal ikke fokusere på risikofaktorene alene, men også på positive og helsefremmende faktorer i arbeidsmiljøet og arbeidstakers helse.

I Socialmedicinsk tidsskrift presenterte de en artikkel i 2013 om hva helsefremmende arbeidsplasser er, og hvordan de skapes. Der konkluderes det med at hvis ledere i dagens bedrifter skal kunne skape helsefremmende arbeidsplasser må en endring av forståelsen av

ordet Helse endres. Helse, i følge dem, er mer enn fravær av sykdom og helseplager. Ved en slik endring kan det kreves en annen tilnærming av HMS arbeid (Torp, 2013).

I følge Jan Spurkeland (2015) er helsefremmende ledelse en relasjonell investering som bygges gjennom en gjensidig kjennskap mellom leder og ansatt. Han viser da til viktigheten med at også leder kan være sårbar og vise viktige sider ved seg selv. På den måten får de ansatte bli kjent med sin leder og som de lettere kan forholde seg til. Det moderne arbeidslivet er i større grad preget av demokrati. Gjennom relasjonsledelse kan leders adferd føre til trivsel og effektivitet hos sine ansatte. Mennesker i dag er vokst opp i moderne demokrati, og forventer derfor å bli ledet på samme måte. I følge Spurkeland (2015) er det særlig tre forhold som må representeres i relasjonsledelse. Disse er: *Tillitt*, mellom leder og ansatte som er kjernen i relasjonen. *Likeverdighet*, mellom leder og den ansatte. *Samhandling og dialog*, som verktøy for relasjonen og resultatoppnåelse.

Gjennom å vise de ansatte *tillitt* vil behovet for kontroll opphøre. Dette fordi tillitt er en psykologisk faktor som gjør at den ansatte kjenner seg betrodd en oppgave. I relasjonen gjør dette at leder og den ansatte stoler på hverandre og at de vil hverandre vel. Tillitt reduserer også frykt og stress, som også kan lede ut i press over tid.

Gjennom tillitsvalgte og medvirkning på arbeidsplassen skapes *likeverdighet* mellom leder og ansatte. Likeverdighet handler om mer enn makt og innflytelse. Det er en psykologisk opplevelse og emosjon, og kommer til syne i samtale og møte med ansatte og ledere. Mellom partene tilstrebes en likeverdighet hvor statusposisjon bortfaller. Resultatet kan gi en følelse av verdi for den ansatte. Følelse av å bli verdsatt kan bidra til at ansatte yter mer (Spurkeland,2015). En god personalpolitikk er arbeidsgivers hovedansvar. Tegn på god og helsefremmende ledelse er i følge studien utført av Holm-Petersen og Vyberg (2011) en god, synlig og handlekraftig ledelse. Dette var viktig for arbeidsglede. I tillegg måtte det være gjensidig tillitt mellom leder og arbeidstaker og åpen kommunikasjon. Studien viste også at tid til å utføre sitt arbeid og faglig utvikling som viktige faktorer. Dagens medarbeidere engasjerer seg og står på for bedriften både personlig og faglig. Hvis de ikke får anerkjennelse og belønning blir det ubalanse mellom ”å gi og ta” (Mac, 2008). J.Seigrist (her i boken: Fri oss fra dårlig ledelse av Mac 2008) har gjennomført en undersøkelse som viser til at om ansatte ikke får belønning for innsatsen sin fører det til tap av mening, selvverd og fellesskapsfølelse. Belønning deles inn, i følge han, i lønn, sosial anseelse og status.

Anerkjennelse styrker ansattes opplevelse av å være kompetent. Her spiller ledelsen en viktig rolle gjennom å se sine ansatte, ved å vise anerkjennelse, gi belønning, også individuelt (Mac, 2008).

Samhandling viser til samarbeid mellom to eller flere som skal kunne resultere i bedre resultat da ansatte får anerkjennelse og føler en sosial tilhørighet. *Dialogen* mellom ansatte og leder skal være preget av likeverd og ikke diskusjon og debatt. Ingen skal vinne en dialog, men alle parter skal føle seg sett og hørt. Dialog skal være det viktigste verktøyet for å ivareta ansattes behov for anerkjennelse og oppmerksomhet. Etter Maslow behovspyramide så vi at behovet for anerkjennelse falt innunder punkt 4. Her skiller det ikke på jobb og privatliv hvor mennesker da søker nettopp dette behovet i alle arenaer. Videre poengteres viktigheten av jevnlig samtaler mellom ansatte og leder, fremfor den årlige medarbeidersamtalen (Spurkeland, 2015).

Like fullt er det viktig å ha med seg at mennesker er ulike og befinner seg i ulike livsfaser. Det som var viktig som nyutdannet behøver ikke være gjeldende 20 år senere da livssituasjonen har endret seg.

Til motsetning til helsefremmende ledelse kan man også se på helseskadelig ledelse. Beskrivelse av helseskadelig ledelse er manipulerende og psykopatisk adferd (Spurkeland, 2015). For ansatte å bli utsatt for slik adferd kan konsekvensene bli store med blant annet sterke psykiske og psykosomatiske lidelser som angst, depresjon, kvalme, hjerteproblemer med mer. Skogstad (her i: Spurkeland, 2015) og Einarsen kaller dette for destruktiv ledelse, som betyr adferd som provoserer, skremmer, truer eller provoserer fram ubehag for de ansatte. En slik lederstil vil organisasjonen lide av gjennom negative konsekvenser som for eksempel at de ansatte ikke gjør sitt beste på jobb. Videre skriver Spurkeland at en leder som ikke anerkjenner sine ansatte er i utgangspunktet helsefarlig.

2.5 Oppsummering av teori med teser

Her vil en oppsummering av teoriens funn omkrings oppgavens forskningsspørsmål presenteres. Forsker vil også komme med påstand, tese, omkring videre funn.

Oppsummerende funn presenteres i tabellform.

Tabell 2, Oppsummering av litteraturgjennomgang med teser

Forskningsspørsmål	Oppsummering	Tese
---------------------------	---------------------	-------------

<p>1. Hva er viktige friskfaktorer og energitappere i arbeidsmiljøet i helsesektoren?</p>	<p>Friskfaktor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mestring - Meningsfylt arbeid - Velferdssamfunn - Fellesskap - Jobbengasjement - God organisering - Arbeidstid - Identitet - Personlig vekst - Økonomisk trygghet - Anerkjennelse - Faglig utvikling - Trivsel - Humor - God ledelse - Arbeids glede/ solidaritet - Fysisk arbeidsmiljø - Varierte arbeidsoppgaver - Balanser kjønns sammensetningen - Støttende ledelse og kolleger - Tilgjengelig ressurser/ handlingsrom <p>Energitappere</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tung fysisk jobb/ slitasje - Dårlig belønning - Dobbelbyrdehypotesen - Dårlig lønn - Turnusarbeid - Høyt arbeidspress - Stress - Liten mestringsfølelse - Følelse av lav verdi - Liten grad av egenstyrt arbeidsdag - Lite ressurser - Høye krav - Dårlig profesjonsidentitet - Lite faglig utvikling - vold/trusler - konflikter/mobbing/baksnakking - høye emosjonelle krav - utrygghet - usikkerhet - lite rom for refleksjon/debrifing - dårlig kontakt med ledelse 	<p>1. Faktorer i arbeidsmiljøet som ble beskrevet som friskfaktorer og energitappere i litteraturstudien er også faktorer som finnes i helsesektoren.</p>
<p>2. Hva er leders rolle i henhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avvikshåndtering - Sørge for god arbeidstid - God organisering 	<p>2. Det forventes funn forenelig med litteraturgjennomgangen</p>

forebygge sykefravær?	<ul style="list-style-type: none"> - Tilrettelegging - Støtte videre/etter – utdanning - Variasjon i arbeid - Være lydhøre - Synlig og tilgjengelig - God kommunikasjon og samhandling - Være støttende - Emosjonelle ferdigheter - Belønne - Ha helhetlig menneskesyn - Organisering - Relasjonsbygging - Demokratisk ledelse - Tillitt - Utvise likeverdighet - Viser anerkjennelse - Være handlekratig 	<p>, altså at ledelseskvaliteter som beskrevet i relasjonsledelse og positivt lederskap vil være nøkkelord. Eksempler er å se sine ansatte, være lydhøre, tilgjengelig, likestilt og være støttende.</p>
-----------------------	--	--

3. Metode

I dette kapittelet vil oppgavens metode bli gjort rede for. Her vil det bli forklart hvordan oppgaven har gått fram gjennom å samle data, analysere det, i forsøk på å belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene.

3.1 Forskningstilnærming, strategi og design

I dette delkapitlet vil det bli gjort rede for valg av forskningsmetode, dens relevans og styrke. For denne studien er det valgt å bruke en kvalitativ forskningsmetode. Det er studiens problemstilling som avgjorde hvilken forskningsmetode som skulle benyttes. Kvalitative forskningsmetoder forholder seg til data i form av tekster og legger vekt på fortolking av dataene (Johannessen, Kristoffersen, Tufte, 2004). Denne oppgaven ønsker en mer inngående studie av fenomenene ledelse, sykefravær og arbeidsmiljø. Det ble valgt semistrukturerte intervjuer da det ansås best for oppgaven, som var å finne leders påvirkning av sykefravær gjennom fokus på arbeidsmiljø. Denne metoden er valgt for å bedre kunne undersøke arbeidsmiljøet i helse og omsorgssektoren da det ansees som en sosial prosess. Kvalitativ forskning er blitt betraktet som relevant for å studere sosiale fenomener (Mehmetoglu, 2004). Den kvalitative metoden opererer med tekst til analyse, således blir dette en fortolkende konstruktivisme. Hensikten er å få fram fyldige beskrivelser til forståelse, heller enn forklaring (Johannessen, Kristoffersen, Tufte, 2004).

Kvalitativ forskningsmetode er godt egnet når man er ute etter å forstå et fenomen, sett fra intervjupersonenes side (Kvale, Brinkmann, 2009). Gjennom dette kommer betydningen folks erfaringer og deres opplevelse av et fenomen fram, uten vitenskapelig forklaring. Gjennom individuelle intervju kunne det fremkomme data om hva informantene selv mente var sentrale faktorer for deres arbeidsmiljø, friskfaktorer, leders påvirkning – mer enn forskers spørsmål var stilt til. Derfor ble det valgt semistrukturerte dybdeintervju for å kunne besvare problemstillingen.

Valg av forskningsstrategi avhenger av flere faktorer. Det kan eksempelvis være begrunnet i forskers ferdigheter eller kombinasjon av flere. Likevel er det viktigst at valg av strategi er gjort ut fra problemstillingen (Mehmetoglu, 2004). For denne studien ansees det mest hensiktsmessig å velge casestudie. En casestudie er en undersøkelse over et begrenset case over tid gjennom datainnsamling som er detaljert og mangfoldig (ibdi). Stake (1995) her i Mehmetoglu (2004) har laget en typologi av casestudie. For denne oppgaven er typologien

instrumental casestudie. Kjennetegn ved denne typologien er at den har til hensikt å produsere ny innsikt i et fenomen. I følge Mehmetoglu (2004) består forskningsprosessen av tre faser. Disse er forskningsdesign, datainnsamling og dataanalyse. Alle tre forskningsprosessene i kvalitativ forskning pågår i en sirkulær forskningsprosess, til motsetning for den kvantitative forskningen som er en lineær prosess. Det betyr at hver av prosessene er avhengig av den andre, forskningsaktivitetene kan ikke skje uavhengig av hverandre. For denne oppgaven startet oppgaven først med en idé – som hadde sitt utspring fra forskers arbeidshverdag – ledelse, sykefraværarbeid og arbeidsmiljø. Etter at ideen var på plass oppsto neste fase som var temanivå, hvor forsker gikk til anskaffelse av litteraturoversikt. Når litteraturgjennomgangen var gjennomført fant forsker den konkrete problemstillingen for oppgaven. I oppgavens oppbygging presenteres problemstillingen tidlig for aktualisering for leser.

3.1.1 Litteratursøk

Det er allerede gjort en grundig introduksjon i hovedbegrepene, samt en litteraturundersøkelse av problemstillingen og forskningsspørsmålene. Dette er gjort for å gi forsker ledetråder i forhold til forskningsspørsmålene. Dette gjør at sammenligning av teori og funn gjennom intervju er mulig (Mehmetoglu, 2004).

For denne oppgaven er det i størst grad søkt etter litteratur databaser. Dette er gjort gjennom søkemotorer som BIBSYS, ORIA, samt andre databaser direkte hvor ORIA har foreslått tilganger. I tillegg er bøker gjennom skolens bibliotek blitt benyttet.

Søkeord for oppgaven har vært: Ledelse, arbeidsmiljø, sykefravær, årsaker, kjønn, NPM, omstilling, turnusarbeid, helsesektor, helsefremmende ledelse, helsevesen, sykepleier, samhandlingsreformen, friskfaktorer, ledelse, relasjonsledelse. Disse er satt i ulike kombinasjoner, med avgrensninger som årstall. Det er fortrinnsvis søkt etter litteratur som er yngre enn 10 år.

I tillegg til databasert søk av litteratur er snøballmetoden anvendt. Det innebærer at forsker har søkt opp relevant artikkel og sett i dens litteraturliste. På denne måten har man kunnet anskaffe førstelinjeinformasjon i stede for å referere til en annens forskers fortolkning av forskning.

3.2 Datainnsamling

For oppgaven er det gjort flere strategiske utvalg som blir presentert i dette avsnittet. Det skilles mellom taktiske og strategiske utvalg. Strategiske utvalg er valg mellom alternativer, mens taktiske utvalg er praktiske gjennomføringer basert på valg som blir tatt (Johannessen, Kristoffersen, Tuft, 2004). Utvelgelsen av informanter er av stor betydning innen kvalitativ forskning (ibid). I kvalitativ forskning er utvelgelsen av informanter kontinuerlig til forskjell for kvantitativ forskning hvor den er bestemt før studien starter (Mehmetoglu, 2004). For denne oppgaven er det gjort nøye strategiske utvalg, disse presenteres under.

3.2.1 Strategisk utvalgskriterier

Første valg som ble gjort var valg av sektor. For oppgaven ble det valgt helse og omsorgssektoren da dette er en arbeidsgruppe med høyt sykefravær- demonstrert i teoridelen. Denne sektoren består av helse og omsorgsarbeidere i mange ledd, eksempelvis fysisk rehabilitering, legevakt, ergoterapi, fysioterapi, leger, HR, psykiatri, osv. Videre kan den deles inn i heldøgns omsorg, dagbehandling, poliklinikker, medisinske avdelinger, sykehus, sykehjem, psykisk helsevern, osv. Derfor ble mitt andre valg kommunal helseomsorg som forskningsområde. Dette ble valgt fordi sykefraværstatistikken er høyest her til sammenligning med spesialisthelsetjenesten- stat. Det tredje valget som så ble foretatt var å forske på sykehjem med somatisk/geriatrik sykdom. Derav utelukkes eksempelvis demensboliger. Det ønskes somatiske avdelinger da disse er forbundet både av fysiske, men også psykiske tunge arbeidsplasser framfor rene demensavdelinger. Valg av aktuelle kommuner til studien ble gjort ut fra økonomiske hensyn samt tid til rådighet. Det er valgt kommuner innen samme region.

Som utvalgskriteriet var det i utgangspunktet ønskelig med to sykehjem fra to ulike kommuner som hadde omtrentlike like sykefraværstall. Dette for å kunne sammenligne suksessfaktorer. Dette var dog ikke mulig å innfri som utvalgskriteriet da hver av de valgte kommunene kun hadde et somatisk sykehjem som det kunne forskes på. For oppgaven er det derfor tatt utgangspunkt i to ulike somatiske sykehjem, i ulike kommuner. Videre i oppgaven vil hvert av sykehjemmene være case 1 og case 2. De vil bli omtalt som K1 og K2.

Det ene caset ble valgt til studien da de hadde hatt et vellykket prosjekt pågående over 5 år. Et prosjekt som har resultert i lavt sykefravær. De ble valgt inn i studien da de innehar en interessant erfaring. Beskrivelse av prosjektet kommer senere. I aktuelt case ble prosjektleder

også intervjuet. Presentasjon av dette prosjektet kommer i eget avsnitt i slutten av dette kapitlet, under punkt 3.6.

Strategiske utvalgsriterier av informanter er ansettelsestittel. I hver av casene var det ønske om en avdelingsleder og to sykepleiere. Det ble valgt å ta med sykepleiernes ledere for å kunne sammenligne utøvelse med opplevelse. Årsak til valg av tittel sykepleier var for å kunne sette dem sammen til sammenligning, enn ved å ta med yterligere en yrkesgruppe som ikke har samme utdanning eller arbeidsdag som eksempelvis lege/hjelpepleier. Det ble avholdt totalt 7 intervjuer. I kvalitativ forskning er utvalgsstørrelsen passende når forsker ikke får ny informasjon ut av intervjuene (Johannessen, Kristoffersen, Tufte, 2004). Det var lagt fram ønske om sykepleier med lengst og kortest ansinitet. På den måten var det mulig å nå ulik erfaring omkring helsevesenets omstilling for eksempel. I tillegg kunne det bli mulig å se ulikheter med tanke på livssituasjon. Dette kan bidra til dybde i oppgaven. Denne formen for utvelgelse kalles *maksimal variasjon* og brukes når forsker bevisst prøver å finne forskjellige svar. For oppgaven ligger også en teoribasert utvelgning til grunn da utvelgelsen bestemmes av utviklet teori. Hensikten med en slik utvelgelse er å finne informanter som kan gi ny informasjon som kan bidra til å styrke allerede utviklet teori (Mehmetoglu, 2004). Samtalene med informantene vil være grunnlag for forskers funn. Etter forskers vurdering var det tilstrekkelig med informanter til studien da ny informasjon ikke tilkom etter hvert i intervjuene, et metningspunkt ble nådd. Informantene for studien var kvinner i alderen 30-60 årene. Deres ansinitet var på tidspunktet for intervjuene 4-30 år. Alle informanter hadde sykepleiefaglig bakgrunn. En av lederne hadde videreutdanning innen ledelse. Prosjektleder fra case en hadde også det. Fire av sju informanter hadde bakgrunn som hjelpepleier før de tok sin utdanning som sykepleier. Alle informantene jobbet turnus med dagvakter og aftenvakter, med andre ord jobbet ingen av dem i tredelt turnus eller med bare nattevakter.

I case 1 var sykehjemmet organisert med et sykepleierteam som gikk på tvers av to avdelinger. Sykepleierne ved K1 var organisert både i dette teamet, men også en liten prosent i egen avdeling. Sykepleierne ved case 1 hadde en liten stillingsprosent i hver sin avdeling (2 og 3), men over 70% i sykepleierteamet. Enhetsleder ved case 1 var sykepleierteamets nærmeste leder, men stillingsprosenten i avdelingen var avdelingsleder nærmeste leder.

I case 2 var organiseringen ulik fra case 1. Der var alle lokalisert i samme etasje/avdeling, men delt inn i to ulike team. På dagtid var sykepleierne fordelt i sine team, mens vakter på

ettermiddag og natt gikk de på tvers av team med hovedansvar for alle sykepleieroppgaver i hele avdelingen.

3.2.2 Intervjuene

For kvalitativ forskning skal forsker være nærværende og bruke tid på informantene til studien (Mehmetoglu, 2004). Dette kan være utfordrende til motsetning til kvantitativ forskning som kan anvende spørreskjema, noe som ikke krever tett eller langvarig kontakt mellom forsker og informant.

I første omgang ble det innsendt søknadsskjema til Personvernombudet for godkjenning. Under etablering av kontakt med kommunene ble det først tatt kontakt med kommunens kommunalsjefer i helse og omsorgssektor. Disse kunne videre sette forsker i kontakt med aktuell avdelingsledere. Det var i forkant utarbeidet et informasjonsskriv med kontaktinformasjon til forsker og studieveileder. Det ble i første omgang opprettet kontakt per telefon, hvor neste steg var informasjonsskriv på mail. Første kontakt med kommunalsjefene gikk enkelt for seg, men kontakten videre var krevende og tok lengre tid enn forventet. Dette kan skyldes oppgavens sensitive tema, eller at institusjonene ikke forsto hva studien handlet om. Informasjonsskriv legges ved (se vedlegg1). En annen faktor som spilte inn var vanskelighet grunnet ferieavvikling i perioden det ble først opprettet kontakt.

Datainnsamlingsmetoden for denne forskningen var intervju. Målet med intervjuene var å få innsikt i informantenes meninger, definisjoner, og virkelighetsoppfattning. De ble derfor bedt om å svare så utfyllende, ærlig, utdypende og beskrivende som de kunne. De ble også oppfordret til å eksemplifisere. For studien ble det valgt semistrukturerte intervjuer. Kjennetegn ved disse er at forsker bruker noen forhåndsbestemte spørsmål og temaer (Mehmetoglu, 2004). På denne måten er man ikke låst helt fast i spørreskjema, men har en viss struktur på samtalene. I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide (jf. Vedlegg 2) med bakgrunn i hovedbegrepene ledelse, arbeidsmiljø, sykefravær. Her ble intervju spørsmålene bygget på forskningsspørsmålene slik at svar på dem kunne være mulig. Ønsket var at informantene i størst mulig grad skulle svare og fortelle fritt. Hensikten var en åpen samtale. Fordelen med utarbeidelse av intervjuguide er at informantene har anledning til å oppfatte spørsmålene på samme måte av de fleste informantene (Mehmetoglu, 2004).

I følge Kvale og Brinkmann (2009) finnes det mange former for samtale. Det nevnes i dagliglivet, i litteraturen og i faglige sammenhenger.

I intervjuene la forskeren stor vekt på å holde en hverdagslig tone, og forsøkte gjennom hele intervjuet å vise informantene at forsker kunne identifisere seg med dem. Dette ble gjort for å skape en nær relasjon med informant, preget av trygghet i samtale omkring sensitivt tema. Samtalene var preget av engasjement fra informantenes side. De ga uttrykk for at dette var aktuelt tema for dem i deres hverdag.

Intervjuene ble alle avholdt på informantenes arbeidsplass, på et kontor de selv hadde valgt ut og booket for anledningen. Rommene var luftige og forholdsvis ryddige. Det ene kontoret hadde vindu ut mot kollegers pauserom, noe som kunne vært forstyrrende, men ingen benyttet pauserom da intervju fant sted. Informant og forsker satt med ansiktet mot hverandre. Forsker tok notater på blokk i fanget, men hadde øyekontakt med informant i størst grad.

I to av intervjuene ble samtalen avbrutt av telefon og henvendelse på døra. Disse var ikke forutsett og førte til avbrytelse i samtalen. Avbrytelsene fant sted helt på slutten av begge samtalene. Likevel holdt informant tråden og fokus i samtalen raskt etter avbrytelse.

Som nevnt bar alle samtaler preg av åpenhet omkring tema og spørsmål. Det var en hverdagslig tone mellom informant og forsker. Det var tid under samtalene til refleksjon og tenking. Samtalene hadde en varighet mellom 42min og 1t 17 min. Til alle samtalene var det satt av god tid. Seks av samtalene fant sted i arbeidstid, én utenom arbeidstid.

Intervjuene ble tatt opp på lydfil på mobiltelefon. Transkribering fant sted samme dag for å kunne slette opptakene fortløpende for å sikre konfidensialitet. Underveis i intervjuene ble det også gjort notater. En tid etter intervjuene ble transkriberingene kontrollert og skrevet om til bokmål, og rettet på grammatikk. Transkriberingen er gjort ordrett fra informantenes uttalelser. Derav har sitatene fra informantene et muntlig preg.

Informantene var positive til å bli intervjuet og de ga uttrykk for at temaet var aktuelt for deres arbeidshverdag og engasjerte dem. Alle intervjuene startet med innledende spørsmål som kjønn, stilling, ansinitet, opplevelse på sin arbeidsplass og lignende. Dette skulle bidra til tillitsskapende, løs samtale.

3.3 Datanalyse

Å analysere materialet fra intervjuene var både tid- og arbeidskrevende. For casestudier kreves det ingen bestemte datainnsamlings- eller analyseprosedyrer (Mehmetoglu, 2004). Under intervjuene ble informantenes svar, eller hovedpoenger oppsummert av forsker. Dette for å sikre forståelse av hva informanten hadde sagt. I tillegg ble informant bevist sitt svar og kunne utdype det videre hvis noe var uklart eller manglende. I kvalitativ dataanalyse er man opptatt av å få fram meningsinnholdet i teksten (Johannessen, Kristoffersen, Tufte, 2004). I arbeidet med analysen er det viktig å være bevist at ord kan tillegges flere meninger og fortolkninger snarere enn tall.

Analysearbeidet i casestudier kan betraktes som halvstrukturert. Første del av analyseringsarbeidet var å systematisere arbeidet. I analysen ble det sett etter mønstre med mening. Databehandling går ut på å analysere dataene på en systematisk måte. Datatransformasjon i tillegg har en fortolkningsdimensjon i seg (Mehmetoglu, 2004). For denne oppgaven ble det brukt datatransformasjon. Det vises i denne oppgaven gjennom presentasjon av funnene da forsker der først viser til funn, deretter tolker disse, for deretter å drøfte dem. Det vil bli sett på meningsmønstre, likheter og forskjeller mellom casene. Spesifikk strategi for å analysere data er krysscasse analyse, med andre ord på tvers av case hvor det vil bli sett på da likheter og forskjeller mellom K1 og K2, individ og individ, osv.

3.4 Kvalitetsvurdering av kvalitativ forskning

I dette avsnittet vil oppgavens validitet, reliabilitet og overførbarhet presenteres. De tre begrepene vil bli presentert hver for seg i eget avsnitt. Til slutt vil det komme et delkapittel som tar for seg diskusjon av metode.

3.4.1 Validitet

Begrepet gyldighet, *validitet*, knyttes til hvorvidt svarene vi finner, i forskningen som er gjort, er svar på de spørsmålene som ble stilt (Tjora, 2010, s.206), og representerer virkeligheten (Johannessen, Kristoffersen, Tufte, 2004). Gyldigheten kan styrkes gjennom at forsker er åpen om hvordan forskning praktiseres og ved å gjøre rede for valg som tas (Tjora, 2010). Viktigst, i følge Tjora, er at forskningen pågår innenfor rammene av faglighet, forankret i

annen relevant forskning. Validitet kan omhandle anvendt metode, forsker som person, moralsk integritet med mer (Kvale, Brinkmann, 2009). Validitetsvurderingen inngår i hele forskningsprosessen. Det fungerer som en kvalitetskontroll gjennom hele studien.

I forkant av intervjuene ble det gjort en grundig litteraturgjennomgang omkring oppgavens forskningsspørsmål. Gyldighet av kunnskap er til stede da valg av metode er gjort ut fra oppgavens problemstilling. Forsker av oppgaven er ikke erfaren som intervjuer – noe som kan svekke validiteten. Likevel var intervjuene semistrukturerte, preget av åpenhet omkring sensitivt tema og utfyllende svar. Under intervjuene ble svar gjentatt for å sikre felles forståelse av svar, samt at informant fikk reflektere over egne utsagn og eventuelt utdype svarene sine. Hvert av intervjuene ble innledet med en introduksjon om formålet med studien, oppgavens tema, og min rolle i arbeidet. I tillegg fikk alle informanter utdelt informasjonsskriv om studien med mulighet for å ta kontakt med forsker i forkant hvis noe var uklart. Ved transkriberingen ble det valgt å bruke ordrette sitater fra informanter, dog omskrevet til bokmål. Dette for å sikre anonymitet.

3.4.2 Reliabilitet

Begrepet pålitelighet, *reliabilitet*, er viktig i kvalitativ forskning for å kunne vurdere kvaliteten. For å styrke pålitelighet til kvalitativ forskning kan man gi en nøye beskrivelse av case, og en åpen og detaljert beskrivelse av framgangsmåte gjennom hele forskningsprosessen. Det å kunne gi en fullstendig nøytralisert fremstilling er ikke mulig da alle mennesker er unike og ser med ens egne briller ut fra erfaringer man har gjort seg. Det som vil være viktig med bruk av kvalitativ metode er å kunne gjøre rede for forskers posisjon, og hvordan den kan prege forskningsarbeidet (Tjora, 2010, s.203). Reliabilitet henviser til om et resultat kan gjentas på andre tidspunkt og av andre forskere av den samme metoden (Kvale, Brinkmann, 2009).

Den innsamlede empirien vil være påvirket av forsker, til tross for at forsker forsøker å være nøytral. Dette grunnet forskers tidligere ervervet kunnskaper og erfaringer.

Forfatter av oppgaven jobber per i dag som mellomleder ved institusjon i kommunal helse og omsorgssektor. Etter å ha jobbet med personal og økonomiansvar er det erfart det komplekse omkring arbeidstakeres sykefravær, sykefraværsoppfølging, leders rolle, grensesetting for jobb og privatliv. Interessen for å forske på problemstillingen kom som del av å kunne gjøre

seg erfaringer for å forbedre egen arbeidsplass, men også å kunne finne resultater som viser leders påvirkning av sykefravær med fokus på arbeidsmiljø.

Noe som styrker denne oppgavens reliabilitet er eksempelvis bruken av ”båndopptaker”. På den måten kan man sitere informanten ordrett enn hvis tekst endres grunnet tid. Som forsker kunne jeg fokusere på informant og intervjuet alene, enn å skrive ned min fortolkning av informantens svar. Transkriberingen er utført av forsker alene, og kontrollert i ettertid. Dette kan dog svekke reliabiliteten da fortolkning fra forsker kan være misforstått. Likevel er transkriberingen utført så ordrett som mulig da den ble skrevet om til bokmål. Samtidig kan det tenkes at det er en styrke at transkriberingen er utført av en person da samme fortolkning er hos alle informanter. Videre ble transkriberingen utført like etter utført intervju, noe som er positivt for reliabiliteten.

3.4.3 Overførbarhet

En undersøkelses overførbarhet dreier seg om dens evne til å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som kan være nyttig i andre sammenhenger og spørsmål (Johannessen, Kristoffersen, Tufte, 2004). Eksempelvis en studie om arbeidsmiljøet i statlig helsesektor kontra arbeidsmiljø i kommunal byggesektor. Ved kvantitativ studie derimot vil det dreie seg om generalisering, dog vil ikke overførbarhet være begrenset til kvalitative undersøkelser alene. Resultatet ved kvantitative undersøkelser vil kunne være overførbare ved beslektede fenomener (Johannessen, Kristoffersen, Tufte, 2004).

Tjoran (2010) diskuterer nødvendigheten av generalisering i kvalitativ forskning som alternativ til overførbarhet. Han mener generaliserbarhet er godt etablert som kvalitetsindikator for forskning, og at i begrepet overførbarhet ligger det en innsnevring av hva form for generalisering man kan tenke seg fra kvalitative studier (Tjoran, 2010, s.208). Han skisserer tre former for generalisering i kvalitativ forskning:

- Nautralistisk generalisering: er når forsker har gjort rede for detaljert beskrivelse slik at leser selv kan vurdere gyldigheten.
- Moderat generalisering: er når forsker selv beskriver i hvilke sammenhenger resultatene vil være gyldige.
- Konseptuell generalisering: er når man i kvalitativ forskning utvikler konsepter, teorier eller typologier som kan være relevante ut over akkurat det det er forsket på.

Det er ikke mulig å ha full oversikt over et fenomen (Johannessen, Kristoffersen, Tufte, 2004). Allerede når forfatter av oppgaven laget spørsmålene til intervjuet var det forhåndsbestemt hva det ønskes å vite noe om og ikke. Dermed kommer det ikke annet med i forskningen. Det er forfatters forhåndsoppfatninger som presenteres. Forskers briller eller bagasje preger hva som etterspørres (ibdi). Det er viktig at forsker er bevist dette når resultatene skal presenteres.

Det er vanskelig å si hvilken overførbarhet denne studien kan ha for annen forskning. Likevel må paralleller mellom statlig og kommunal helsesektor kunne sees på noen områder. I tillegg kan det tenkes at overførbarhet til annen kvinnedominerte yrker som førskolelærere, være gyldig. Oppgavens relevans for annen virksomhet vil jeg komme tilbake til i sluttkapittelet.

3.4.4 Diskusjon av metode

Fordelen med bruk av denne metoden har vært ved at informantene har hatt mulighet til å besvare spørsmålene fritt, samt justert sine svar da forsker har gjentatt deres svar for bekreftelse av felles forståelse. Det kan ha bidratt til at informantene har åpnet seg omkring oppgavens sensitive tema, samt at de har fått tid og mulighet til å reflektere over egne svar og opplevelser.

Det at samtalene ble avholdt på deres arbeidsplass, ansikt til ansikt kan ha bidratt til trygghet for informantene da de var på kjent territorium. I tillegg har forsker hatt mulighet til å kunne registrere kroppsspråk, stemmebruk og ansiktsmimikk. Dette er ikke noe som har vært mulig å registrere ved en kvantitativ forskningsmetode. Likevel er ikke disse detaljer vektlagt stort videre i oppgaven annet enn lange refleksjonspauser av informantene.

Hadde en kvantitativ metode blitt anvendt for oppgaven kunne et større representativt utvalg blitt presentert, men da ville det ikke vært mulig å beskrive eller forstå informantenes budskap. På denne måten har forsker kunnet fange opp nyansene i informantenes beskrivelse, og informantene har kunnet utdype sine svar. Gjennom den kvalitative metoden har forsker kunnet møte informantene i sitt miljø.

Utvalg av informanter ble gjort av avdelingslederne, dog med ønske fra forsker om en med høy og en med lav ansinitet av sykepleierne. Likevel kan det tenkes at disse informantene er valgt ut på bakgrunn av at disse vil gi synspunkter som leder *ønsker* skal fremkomme snarere enn det som faktisk er. Samtalene bar allikevel preg av åpenhet og ærlighet.

En begrensning for denne oppgaven kan være at alle informantene var kvinner, noe som kan ha påvirket resultatet. I forhold til oppgavens overførbarhet er det kanskje en svakhet at det er relativt få informanter som resultatgrunnlag. Likevel er svarene til dels representative da helse og omsorgssektoren er representert med hele 80% kvinner.

3.5 Etiske refleksjoner

Oppgavens tema er ansett som sensitivt. I forkant av intervjuene ble det søkt godkjenning fra Personvernombudet for forskning Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS. Navn på informantene eller aktuelle kommuner blir ikke referert til. I arbeidet med intervjuene er informantene anonymisert og ikke gjenkjennbare. All materialet fra intervjuene ble slettet etter transkribering, transkriberingsdokumentet var lagret på forskers PC med passord for å åpne.

Forskere fokus på konfidensialitet i forkant av intervjuene kan ha bidratt til å skape trygghet og tillitt hos informantene slik at åpen og ærlig samtale kan ha funnet sted.

Selve transkriberingen er utført så ordrett som mulig for å vise til faktiske utsagn til informant, dog med små endringer da språket er omgjort til bokmål.

Forsker har gjennom hele oppgaven forsøkt å være bevisst sin egen fortolkning og holdning omkring oppgavens tema. Det er ikke mulig å være helt nøytral som forsker da ethvert menneske innehar sine referanser og erfaringer. Det er gjort en presentasjon av forfatter i oppgaven. Forsker har kortvarig erfaring som leder i helse og omsorgssektor, men noe lengre erfaring som sykepleier i somatisk sengepost. På denne måten innehar forsker erfaring fra begge sider av arbeidslivet. Likevel har intervjuene vært på informantenes premisser hvor meningen har vært at de åpent skulle komme med sine svar, noe forsker har vært bevisst.

3.6 Beskrivelse av Nærværprosjektet

Case 1, refereres som K1, hadde siden 2011 drevet et såkalt Nærværprosjekt som har vist positive resultater på fraværstatistikken. Beskrivelse av dette prosjektet ble gjort i intervju med prosjektleder, refereres videre som P1.

I 2011 gjennomgikk case 1 en omstilling med nedleggelse av sykehjemsavdelinger og flytting. Dette førte til at ansatte ble omplassert fra sin arbeidsplass til nytt sykehjem. I denne omstillingen ble det opprettet en prosjektstilling hvor hovedformålet var å være lederstøtte til øvrige ledere i kommunen med tanke på sykefraværsoppfølging. Prosjektleder hadde og har

en genuin interesse for sykefravær og personalledelse og hadde erfaring både som sykepleier og leder over flere år. Hun var med på å forme sin stilling, med mål om å kunne tjene inn sin egen lønn. Poenget var at prosjektet skulle være lønnsomt. Prosjektleders jobb gikk ut på å bistå i sykefraværsoppfølging som konsulent og kurs, men også rent praktisk gjennom søking av tilretteleggingstilskudd eller søke fritak fra arbeidsgiverperioden på kommunens ansatte. Dette i tillegg til det overordnede målet som var å redusere sykefraværet. Den gang, i 2011, fikk kommunen sanksjoner hvis ledere ikke fulgte opp den sykemeldte korrekt med oppfølgingsplaner og lignende fra NAV, noe som var kostbart for kommunen. Det ble holdt holdningskurs for ansatte i kommunen, opplæring av ansatte og ledere med tanke på plikter og rettigheter som IA bedrift. Det ble laget rutine hvor leder skulle ta inn enhver ansatt som hadde hatt fire egenmeldinger til samtale for tidlig å kunne fange opp ansatte som sliter. Målet med denne rutinen var å komme i gang så tidlig som mulig for å ivareta arbeidshelsen til de ansatte. Dette ble dog dårlig fulgt opp da det ikke var forankret godt nok. Det medførte en del merarbeid for avdelingslederne som ikke gjennomførte dette systematisk – resultatene ble heller ikke godt nok etterspurt i organisasjonen. Det var ingen form for måling av resultater som gikk direkte på utførelsen av denne rutinen. Dette var bakteppet for Nærværsprosjektet.

Sykehjemmet, case 1 i denne oppgaven, tok kontakt med prosjektleder høsten 2014 grunnet et dramatisk høyt sykefravær, opp mot 30% fravær på enkelte avdelinger. Case 1 hadde denne høsten gått gjennom ny omstilling og hatt fravær av ledelse over ei tid. Prosjektleder ble den gang kontaktet av enhetsleder ved sykehjemmet. De går så i gang med å være tettere på de ansatte ved sykehjemmet med Nærværsprosjektet.

For de ansatte holder prosjektleder og representant fra NAV arbeidslivssenter et obligatorisk refleksjonskurs for alle ansatte om holdninger – med overskriften; Gjør det noe om jeg kommer på jobb?

Dette kurset var forankret høyt oppe i ledelsen i kommunen, helt oppe på rådmannens nivå. Han deltok på dette kurset. Endringen på kurset de nå avholdt fra tidligere var at det ble gått hardere ut og mer inngående kurs på hva som er arbeidstakers plikter. Etter at kurset var avholdt hadde prosjektleder og enhetsleder samtaler med hver enkelt ansatt. Skjema med spørsmål og tema var utarbeidet av prosjektleder som de ansatte fikk utlevert i forkant. Det omhandlet spørsmål om organisatorisk, fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, og hvordan de egentlig hadde det på jobb. I tillegg ble det vist til den enkelte ansattes fravær over gitt tid.

Forklaringen til hvorfor enhetsleder var tilstede under disse samtalerne var at noen avdelinger hadde vært og var uten avdelingsleder. Samtalene var konfidensielle og det ble skrevet referat som skulle tas opp til neste samtale seks måneder senere. Første samtale tok om lag 60 min. Etter gjennomføring av samtalerne med de ansatte ble det avholdt en fagdag med resultatet av det som kom opp i samtalerne og arbeidsmiljø som tema. Her hadde de hentet inn kursholdere fra bedriftshelsetjenesten og NAV arbeidslivssenter. Også her med fokus på hva arbeidstaker plikter til.

Videreføringen av dette prosjektet er samtaler med hver enkelt ansatt hver 6.mnd. Samtalene videre skal være med avdelingsleder og den ansatte. Da hentes referat fra tidligere samtale opp, samt fraværstatistikk siden siste samtale. Fokus på dette med arbeidstakers fravær er tenkt å skulle være med på å fange opp ansatte som kan trenge hjelp i sin arbeidshelse, samt en bevisstgjøring.

Prosjektet har per i dag gått over i ordinær drift hvor fortsettelsen nå skal være Nærværssamtaler hver 6 måned. Disse samtalerne er mer preget av hva arbeidstaker har på hjerte, til motsetning til medarbeidersamtale hvor det forventes tilbakemelding fra leder til ansatte også.

Prosjektleder legger til at for å kunne gjennomføre Nærværprosjektet ved case 1 da de ble kontaktet i 2014 hadde de måttet gå de årene siden 2011 først. Det var med på å gjøre dem ”tøffere” i sine kurs og i samtaler med de ansatte. Det var en modningsprosess både hos ansatte, ledere og prosjektleder i løpet av disse årene.

Resultatet ett år etter prosjektleder ble kontaktet av sykehjemmet har vært en fraværstatistikk på 13,6% totalt på hele sykehjemmet i 2014, mens totalt på hele sykehjemmet i 2015 er på 9.9%.

4. Funn og drøfting

I dette kapitlet vil intervjuenes funn presenteres, tolkes og drøftes. Oppbyggingen av oppgaven videre vil være å presentere funn fra casene hver for seg, etter forskningsspørsmålene. Etter at funnene er presentert vil de bli tolket. Etter dette vil det være et delkapittel som sammenligner funnene fra case 1 og case 2. I dette avsnittet vil også funnene drøftes opp mot presentert teori.

Informantene er kodet med aktuelt case først (eks. K1 eller K2), videre med L1 (for leder 1), P1 (for prosjektleder 1), M1 eller M2 (for medarbeider 1 eller 2).

Utelatelse av tekst i sitatene er merket med ...

Delkapitlene deles inn slik:

1. Arbeidsmiljø, hva er viktige friskfaktorer og energitappere?
2. Ledelse, hva er ledelsens oppgave og betydning for helsefremmende arbeid i forhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær?

4.1 Arbeidsmiljø

I dette delkapitlet vil funn omkring arbeidsmiljø bli presentert. Her vil funn fra forskningsspørsmål 1 drøftes i sammenligningskapitlet.

4.1.1 Case 1 – Hva er viktige friskfaktorer i arbeidsmiljøet?

Et av hovedtemaene ved intervjuene var arbeidsmiljø. Informantene ble bedt om å beskrive friskfaktorer i sitt arbeidsmiljø.

”... når folk viser sitt engasjement, når de gjør det lille ekstra i avdelingen for pasientene eller kolleger som å lage noe godt til kveldsmat, vanne blomster, steker egg, gjør det lille ekstra utenom minstekravet ... Da får mann energi fra dem. Deres overskudd smitter.... Jeg har fått hyggelige meldinger fra mine ansatte, og skrevet på skiltet mitt utenfor. ”Velkommen tilbake fine XXX,” Da er dagen god fra starten.”(K1-L1)

Friskfaktorer denne lederen viser til er *engasjement, overskudd, energi, og hyggelige meldinger*. Engasjement, overskudd og energi tolker forsker som positive holdninger i arbeidsmiljøet. Ut fra hva denne lederen sier forstås det lille ekstra som positive boostere i arbeidsdagen som å overraske med et felles måltid, i tillegg til positive holdninger og ord som smitter i personalgruppen. Dette skulle bidra til smittende positiv energi. De hyggelige meldingene hun refererer til kan tolkes som grunnlag for *god kommunikasjon* mellom leder og ansatt.

”Det gir energi at rutiner er på plass, at arbeidet er stabilt både med at alle er tilstede som ledelse og ansatte ... Forutsigbarhet gir trygghet. Det gir energi. Man vet hva man har å forholde seg til, da vet man hva som kommer. Stabilitet. Ellers er det at personalgruppen kan være sosiale sammen, at man holder seg i form, man kan lage kollegakvelder som lønningspils ... Man kan ha felles trimturer, gå til jobben. Det kan både vi og ledere ta initiativ til.” (K1-M1)

Informanten viser til friskfaktorer som *rutiner, stabilitet, nærvær av ledelse og ansatte, forutsigbarhet, trygghet, sosiale sammen- også utenfor arbeidstiden, fysisk form*. Det denne arbeidstakeren sier som viktig friskfaktor for henne er trygghet i sin arbeidsdag gjennom å ha stabil ledelse og kolleger, rutiner som gir forutsigbarhet noe som går inn på de *organisatoriske forholdene* på arbeidsplassen. Dette i tillegg til sosiale tilstelninger med kolleger utenom arbeidstid i form av lønningspils eller fysisk aktivitet.

”Det at man kan bry seg om hverandre, spør hvordan det står til med hverandre, at det er rom i arbeidsdagen til at man kan sette seg ned noen minutter sammen og snakke om vær og vind i stede for full fokus på pasientene ... Så det å kunne se hverandre, og også det å kunne gjøre ting utenfor arbeidstid også. Det er både for og imot på det og da selvfølgelig da noen synes det kan bli for mye å henge sammen først på jobb så også på fritiden. Det lille ekstra som å ta med ei kake på personalmøte, at ja, litt utenom jobb ting, at det ikke bare blir alvor hele tiden tror jeg er litt viktig. Og klart humor, at ikke alt blir trasig og trist. Trygghet på jobben med god opplæring så man ikke er nervøs. Andre energiboostere er jo sånn som Nærværsprosjektet hvor vi fikk en fagdag, vi fikk utvikle oss.” (K1-M2)

Denne informanten nevner mange av de samme friskfaktorene som sine kolleger som: *bry seg om hverandre, sosiale utenfor arbeid, det lille ekstra, humor, trygghet, fagdag, utvikling*. Her forstås det slik at for denne informanten er trygghet i arbeid viktig gjennom god opplæring, men også det å kunne utvikle seg videre. Det nevnes også det sosiale kollegiale samholdet etter arbeidstid som en friskfaktor, noe som bidrar til å ha fokus på mer enn alvoret hennes jobben er preget av. Det nevnes, i tillegg til det sosiale, det å se hverandre. Det vil være noe mer enn en enkel kopp kaffe og sosial sammenkomst. Det å se hverandre menes som noe dypere og inngående – som en venn og medmenneske, ikke bare kollega. Informanten nevner ikke å bli sett av leder spesifikt, men også av andre ansatte. Når Nærværprosjektet nevnes var det ikke innsatsen ovenfor avdelingens sykefravær som var i fokus, men heller det å ta del i fagdag – noe utenfor den vanlige arbeidsdagen som friskfaktor. Dette kan tolkes som *variasjon i arbeidsdagen*. I tillegg legger informanten til, på spørsmål om hvordan sykefraværet oppleves på deres arbeidsplass;

”Vi bærer litt preg av at vi er to poster som ble slått sammen for kort tid siden og det var nok i den forbindelse at sykefraværet skøyt i været! Utfordringer var å få flettet og sveiset sammen personalet fra de to postene, både rutiner, arbeidskultur og arbeidsrytme, bli kjent og slikt er ikke gjort på en dag!” (K1-M2)

Her viser hun til et eksempel på hva ustabilitet i arbeidsstokken førte til hos dem ved omstillingen som ble gjort. På spørsmål om hvilken grad av involvering ved endringer de føler de har, svarer informant

”... at vi involveres mye på personalmøte eller daglige møter. Som regel blir vi enige, og da er det flertallet som bestemmer. Da blir det nedskrevet og vedtatt. Ikke alltid vi er enige, men vi blir hørt. Vi blir oftest tatt med på evalueringene enn planleggingen.” (K1-M2)

Informanten her viser til stor grad av *egenkontroll* i den normale arbeidsdagen, men ved store omstillinger og endringer tas de oftest med på evalueringen snarere enn informasjon før og underveis i prosessen lik omstillingsprosessen de hadde vært gjennom.

”Det grunnleggende med orden og struktur tror jeg det må være. Folk må ikke plages med tull, det må være system ... og dette med ros og det å bli sett og få skryt, det med

feiring! Feire små seire ... finne lyspunkter... grip dem i noe positivt, skryt uhemmet av folk. Finne på gøy ting... Tid til refleksjon, det har vi alt for lite av i dag. Samles og enten reflektere over opplevelser på avdelingen, eller case. Det ble etterlyst i samtalen, da lærer man hverandre mer å kjenne. Internundervisning er også veldig nyttig. Da kan man bruke hverandre, la folk få vise hva de kan! La dem skinne litt.”
(K1-P1)

P1 nevner friskfaktorer som *orden, struktur, ros og skryt, feiring, refleksjon, internundervisning*. Prosjektleder nevner mange av de samme friskfaktorene som sine kolleger fra case 1, men legger til refleksjon som her også kan forstås som debrifing i et yrke preget av tunge opplevelser og tøffe livssituasjoner. Dette viste også teorien, at psykisk påkjenning preget arbeidstakeres psykiske helse. Det var lite rom for refleksjon og debrifing i denne sektoren. Likevel er det rart at arbeidstakere selv ikke nevner dette i intervjuene. Det kan være at det heller nevnes som friskfaktor hvis det er noe som er til stede ved deres arbeidsplass, mens her er det ikke en del av det. Det ble heller nevnt samtaler ”om vær og vind” snarere enn refleksjon omkring sin arbeidsdag og påkjenninger de måtte stå i.

4.1.2 Case 2 - Hva er viktige friskfaktorer i arbeidsmiljøet?

Samme spørsmål ble stilt til informantene i case 2.

”... ja, det er jo et godt arbeidsmiljø. Det er at man trives og har det bra. Man kan ikke få alt som man vil, men at man får litt av og til ...” (K2-L1)

Denne informanten brukte lang tid på å tenke ut dette svaret. Friskfaktorer som her nevnes er *trivsel, ha det bra*. Disse to skulle lede ut i et godt arbeidsmiljø i følge informant. Det å ha det bra på arbeid er subjektive beskrivelser for enhver ansatt, hvor dette ikke er et universelt svar, og derfor vanskelig å tolke når L1 ikke kunne utdype det noe nærmere. Det som er bra for en arbeidstaker trenger ikke være det som er bra for en annen. Likevel svarer samme informant på spørsmål omkring hvordan hun opplevde arbeidsmiljøet var på arbeidsplassen dette:

”... det er litt det at vi kjenner hverandre veldig godt siden vi ikke er så mange ansatte. Den siste nyansatte var i 2011, det er klart at da har alle lang erfaring sammen og lang tid på å bli kjent og vant til hverandre. De er erfarne sammen. De ser

på hverandre om de har en dårlig dag eller ikke. Litt det med å kunne av og til le og hygge oss ...” (K2-L1)

Med dette demonstrerer hun en arbeidsplass med *stabil arbeidsstokk* som *kjenner hverandre* godt, både hvordan de jobber sammen med tanke på *rutiner*, hvordan de kan ta hensyn til hverandre ved dårlige dager gjennom å *se hverandre*, og har rom for både latter og alvor i arbeidsdagen. I samme spørsmål viser hun til en fraværstatistikk som ligger normalt rundt 7-8% totalt sykefravær – noe hun beskriver som veldig bra. Samme informant svarer på spørsmål om omlegginger dette:

”... I kommunen har vi hatt to store omstillinger og begge gangene ble det satt ned en gruppe av ansatte som så på løsninger...” (K2-L1)

Informanten her viser til at de ansatte selv må finne veien til løsningen når de har fått en gitt fasit fra politikerne i kommunen. Her viser informanten til de ansattes *grad av egenkontroll*. Videre sier informanten om friskfaktorer

”... I tillegg så har vi en veldig grei ordning med avspasering hvis de kjenner at de kan jobbe seg inn fri...” (K2-L1)

Her viser hun til at *arbeidstid* kan være en friskfaktor gjennom at arbeidstakere kan ”hente seg inn” når de måtte ha behov for det. Informanten nevnte ikke dette som spesifikke friskfaktorer, men av litteraturstudien nevnes disse faktorene.

”... For meg er det viktig at jeg har en sjef jeg kan komme og tømme meg til. Det kommer ikke videre etter at jeg har tømt meg til henne. Det er ikke alltid hun har noen gode svar eller løsninger, men det er godt bare å få blåst ut- det kan holde bare det av og til. Hun tar det for det det er, og er det noe hun kan løse så gjør hun det.... Følelsen av betydning, at jeg er viktig her på arbeidsplassen min, og at jeg vet jeg kan jobben min og er trygg på den. Jeg har masse å lære, men jeg mestrer den...” (K2-M1)

For denne informanten nevnes disse friskfaktorer: *tilstedeværende ledelse, få utløp for frustrasjon, tillitt, følelse av betydning, trygghet, mestring*.

Informanten nevner at det er ikke alltid viktig at alle problemer løses, men at det finnes en kanal å kunne blåse ut frustrasjoner, slik som til sin sjef. I det samme legger hun til at det må være tillitt mellom henne og leder – at ikke leder går videre med taushetsbelagt informasjon,

at hun er til å stole på. Dette kan være en måte å uttrykke friskfaktoren *refleksjon eller debriefing*. Dog nevner informanten dette i sammenheng med samtale med sin leder og ikke personalgruppen for øvrig. Det var også viktig å kjenne seg betydningsfull for arbeidsplassen. Også her ble trygghet omkring sine arbeidsoppgaver nevnt, noe som henger sammen med mulighet til å tilegne seg ny kunnskap også.

”... kollegial gjeng med humor, som ler sammen. Og at vi blir rettferdig behandlet av kollega og leder. Mest tenker jeg på kjemi mellom kollega, hvordan man har det sammen, men også det å ha noen å reflektere sammen med. Man kan rause av seg, men så har vi det greit, men også sammen med leder. Jeg forventer av leder at hun hører på meg, ikke at hun alltid har svarene. Noen ganger holder det at man får skreket fra seg, så er det liksom greit, men også at ikke arbeidsmengden er uoverkommelig! Den må være slik at man mestrer den, at det ikke er tungt å komme på jobb. ” (K2-M2)

Her nevnes friskfaktorer som *humor og latter, rettferdig behandling, utløp for frustrasjon, god kjemi, passende arbeidsmengde, mestring av arbeidsoppgaver*.

Informanten nevner her mange av de samme friskfaktorene som sin kollega. Mest understrekes det å ha en leder som er tilstede som hun skal kunne tømme seg til når frustrasjonsnivået blir for stort, i tillegg til ledelseskvaliteter som rettferdig behandling, lydhør, forståelsesfull, og nærvær. Som eneste informant nevner denne at arbeidsmengden skal være overkommelig slik at hun kan mestre den, og på den måten ikke trenger grue seg til å komme på jobb. Dette sees i sammenheng med organisatoriske forhold som friskfaktor.

4.1.3 Sammenligning og drøfting av friskfaktorer mellom case 1 og case 2

Under vil funnene fra de ulike casene presenteres i tabellform. Her vil det fremkomme hvilke avvik som er fra hver av casene. Avvikene som ikke er presentert likt i begge casene trenger ikke utelukkende bety at disse friskfaktorene ikke er gjeldende på begge arbeidsplasser. Det er forskningsspørsmål 1 som blir undersøkt av funn og drøftet mot teorien. Friskfaktorer og energitappere kan på mange måter sees på motsettende hvor det som ikke nevnes som friskfaktor kan bety at for aktuelt case er det en energitapper og visa versa.

Tabell 3, Oppsummering av funn fra informanter om friskfaktorer.

	Funn Case 1	Funn Case 2
	<ul style="list-style-type: none"> - Positive holdninger - Rutiner - Anerkjennelse - Stabilitet - Trygghet - Sosiale sammenkomster (i og utenfor arbeid) - Humor - Faglig utvikling - Ros & skryt - Refleksjon - Egenkontroll - Organisatoriske forhold 	<ul style="list-style-type: none"> - Trivsel - Utløp for frustrasjon - Tilstedeværende ledelse - Tillitt - Følelse av verdi - Trygghet - Mestring - Humor - Rettferdig behandling - Refleksjon - Passende arbeidsmengde - Stabilitet - Arbeidstid - Organisatoriske forhold
Avvik mellom casene	Rutiner Faglig utvikling Sosiale sammenkomster	Passende arbeidsmengde Mestring Rettferdig behandling Tillitt Utløp for frustrasjon

Ut fra funnene over ser vi at case 1 og case 2 har flere informanter nevnt mange av de samme friskfaktorene. I følge boken Friskfaktorer av Abrahamsson (2003) er friskfaktorer ikke noe man finner i arbeidsmiljøet alene. Case 1 nevner det å kunne ha sosiale sammenkomster utenfor arbeidstiden som friskfaktor. Det nevnes også samtaler ”om vær og vind” slik at ikke hele arbeidsdagen var med full fokus på arbeid alene. Dette var dog ikke en friskfaktor case 2 nevnte spesifikt, men heller det å kunne ha humor og godt kollegialt samspill. Begge disse faktorene går ut på å ha en relasjon til sine kolleger, at man kjenner dem godt. Case 2 viste til at de ikke hadde hatt en nyansettelse siden 2011 hvor dette kan ha ført til stor grad av stabilitet på arbeidsplassen da de ansatte har kunnet bli kjent med hverandre og utarbeidet rutiner alle kjenner godt til. Ser man dette i tillegg til Case 2 sitt lave sykefravær viser de til stor grad av stabilitet i arbeidsstokken. Case 1 hadde vært, i forkant av Nærværsprosjektet, gjennom en periode med større og mindre omlegginger. Informant fra case 1 viste til at sykefraværet i denne prosessen eskalerte, og endret deres arbeidsdag slik at den følte utrygg.

Dette kan være en medvirkende årsak til å uttrykke friskfaktoren om sosiale sammenkomster da de er i behov av å bli kjent med nye kolleger.

Det norske helsevesenet har, som nevnt, gått gjennom store omstillinger de siste årene. Norsk sykepleierforbund viser til en pleiegruppe som strekker seg lenger grunnet de nye krav som stilles (Viken, Haukelien, Bakken, 2004). I Case 1 viser de til å ha vært i en prosess med omlegging. Informantene her forteller om stor grad av påvirkning av egen arbeidsdag, dog når det gjelder deres normale arbeidsdag hvor det er snakk om endringer av interne rutiner og pleieplaner som gjerne tas opp ved postmøte. Store omlegginger legger de til at de oftest deltar på gjennom evalueringen. I Null-punkt-undersøkelsen av Grimsmo og Sørensen (2004) støttes det store fraværet til case 1, i forkant av nærværprosjektet, med manglende medvirkningsmuligheter og store omstillingsbelastninger som tap av kollegial tilhørighet og nærledelse. Til motsetning fra case 1 løste case 2 omleggingsprosessene sine med at de ansatte selv måtte se på løsninger og på den måten kunne kjenne på kontroll i situasjonen. De har dermed hatt en større påvirkning av egen framtidig arbeidsdag, noe teorien også viser positivt for arbeidshelsen. Informantene nevner også faktor som stabilitet som viktig friskfaktor. Denne sees i sammenheng med omleggingsprosessen case 1 har gått gjennom da dette var funn fra case 1 alene.

Case 1 nevnte især viktigheten av å ha rutine på plass som friskfaktor, da det ellers kan føre til kaos og uoversiktlig arbeidsdag som igjen skaper utrygghet i arbeidsdagen. Likevel kan det tenkes at rutiner ikke nevnes fra case 2 da dette kan føre til mindre grad av egenstyrt arbeidsdag som teorien viser gir økt risiko til helseproblemer. Dette er dog noe som kan være motstridende med tanke på en inspirerende arbeidssituasjon. Rutinepreget manuelt arbeid var forbundet med store sykefraværstall. Likefullt, som informantene påpeker, kan en arbeidsdag i helsesektoren bare planlegges til en hvis grad, dog kan det tenkes at når rutiner ikke er på plass vil det også være en energitapper. For case 2 kan deres rutiner være på plass etter mange år med stabilitet både med tanke på omlegginger og nytilsatte, noe som kan være årsak til at nettopp dette ikke nevnes som friskfaktor.

Lindahl (2006) viser til funn etter omlegging som sier at de ansatte nå må i møter de ikke oppfatter som nødvendig, nye rutiner og arbeidsoppgaver. Informantene fra case 2 nevner flere ganger betydningen av at arbeidsdagen må gi mening og mestring. I følge folkehelse rapporten er det å være i jobb viktig for den sosiale identiteten til mange.

Sykepleiere har gjennom utdanningen fått en profesjonsstolthet som vil være en del av deres

identitet. Etter endt utdanning vil man strekke seg etter profesjonens beste holdninger som å sette pasientens behov først. Eivor Hofstads (2014) reportasje viste til at i tider med innsparing var tiltak som kurs og annet påfyll nedprioritert, og ofte knipes det om ressurser til ivaretagelse av personell. Friskfaktor som flere av informantene refererte til var 1. mulighet for debrifing og tid til refleksjon, og en kanal å få utløp for frustrasjon, men også 2. å kunne få faglig påfyll slik at de kunne være trygge i jobben sin og mestre den. I samme reportasje ble det vist til samtaler med sykepleiere som uttrykte at de har fått dårlig mestringsfølelse, kjenner seg svake, og ønsker å slutte i jobben da de mangler kanaler for å reagere på den jobben de står i. Dette er et varsku som må tas på alvor med tanke på den sykepleiefaglige mangelen det spås om få år. Dette kan man trekke videre med tanke på personlig identitet. Ut fra Maslows behovspyramide vil behov 4 og 5 (se avsnitt 2.3) være avgjørende i arbeidssammenheng. Sykepleiere har en yrkesstolthet som kan være det som gir dem verdi. Willadssen (2014) skriver at betydningen av indre motivasjon er av størst betydning for arbeidsglede, hvor motiverende faktorer vil være faglig utvikling, fellesskap og anerkjennelse – som igjen gir meningsfylt arbeid. Dette beskriver også informantene at deres følelse av verdi og å gjøre en viktig jobb, både for sin arbeidsgiver, men også for pasientene. Tidsklemma, og de økonomiske rammene trenger ikke stå i stil med de faktiske kravene som settes, både av arbeidsgiver, men også av arbeidstaker selv slik påpekt av informantene. Da kan dette resultere i det motsatte av friskfaktor, nemlig å bli energitappende.

Videre om omleggingsprosessen i det norske helsevesenet skriver Ingstad (2010) i sin artikkel at desentraliseringen av hierarkiet i helsevesenet har ført til at sykepleiere har dårligere kontakt med sine ledere da de nå er opptatt med administrative oppgaver og fraværende. Funnene fra informantene sa at en friskfaktor var alfa og omega å ha ledelse tilstede. Gjennom dem kunne de få bekreftelse og deretter få mestringsfølelse, stabilitet i hverdagen, en kanal å få utløp for frustrasjoner på, og tilpasset arbeidsmengde. Gjennom ledelseskvaliteter som å være lydhøre på tilbakemeldinger om arbeidsmengde til de ansatte kan leder tilpasse de organisatoriske forholdene for slik at arbeidsmengden blir overkommelig.

Dette ble også nevnt av case 2, at en friskfaktor var å ha en leder eller kollega som de kunne tømme seg til. Forventningene var ikke alltid at de skulle løse et problem, men å ha et forum for å få utløp for frustrasjon. Dette igjen hang tett sammen med å bli sett og hørt av sin leder som sees som ledelseskvaliteter vist i teorien.

Fra case 2 kom det fram betydningen av å føle seg viktig og verdifull for arbeidsplassen. Dette kan sees i sammenheng med belønning enten det er i form av fysisk ting, eller anerkjennende ord og bekreftelse fra leder. Dette til forskjell fra case 1 som informant mente dette var vel så viktig å kunne gjøre kolleger mellom, og ikke nødvendigvis fra leder. Med denne desentraliseringen Ingstad (2010) beskriver vil det også være vanskelig for nærleder, opptatt med administrative arbeidsoppgaver, å være oppdatert på faktisk arbeidsmengde for de ansatte. Det viser til at omleggingen også er utfordrende for ledere i helsevesenet da de er bundet opp mot stramme økonomiske rammer, vansker med å følge opp arbeidsmengde til personalet, for så å kunne gjøre noe med problemet. Fra case 1 uttrykte L1 dette:

”... Det går ut over de andre tre som må jobbe tungt med pasienter. På grunn av stramme økonomiske rammer er det ikke lett å leie inn ekstra når vi skal tilrettelegging, det er ikke så lett å tilrettelegge uten av det går ut over det andre personalet og pasientene...” (K1-L1)

Med dette sier hun at for å kunne tilrettelegge for å holde arbeidstaker i arbeid, som er bra for helsen i seg selv, er det vanskelig på grunn av de stramme økonomiske rammene hun er pålagt å forholde seg til. Det viser til utfordringen med tilførte ressurser ikke står i stil med de krav hun er underlagt.

I følge Hackett og Bycio (1996) sin studie viste til et nødvendig såkalt ”mestringsfravær” bland engelske akuttstusykepleiere. Dette bidro til å forebygge langtidsfravær. Lederne fra case 1 og 2 opplyste om at en mulig måte de tilrettelegger for å unngå sykefravær var gjennom avspaseringsordninger. De forsøkte da å strekke seg langt for å frigjøre den ansatte etter de behov de meldte om. Dette kan sees i sammenheng med det teorien viser om arbeidstid som friskfaktor. Dette vil være en ledelsesoppgave å skulle tilrettelegge for, men også forebygge. Mestringsfravær kan også sees i sammenheng med det forsker skrev over omkring arbeidsmengde, hvis arbeidsmengden blir for stor over tid kan det tenkes at et mestringsfravær vil melde seg.

Mange av de nevnte friskfaktorene fra informantene handlet mye om ledelseskvaliteter. Med tilstedeværende ledelse oppnås mange friskfaktorer som trygghet, stabilitet, anerkjennelse, mfl.

4.1.4 Case 1 - Hva er viktige energitappere i arbeidsmiljøet?

Til motsetning for friskfaktorer ble informantene også bedt om å beskrive energitappere i sitt arbeidsmiljø.

” Energitappere er når man ikke følger rutiner som er bestemt... Da bruker jeg mye energi på å forklare hvorfor vi har gitte prosedyrer og ikke kan endres plutselig av alle. Også konflikthåndtering er energitappende. Hele dagen kan ødelegges av det. Men vi er forskjellige. Noen er født som kverulanter. Uansett hva du sier skal de kverulere mot. De kommer dagen etter bestemte rutiner å kverulerer mot. Det er negativt. Meningsløs jobb, respektløs jobb, tar energi for å bygge dem opp igjen ...”
(K1-L1)

Informanten her nevner energitappere som *rutinebrudd, konflikthåndtering, kverulering, meningsløs jobb, respektløs jobb.*

Leder nevner her flere energitappere blant annet konflikthåndtering. Her tolker forsker det dit at dette kjennes som meningsløs jobb, og at konflikten i seg selv er energitappende da det skaper dårligere samarbeid og kommunikasjonen blant kolleger. Med meningsløs jobb forstår forsker også arbeid som er ”bortkastet” for informanten. Eksempel på dette er som demonstrert i teorien all rapporteringer som ledere i dag må gjennom, eller møter som ikke er nyttig for hennes utøvelse av ledelse.

” Det er eventuelt når det er for lite folk på arbeid som fører til meransvar og merarbeid på enkelte av de som er igjen. Det kan være dårlige rutiner som ikke er på plass. Da føler man på usikkerhet og det er energitappende... Det å mangle ledelse er energitappende, det kjennes ikke stabilt da. Ellers kan det være når noen er negative til alt, de som ”offer” og ”stønner” før jobben er begynt. Det er blitt bedre etter nærværsprosjektet...” (K1-M1)

Her nevnes energitappere som *stor arbeidsbelastning, ustabil arbeidsdag, rutinebrudd, fraværende ledelse, negative kroppsspråk.* Denne arbeidstakeren nevner flere årsaker til hvordan arbeidsdagen blir utrygg og ustabil, både gjennom fravær av personal, men også ledelse. Dette var situasjon som hadde vært tilstede i deres arbeidsmiljø, men som ikke var gjeldende i dag. I tillegg til når rutiner ikke er på plass. For denne informanten er trygghet

viktig for sin tilstedeværelse på jobb. Informant la her til at Nærværprosjektet hadde gjort hennes arbeidsdag bedre gjennom at sykefraværet på jobben hadde gått ned, og dermed gjort arbeidsdagen hennes mer stabil. Med andre ord ser vi her at stabilitet og trygghet er hva informant nevner som friskfaktor, og som i motsatt tilfelle vil være energitappende i form av ustabilitet og utrygghet. Informant nevner også hva for lite folk på arbeid kan resultere i. Dette tolker forsker som arbeidstakere i halv kapasitet, og ufaglærte med utsagn som meransvar og merarbeid.

”Det som tar energi fra meg er for eksempel når ting ikke blir gjort noe med, at jeg har meldt fra om et problem gang på gang, men så blir det ikke gjort noe med det –det blir gnagd om av andre til meg, så det blir en frustrasjon. Kan ikke noen bare komme å ordne problemet? Det tar energi fra meg når alt blir litt tilfeldig, som for eksempel når vi ikke hadde leder hos oss, eller en fast lege på avdelingen, at det blir tilfeldig og ingen tar helt ansvar. Eller så er det når, hvis man jobber med egoistiske kolleger, eller hvis man ikke greier samarbeide eller kommunisere. Det tar energi når man ikke får tid til å spise lunsjen sin. Så merker jeg at hvis arbeidsdagen min blir avbrutt hele tiden er slitsomt. Vi sykepleiere blir ofte ropet på og blir avbrutt. Jeg har ikke opplevd så mye av det, men klart at baksnakking er slitsomt –at folk kommer til meg for å fortelle om hun eller han, det tar forferdelig med energi. Min gamle arbeidsplass var utrolig belastet med dette. Ellers ting som flyter og ikke blir gjort, kan det bli unødig kvasse kommentarer i kollegagruppe... ” (K1-M2)

I sitt svar hadde denne informanten lange tenkepauser og svarer med flere energitappere. Energittappere som nevnes er *dårlig avvikshåndtering og/ eller manglende vilje til å løse problemer, manglende ledelse, ansvarsfraskrivelse, dårlig samarbeid og kommunikasjon, for stor arbeidsmengde, avbrytelser, baksnakking*. Informant nevner her flere faktorer i sin arbeidsdag som er energitappende. Teorien pekte blant annet på at høyt arbeidspress som en energitapper. Det at informant sier at hun ikke får spist sin lunsj vil falle inn under samme kategori. Beskrivelse av fravær av ledelse, men også fravær av nøkkelpersoner til å ordne opp i rapporterte problemer er også energitappende. Her kan det tenkes at det har vært fravær av fungerende ledelse.

”Energitappere er de som kommer og er negative, de ser det negative, de er negative, de forteller det negative, istedenfor å finne muligheter og løsninger. De kommer om morgenen med et akk og et off og over tid er det like smittsomt som influensa. For ikke å snakke om kos med misnøyen! Det skader hele avdelinger og deres arbeidsmiljø...”
(K1-P1)

Dette var beskrivelser av energitappere fra prosjektleder i case 1. Her nevnes ansattes negative *holdninger* med det de *kommuniserer* fra de kommer på jobb. Prosjektleder beskriver en ansatts holdning, mer enn fysisk arbeidsmiljøfaktorer.

4.1.5 Case 2 - Hva er viktige energitappere i arbeidsmiljøet?

Også informantene ved case 2 ble dem bedt om å beskrive energitappere i arbeidsmiljøet sitt.

”Ja, det er jo folk som kommer sur og gretten på jobb, ikke bare det, men også de som alt er negativt med! Alt er galt. Skinner sola så er det for varmt, hvis det regner er det for vått. Det sliter på meg når ingenting er positivt. Da ramler skuldrene og hodet sammen.” (K2- L1)

Leder i case 2 beskriver også kollegers *dårlig humør* som energitappende. *Dårlige holdninger* som sukk og stønn når de kommer på jobb, samt klaging. Dette tolker forsker til dårlig kommunikasjon. Når fokuset på det negative er større enn fokuset på det positive ”faller skuldrene ned”. Her beskrives ingen fysiske arbeidsmiljøfaktorer, men ansattes væremåte som mulig energitapper.

”Det går mest på det kollegiale, det er ikke alle jeg føler jeg er like trygg på, eller går like godt overens med. Eller enda verre, at ikke de liker meg. Det er tappende. Og konflikter. I mitt tilfelle har jeg gått til sjefen min med problemet og vi har tilrettelagt min turnus etter den andres...” (K2-M1)

Her viser informanten til energitapper som *konflikt, utrygghet, og baksnakking*. Her beskrives det kollegiale samspillet som en mulig energitapper i sitt arbeidsmiljø, og viser til et eksempel med seg selv hvor hennes leder har ”tilrettelagt” arbeidstiden deres slik at de ikke trenger arbeide sammen.

”...jeg irriterer meg over folk som irriterer seg over små bagateller. Når noen kommer inn for å messe om tellekantene på hånddukene... Men også når det kun er brannslukking på jobb og du ikke rekker helt over. Det skjer at jeg kjenner på forventninger om mer kapasitet fra kolleger, eller, egentlig så kan det være forventning til meg selv også, å ikke bare for dem....”(K2-M2)

Denne informanten nevner energitappere som *klaging, høyt arbeidspress, høye arbeidskrav*. Informanten gjør også refleksjoner omkring disse forventningene hvorvidt de er sine egne eller faktisk fra kolleger eller leder. Denne informanten hadde vært hjelpepleier før hun ble sykepleier å reflekterte omkring sine egne tanker den gang hun var hjelpepleier om sykepleiere. Hun viste til at hun den gang ikke hadde innsikt i den andres jobb som tilsynelatende så enkel ut. Dette tolker forsker opp mot det teorien beskriver som profesjonsidentitetskrive ved arbeid på bekostning av ens faktiske standarder. Samme informant legger til

”... hjelpemidlene er her tilgjengelig, å under utdanning har man lært ergonomiske prinsipper med tanke på forflytning og sånt, velger man å ikke bruke de så er det dumt, man har et utsatt yrke og skal ha kroppen vår mange år i jobb, så vi er ansvarlige for å bruke de hjelpemidlene vi har til rådighet..”(K2-M2)

Her viser hun at nødvendige *hjelpemidler* må være tilgjengelig for å faktisk kan være i jobb for ikke å skade seg.

4.1.6 Sammenligning og drøfting av energitappere mellom case 1 og case 2

I dette avsnittet skal funn av energitappere i informantenes arbeidsmiljø sammenliknes og drøftes. Funnene og avvikene mellom casene er presentert i tabellen under. Det er forskningsspørsmål 1 som blir undersøkt av funn og drøftet mot teorien.

Tabell 4, Oppsummering av funn fra informanter om energitappere.

	Funn Case 1	Funn Case 2
	<ul style="list-style-type: none"> - Brudd på rutiner - Konflikter - Meningsløs jobb 	<ul style="list-style-type: none"> - Dårlig humør - Utrygghet - Baksnakking

	<ul style="list-style-type: none"> - Respektløshet - Stor arbeidsbelastning - Usikkerhet - Utrygghet - Manglende ledelse - Dårlig og negativ kommunikasjon - Dårlig samarbeid - Dårlig avvikshåndtering/problemløser - Baksnakking og - Dårlige holdninger 	<ul style="list-style-type: none"> - Konflikter - Stor arbeidsmengde - Store krav kollegialt - Profesjonsidentitet
Avvik mellom casene	<ul style="list-style-type: none"> Rutinebrudd Meningsløs jobb Respektløshet Manglende ledelse Dårlig samarbeid Dårlig avvikshåndtering Dårlige holdninger 	<ul style="list-style-type: none"> Store krav kollegialt Profesjonsidentitet

Ut fra funnene vist i tabellen over ser vi at informantene i størst grad nevner forhold om den formelle strukturen i organisasjonen og i det psykososiale arbeidsmiljøet, snarere enn det fysiske arbeidsmiljøet. Kun en informant nevner forhold i det fysiske arbeidsmiljøet som energitappende. K2-M2 beskriver at nødvendige hjelpemidler må være tilgjengelige på arbeidsplassen for at ansatte skal greie å være i arbeid over tid. Helse og omsorgssektoren er kjent for å være både fysisk og psykisk tunge belastninger med tunge forflytninger. Fra case 1 nevnes at avtalte rutiner ikke følges hvor de her mener eksempelvis fastsatt rutine om bruk av bestemte hjelpemidler ikke følges. Teorien viser til stor andel kvinnelige ansatte som i tillegg innehar mindre muskelstyrke enn menn. I tillegg viser teorien til funn om at hele 9 av 10 pleiere rapporterer om plager i muskel og skjelett. Det var dog kun en informant som nevnte nødvendigheten av tilgjengelige hjelpemidler som virkning til tilstedeværelse på arbeid. Det kan late til at dagens fysiske arbeidsmiljø i sykehjem fra case 1 og case 2 er godt tilrettelagt med hjelpemidler slik at sykefraværet nødvendigvis ikke kan forklares med tunge fysiske løft der alene.

Også ved spørsmål om energitappere i arbeidsmiljøet nevnes også her flere ledelseskvaliteter. Først og fremst nevner case 1 at fravær av ledelse er energitappende, men også fravær av kolleger. Arbeidsdagen deres blir da preget av utrygghet og ustabilitet gjennom meransvar og merarbeid. Her kan det tenkes at ved fravær av ledelse er dette energitappere som forsterkes

gjennom at ledelsen ikke kan gi sin støtte til sine ansatte, hvor ansvaret kjennes for stort av de ansatte i gitte situasjoner. Gjennom omstillingsprosessen, slik beskrevet i kapittelet om riskfaktorer, ble det vist til en ledelse som i større grad ble fraværende grunnet administrative arbeidsoppgaver og nedbygging av hierarkier. I tillegg kan det tenkes at en fraværende ledelse i mindre grad kan ta tak i avvikshåndtering grunnet mangel på tid. Dette igjen kan forsterke et konfliktnivå slik informant fra case 1 forteller om gjennom ansvarsfraskrivning, som resulterer i at hun mottar unødige klager og lignende i sin arbeidsdag som blir energitappende.

Konflikthåndtering er en ledelsesoppgave og kan være en ledelseskvalitet, men fravær, eller dårlig konflikthåndtering av leder, er beskrevet som energitappende. I tillegg kan det resultere i dårlig kommunikasjon mellom de aktuelle ansatte, eller også leder. Dette kan også være roten til det som blir baksnakking og mobbing, dog rapporterte K1-M2 ikke om dette i sitt eget arbeidsmiljø, men i et arbeidsmiljø hun hadde hatt tidligere. I case 2 viste de til en handlekraftig ledelse som hadde tatt tak i konflikten gjennom å tilrettelegge turnusen mellom berørte parter. Problemet mellom de ansatte ble dog ikke løst, men de fikk begge en arbeidssituasjon de kunne leve med.

Det overstående, med manglende ledelse som resulterer i meransvar, kan sees i sammenheng med arbeidspress. Et høyt arbeidspress ble nevnt av begge case som energitappende. I teorien ble det demonstrert en modell av Karasek, krav-kontroll-modellen. Risikoen for å utvikle stress eller andre negative helseskader er gjennom et for stort press for arbeidstakere. Den viser også til at ved større grad av egenkontroll i egen arbeidsdag kan resultere i læring og utvikling av de ansatte. Gjennom samhandlingreformen som kom i 2012 ble det vist til funn ved at kommunene i dag må handtere sykere pasienter. Ved et slikt økende arbeidspress, uten tilførte ressurser, og manglende egenkontroll på sin arbeidsdag, kan det føre til stress eller andre helseskader hos ansatte. Samhandlingsreformen ble ikke nevnt spesifikt av de ulike casene, men ord som utrygghet, usikkerhet, og arbeidsmengde, kan være grunnet en endring i casenes arbeidsdag. Men også her er teorien tvetydig gjennom at noen arbeidstakere liker endringer og takler dette bra da det inspirerer og motiverer dem da de vil føle seg i utvikling. Her vil meningsløs jobb, lik K1-L1, beskriver falle inn som energitapper. Her nevnes at K1s pleiere deltok ikke i planleggingen av omstillingsprosessen, mens K2 hadde egen arbeidsgruppe som jobbet fram løsninger. Her kan det tenkes at K2s ansatte vil kjenne på større egenkontroll og dermed ikke nevner meningsløs jobb som energitapper. Derimot gjorde en informant fra case 2 refleksjoner omkring sin følelse av utilstrekkelighet hvorvidt den kom fra kolleger, ledelse eller seg selv. Krav-kontroll-modellen viser til at det må være en balanse

mellom det sunne stresset som driver den ansatte fram, og det usunne stresset som kan gi opphav til sykdom.

Dette trekkes videre til dette med profesjonsidentitet som mulig energitapper hvis man må jobbe på akkord mot egne holdninger, innlærte mål og standarder. Dette støtter definisjonen av det psykososiale arbeidsmiljøet av arbeidsmedisin.nett, samt arbeidstilsynet med beskrivelse om at organisatoriske forhold kan skape psykososiale problemer. Dog skulle man her huske at enhvers opplevelser av ytre faktorer oppleves ulikt. Det vil kunne resultere, for denne informanten, i dårlig mestringsfølelse av sine arbeidsoppgaver, og videre resultere i stress. Informantene nevner det ikke spesifikt, men dette vil være energitappere når krav ikke møter de tilgjengelige ressurser som er til rådighet. Her har hun en forventning til seg selv og sin arbeidskapasitet som over tid kan resultere i fravær grunnet press til seg selv, som resulterer i stress lik Karazeks krav-kontroll modell. Arbeid skal være så utfordrende at det inspirerer og ikke så utfordrende at det utmatt. Dette handler om organisatoriske forhold som drøftet i kapittelet om friskfaktorer. Likevel var dette tema som ble beskrevet i teorien over at sykepleiere i dag i større grad jobber for effektivisering og høye standarder uten av tilstrekkelige ressurser tilføres. Av statens arbeidsmiljøinstitutt og IRIS ble det vist til sammenheng mellom virksomhetskultur og sykefravær. En oppmuntrende og støttende kultur gir økt nærvær på arbeidsplassen. Det denne informanten beskriver kan også sees i sammenheng med det som ble drøftet i kapittelet om friskfaktorer om profesjonsidentitet.

Videre beskrives mange kollegiale sosiale energitappere både fra case 1 og case 2 med dårlige holdninger, dårlig kommunikasjon og samarbeid, baksnakking og negativitet. Disse var først og fremst beskrevet mellom kollegene. Teorien viste til så mye som at i 2013 hadde så mange som 22% av arbeidstakere opplyst at de hadde opplevd dårlige kollegiale forhold. Dette kan sees som et lite paradoks at begge case nevner dette som energitapper med tanke på at case 2 har beskrevet sitt arbeidsmiljø som stabilt over år hvor de ansatte kjenner hverandre på godt og vondt, mens case 1 som på mange måter er under etablering var det kanskje mer forventet at slike uoverenstemmelse ville finne sted. Teorien påpeker at enhver omstilling gjør noe med de kollegiale forhold. Av tabellen over ser vi dog at case 1 rapporterer om liknende energitappere i større grad enn case 2.

I avsnittet om friskfaktorer ble det skrevet om arbeidstakers følelse av verdi. I rapporten fra sykepleierforbundet ble det diskutert hvorvidt sykepleierfaget skaper mindre verdi enn andre yrker (Viken, Haukelien, Bakken, 2004). Eksemplet i rapporten var at ved fravær av kirurg

ble operasjon avlyst, men med fravær av operasjonssykepleier ble gjenstående sykepleiere bedt om å jobbe mer og raskere. Dette sier også informantene noe om med at de refererer til erstatning av arbeidskraft med assistenter eller fagfolk i ”halv kapasitet”, gjennom beskrivelser som meransvar og merarbeid. De beskriver det som belastende da de ikke kjenner de faste ansattes rutiner, tempo, og arbeidsdagen blir usikker og uforutsigbar. Ved et sykehjem vil ikke antall pasienter kunne ”avlyses” eller droppes ut av et program grunnet fravær. Sykefravær i en bedrift som pågår 24/7 må erstattes ved første fravær. Et bemanningsproblem kan oppstå med store sykefraværstall, og som vist av Texmo vil det være et manglende helsepersonell i Norge innen år 2030 på hele 38000 årsverk.

4.2 Ledelse

I det andre delkapitlet vil funn omkring tema ledelse bli presentert. Funn forenelig med forskningsspørsmål 2, *Hva er leders rolle i henhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær*, vil bli presentert, tolket og drøftet. Funn vil også her presenteres case for case. I teoridelen ble det vist til funn som tilsa at arbeidsmiljø og sykefravær henger tett sammen. Det vil i dette delkapitlet derfor også bli sett på sykefravær. Her vil spørsmål om hvordan ledelsen jobber for å forbygge sykefravær bli besvart. Sammenligningen og drøftingen vil gjøres samlet for begge disse delkapitlene om sykefravær og arbeidsmiljø da de henger tett sammen. Deretter kommer nytt delkapittel som tar for seg funn omkring helsefremmende ledelse bli presentert på samme måte som over.

4.2.1 Case 1- Hvordan jobber ledelsen for å ivareta et godt arbeidsmiljø?

Spørsmålet til informantene var; Hva kan ledelsen gjøre for å forbedre arbeidsmiljøet?

”Som leder prøver jeg å støtte dem, først og fremst å vise min respekt og støtte dem i deres arbeid. Jeg synes det er veldig viktig å hører hva de sier, at jeg løser de problemene som kommer, være flink til å gi ros. Når jeg ser bra jobb, så roser jeg dem. Da får de glimt i øynene. De liker alle å bli sett og hørt. På personalmøte går vi gjennom sykefravær og avvik, og snakker om arbeidsmiljøet og snakker om hva vi kan gjøre for å bli bedre. Da hører jeg hva som er deres forslag. Da får de snakket sin

mening... Også startet de nærværsprosjekt, da fikk de noen aha opplevelser i samtalene med de ansatte...” (K1-L1)

Faktorer som informanten her nevner er å vise *støttende lederskap, respekt, lyttende, problemløsende/ avvikshåndtering, og gi ros*. Denne informanten var leder selv og mener dette er viktige egenskaper en leder kan utøve som vil påvirke arbeidsmiljøet i positiv retning. Her tas også med tiltaket om oppstart av nærværsprosjektet hvor de etter samtalene med hver enkelt ansatt fikk innsikt i deres situasjon, i tillegg til at de ansatte ble bevisst sitt eget ansvar med tanke på arbeidsmiljø. Gjennom sine personalmøter gir hun de ansatte rom for å kunne påvirke *egen arbeidsdag*, det som for dem er arbeidsnært som rutiner og prosedyrer.

”Det at vi har en ledelse å forholde seg til er alfa og omega. Det handler om at de må være synlig, at man ser lederen, at det er en åpen dør man faktisk kan komme inn til. Det er en trygghet at noen kan hjelpe til hvis det skulle være problemer der og da. Også dette med å bli behandlet likt. Man har opplevd at det har vært synlig forskjellsbehandling, så det er viktig at det er lik behandling uansett...” (K1-M1)

Faktorer denne informanten nevner er å *ha en ledelse som påvirkningskraft. Synlig ledelse og rettferdig behandling som gir støtte*. Informanten gir først og fremst beskrivelse av lederkvaliteter i dette spørsmålet. Med dette ser man viktigheten av ledelsens betydning for arbeidstakers arbeidsmiljø.

”Det som er veldig bra er jo at vi ser ledelsen, at vi ser deres ansikt for da vet vi hvem de er, mye skumlere å måtte forholde deg til en leder du ikke kjenner...De må ha klare regler og rutiner som skal følges. Dette med medarbeidersamtaler er veldig fint. Deres ansvar igjen er jo å bli kjent med personalet, og at de kjenner til forholdene i avdelingen. Men det er også stas når de kommer med julegodt til jul, tvist på fredag... det har med å bli sett og satt pris på, anerkjent. Trenger ikke være sjokolade, kan godt være et par ullsokker, bare man føler at man blir satt pris på... Jeg synes det er trygt å ha ledelsen med på de vanskelige møtene, eller avgjørelsene at man slipper stå alene. Da vet man at man har noen i ryggen, støtte...” (K1-M2)

Her nevnes også betydningen av å faktisk *ha en ledelse*. I tillegg nevnes *god relasjon mellom ansatte og leder, tydelighet, kjennskap til arbeidsbelastning, belønning og anerkjennelse, se de ansatte, være tydelig, vise trygghet og støtte*.

Beskrivelsene fra informanten er mange om ledelseskvaliteter som å være synlige. Informanten spesifiserer tryggheten omkring det å faktisk kjenne sin leder gjennom relasjon mellom partene og på den måten oppnå trygghet.

4.2.2 Case 2- Hvordan jobber ledelsen for å ivareta godt arbeidsmiljø

Case to fikk samme spørsmål som informantene i case 1.

”... kjørte kurs med bedriftshelsetjenesten der vi har tatt noen punkt å gått gjennom dem. Da er de blitt bevisst sitt ansvar for alle på arbeidsplassen.” (K2-L1)

Det denne informanten beskriver er at de som arbeidsplass har kjøpt et *kurs* av bedriftshelsetjenesten som har omhandlet arbeidsmiljø. De har på denne måten forsøkt å gjøre arbeidstakerne bevisst sitt eget ansvar med tanke på arbeidsmiljø. Dette kan tolkes som innsats i etter og videreutdanning, men også en måte å skape variasjon i arbeidstakers arbeidsdag som positive boostere i arbeidsmiljøet deres. Likevel velger forsker å tolke dette som en ansvarliggjøring av de ansatte selv, gjennom å gjøre dem bevisst det lovverk omkring arbeidsmiljø de er underlagt.

”Være lydhøre, være til stede ... være støttende, legge til rette hvor det er mulig og være tydelig.” (K2-M1)

Kollega fra samme case nevner at ledelsen påvirker arbeidsmiljøet gjennom å *være lydhøre, synlig, støttende, tydelig og tilrettelegger*. Dette er beskrivelser av ledelseskvaliteter.

”... at det er tilgjengelig utstyr, at alt er ergonomisk lagt til rette slik at vi kan unngå skade så langt som mulig. Jeg forventer også at jeg kan prate med leder med tillitt oss imellom, at ikke ho plaprer i det vi snakker om.” (K2-M2)

Denne informanten er den første som nevner leders ansvar for å tilrettelegge det *fysiske arbeidsmiljøet* med *hjelpemidler*. I tillegg nevnes faktorer som *tillitt*. Med andre ord nevnes organisering av fysisk arbeidsmiljø, i tillegg til ledelseskvaliteter.

4.2.3 Case 1- Hvordan jobber ledelsen for å forbygge/ redusere sykefravær?

I samme tema som ledelse ble det også spurt om hvordan ledelsen jobber for å redusere /forebygge sykefravær.

”Å være i forkant. Jeg kjenner mine arbeidskolleger i så mange år så jeg vet over mange år hvilke plager de har. Jeg kjenner deres tegn på om de kommer til å bli sykemeldt. Da kan jeg være i forkant å tilrettelegge, se og spørre, for å forebygge sykefravær.” (K1-L1)

Her nevnes at viktige faktorer for å kunne påvirke sykefravær er å *kjenne sine ansatte, kunnskap om tilrettelegging, se de ansatte, spørre*. Her tolkes ledelseskvaliteter som god relasjon mellom ansatt og leder som viktig forebyggende faktor. På den måten, slik informant beskriver, kan leder tidlig tilrettelegge arbeidssituasjonen organisatorisk, slik at sykefravær kan unngås.

”... også her tenker jeg at tilstedeværelse av ledelse i avdelingen, synlighet er viktig. En ledelse har en positiv effekt på trivsel, da får man luftet frustrasjoner, og de vet hvor skoen trykker. Noen ganger er det nok å bare slippe ut frustrasjonen.” (K1-M1)

Denne informanten nevner mye likt som ved spørsmål omkring arbeidsmiljø. Faktorer som nevnes er *synlig ledelse, kjennskap til arbeidsdagen*. Med kjennskap kan det menes både hvordan de ansatte har det seg i mellom, men også i forhold til arbeidsmengde på jobb. En ledelseskvalitet her er å være lynavleder, et forum de ansatte kan få tømt sine frustrasjoner til.

”Ja, det går på tilrettelegging. At vi sier fra om plager, vi vil på jobb, men vil ikke ødelegge helsen vår på det... De må lytte, ha døra åpen.”(K1-M2)

Et *lyttende* lederskap, slik at *tilrettelegging* skal kunne finne sted. Tilrettelegging her menes både på grunn av at det er en IA bedrift, men også i den daglige driften – at de nødvendige hjelpemidler er tilstede. Det å ha døra åpen tolkes som at leder må være *tilgjengelig og synlig*.

4.2.4 Case 2 - Hvordan jobber ledelsen for å forbygge/ redusere sykefravær?

Informanter fra case 2 besvarer spørsmålet slik:

”Det kommer an på årsak til sykefraværet. Det er ikke alt jeg kan gjøre noe med. Hvis det går på dårlig holdning så kan jeg ta en samtale om det, men det er jo de færreste. Oftest er det jo reelle ting som plager folk, ja jeg kan tilrettelegge, men det er stort sett de gravide og de er på vei ut uansett! Det er jo tross alt legen som sier at man skal være sykemeldt så det er jo reelle ting. ... Men dette med at de skal komme hit i påtvunget 5% for å gjøre ikke meningsfylte arbeidsoppgaver føles meningsløst for arbeidstaker... De føler de ikke kan gjøre noe innenfor sine arbeidsoppgaver, og så føler de at det ikke er rett hvis de skal gjøre oppgaver som ”ikke er deres”, eller attpåtil gjøre oppgaver som kjennes unyttig som å sitte på stua og lese avisen. Altså følelsen ovenfor de andre ansatte som løper med dine oppgaver mens du gjør noe unyttig gir dårlig følelse. ” (K2-L1)

Denne informanten peker her på utfordringene hun opplever ved dagens IA ordning. Hun viser til at det er legen som sykemelder, hvor det derfor vil være reelle ting de ansatte er sykemeldte for hvor en tilrettelegging kan føles unyttig for henne. I tillegg beskriver hun nødvendigheten av *tett dialog* og *relasjon* mellom de ansatte og leder. Hun viser til betydningen av å ha tilgjengelig *meningsfylte* arbeidsoppgaver hvis redusert arbeidsevne. Hun svarer videre;

”Jeg kjenner mine ansatte, jeg vet hvem som det nytter å tilrettelegge for og ikke... Så når jeg da sitter å lager skjemaer og oppfølginger opp og ned og i mente, og bruker lang lang tid på dem – og du vet at de er til ingen nytte- da kjenner du at man legger ikke hele sjela i det selv... Men det er sløst av min tid, NAV og den ansattes tid. Hadde jeg kunnet bruke tiden på å tilrettelegge for de ansatte jeg visste det var en nytte for! Eksempelvis ei som er gravid og skal ut i permisjon om en måned. Er det vits at jeg fyller ut og styrer på med skjema og møter og NAV for at ho skal jobbe to tilrettelagte vakter hos meg?... ”(K2-L1)

Her poengterer hun følelse av bortkastet tid og ressurser på papirarbeid opp til NAV for oppfølging og tilrettelegging når hun vet det er nytteløst. Hun viser også til arbeidstakers følelse av bortkastet tid i tilrettelagt jobb gjennom å bli satt til meningsløs jobb. Svaret på hva hun faktisk gjør for å redusere sykefraværet er å *tilrettelegge*.

”... hvis vi ”kakkler” inne på lunsjen, og vi sitter å slarver om noen så vil jeg absolutt forvente at leder arresterer slarv... Også dette med tillitt til lederen er viktig, at hun tar tak i ting som er vanskelig. At hvis man er sykemeldt at hun tar kontakt med deg for å høre hvordan det går, at det ikke er helt stilt fra arbeidsplassen, at det vises at det er noen som savner deg... arbeidsmengden kan tilpasses, hvis ho ser at den blir for stor så gjør noe hvis hun kan...” (K2-M2)

Tiltak denne informantene nevner som positivt for sykefravær er *kontakten* med arbeidsplass når man er sykemeldt. På denne måten å kunne føle *omsorg eller følelse av verdi*, at man er savnet på arbeidsplassen. Hun nevnes også at *arbeidsmengden* er noe leder bør ha kjennskap til, og eventuelt justere den ved behov. I tillegg nevnes mye av de samme faktorene som ble nevnt under arbeidsmiljø nemlig *tillitt til leder, unngå baksnakking*.

4.2.5 Case 1 - Hvordan kan ledelsen jobbe Helsefremmende for å forebygge sykefravær?

Fra case 1 svarer informantene slik på spørsmålet:

”Å forebygge! De har veldig stort ansvar å forbygge framtidige fysiske og psykiske helseplager – med å være i forkant. De må være profesjonelle og vite hvordan man tilrettelegger for å unngå framtidig skader... Forebyggende arbeid som ikke koster så mye. Jeg som avdelingsleder tilbyr trening på treningssenter til de ansatte. Jeg har lagt fram forslag for min leder om det er mulig å bidra med abonnement til svømmehallen også, der ser jeg flere som ikke går i treningssenter. Det er dyrt å være der. Vi kunne suspendert der også. Hun skulle undersøke det.” (K1-L1)

Denne informantene mener ledelsen jobber helsefremmende med å *forebygge med tidlig tilrettelegging*, det å forebygge skader før den har inntruffet. Dette til motsetning for tankegangen gjennom IA bedrift som igangsetter tilretteleggingstiltak *når* arbeidstaker er skadet for å få dem raskere tilbake i jobb. I tillegg nevner hun tiltak utenfor arbeidstiden med

abonnement på treningssenter. Informanten sier hun har for lite kunnskap om psykiske plager hvor det kan være vanskelig å tenke helsefremmende ut over at fysisk og psykisk kropp henger sammen. Hun viser til at hvis arbeidstaker er ærlig ovenfor henne vil hun tilrettelegge eks.turnus for en periode, eller bistå slik at ansatte kan avspasere noen dager for å hente seg inn istedenfor sykemelding. Samme informant sier videre:

”... Mitt liv består av både private meg, og jobb. Jobb betyr mye. Jobb blir litt min ”familie”. Arbeidskollegene mine er en del av mitt liv. Hver eneste har innflytelse eller påvirkning i mitt liv – noen mer enn andre. Alle betyr noe i mitt liv...” (K1-L1)

Informanten viser her en erkjennelse av seg selv og sine ansatte som *helhetlige*, at man har erfaringer med seg fra jobb og privatliv som påvirker arbeidslivet. Dette er første bekjennelse innen helsefremmende ledelse.

”... hva vi kan gjøre utenfor arbeidstiden for å holde oss i aktivitet. At de kan tilrettelegge for prosjekt, som ”sykling til jobb” eller ”Aktiv hverdag” ... tilrettelegge for fysisk aktivitet, kan legge inn en 5 minutters trim i arbeidsdagen eller andre kampanjer. Man har noen booster å gå etter. Ut over dette er det viktig for dem å fronte en god sak, men ansvaret er de ansattes. I forhold til psykiske plager er jeg usikker...” (K1-M1).

Denne informanten beskriver helsefremmende tiltak først og fremst gjennom *fysisk* aktivitet som kampanjer over ei tid. Hun presiserer dog at det ikke er et arbeidsgiveransvar, men et godt initiativ for et godt arbeidsmiljø, fokus på noe annet enn jobb. Med dette menes at ledelsen med fordel kan lage noen ”gulerøtter”, noen boostere i deres arbeidsdag, noe de kan strekke seg etter ut over arbeidsrelaterte mål som *belønning*. Dette gir henne energi. Hun sier videre:

”Man sier jo at man skal skille jobb og privatliv, men det kan man jo ikke. Alle må ta sitt ansvar for eget liv, det er min kropp. ” (K1-M1)

Dette svaret tolker forsker som at også den ansatte ser seg selv og sine kolleger som *helhetlig* med erfaringer fra både jobb og privatliv. Her understrekes betydningen av et *helhetlig menneskesyn* som utgangspunkt for helsefremmende ledelse.

”De er ansvarlig for at alt er tilrettelagt for personal, hjelpemidler, arbeidstid, arbeidsmengde, alt sånt...vi har jo også hatt sånne kampanjer som DYTT, men om det er ledelsen som tar ansvaret for det vet jeg ikke, mulig det var en gruppe som var satt for trim og sånt...Ellers så vet jeg at ledelsen her tar tak i ting, sånn som nå nylig så vant vi arbeidsmiljøprisen , men det som er så synd er at vi ansatte ikke vet noe om det før vi leste det i avisen, så av og til virker det som at de sitter på kontoret og bestemmer slike ting, men så vet ikke vi noe om det eller har noe med det å gjøre dessverre. Jeg fikk gratulasjon før jeg visste at vi var nominert...” (K1-M2)

Denne informanten viser til en ledelse som tar tak i helsefremmende tiltak, men viser frustrasjon omkring det da det er dårlig kommunisert til de ansatte, vist med arbeidsmiljøprisen, paradoksalt demonstrert. Faktoren som spiller inn her er *kommunikasjon*. Ut over dette gjøres det også her tiltak for fysisk helse utenfor arbeidstiden. Hun refererer til at ledelsens ansvar ligger på *tilrettelegging* av den ”normale” arbeidsdag gjennom tilpasset arbeidsmengde og hjelpemidler.

”... I kommunen har vi tilrettelagt med rabatterte medlemskap på treningssenter og slikt, men det er personalgoder. Jeg tror at sånn som ”Aktiv hverdag” var veldig gøy, og det kostet ikke oss noe. Men folk hadde det knallgøy og var enormt positivt, men det er ikke bare det fysiske. Det er like viktig med det sosiale som bygges da, konkurranseinstinkt...” (K1-P1)

Prosjektleder i case 1 beskriver her at de ikke har et bevisst forhold til dette med *helsefremmende ledelse*, hun beskriver det som et personalgode, en *belønning*, dog er dette helsefremmende tiltak som er igangsatt. Informant hadde mer tro på tiltak som ”Aktiv hverdag” da dette bidro til å bygge, ikke bare fysisk helse, men det sosiale omkring kampanjen.

Videre sier informanten at

”... Man skal ikke glemme at arbeidsplassen er den eneste plassen man har en kontraktsmessig avtale med. Man kan ikke slite ut helse på fritiden slik at det går på bekostning av arbeidet ditt...” (K1-P1)

Med dette menes at ansvaret for egen arbeidshelse ikke bare ligger på arbeidsgiver, men også på arbeidstaker.

4.2.6 Case 2 - Hvordan kan ledelsen jobbe Helsefremmende for å forebygge sykefravær?

Funn fra case 2 presenteres under.

”Arbeidsdagen må jo være tilrettelagt med nok hjelpemidler og tid... Nei de ansatte er jo pliktige til å komme uthvilte og opplagte på arbeid! Det er klart at de kan ikke sitte oppe til kl tre om natten og tro at du er klar for arbeidsdagen din kl åtte. Du er pålagt å ta vare på deg selv på fritiden og stiller opp på jobben når du skal.” (K2-L1)

Informanten her viser til at ledelsens ansvar ligger i *tilrettelegging* av arbeidsdagen med hjelpemidler og arbeidsmengde/tid. Her kommer det fram en forventning om at arbeidstakere selv er ansvarlige for å være frisk og opplagt for ny arbeidsdag, men at arbeidsgiveransvaret ligger i å tilrettelegge den normale arbeidsdagen slik at personalet ikke skader seg i arbeidssammenheng. Videre sier informanten på spørsmål om jobb og privatlig henger sammen

”Det er klart at har du kranglet med gubben så er det ikke gøy å komme på jobb... Det skjer at man ikke legger hjemme hjemme når man går på jobb. Det er ikke alltid greit hvis man trekker med seg kollegene ned i det negative. Man skal jo heller ikke ta med seg jobben hjem.” (K2-L1)

Hun viser her til en forståelse av at det kan være vanskelig å sette et helt klart skille mellom jobb og privatliv, men en forventning om at dette tilstrebes. Videre svarer informanten på spørsmål om hvilken tilretteleggingsmulighet det er på hennes arbeidsplass:

”... Men assistenter er veldig vanskelig å tilrettelegge for! Det er sånn at jo høyere utdanning du har jo enklere er det å tilrettelegge. Det bare er sånn. Høyere utdanninger har anledning til flere oppgaver som for eksempel administrative.” (K2-L1)

Her viser hun til eksempler på arbeidsoppgaver som kan tilrettelegges for sykepleiere, valg mellom fysisk arbeid, eller stillesittende administrativ jobb. Her la informanten til at de med lavere utdanning og ufaglærte var vanskelig å tilrettelegge for.

”Hvis vi sier arbeidsgiver som kommune under ett burde det komme fram tydeligere hvilke tilbud som er tilgjengelig for meg utenfor arbeidsstedet, eventuelt ikke, for det vet jeg ikke...” (K2-M1)

Denne informanten kunne ikke komme med konkrete eksempler på helsefremmende tiltak som er tilgjengelig for henne, eller som ledelsen gjør. Likevel sier hun dette på spørsmål om hvordan psykisk og fysiske plager kan reduseres av ledelsen:

”Hjelpemidler nok, heiser, riktige hjelpemidler. Jeg tenker at på et sykehjem er tunge fysiske oppgaver en stor del av hverdagen så det må være viktig med tilrettelegging fra ledelsen. Og så å ha en leder som er tilstede og tilgjengelig. ” (K2-M1)

Her nevnes helsefremmende faktorer som å *tilrettelegge med hjelpemidler, synlig ledelse, lydhør, og kommunikasjon.*

4.2.7 Sammenligning og drøfting av case 1 og case 2, helsefremmende ledelse, arbeidsmiljø, og sykefravær

I dette avsnittet vil funn forenelig med forskningsspørsmål 2 sammenlignes og drøftes. Forskningsspørsmål to var; Hva er ledelsens oppgave og betydning for helsefremmende arbeid i forhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær? Denne drøftingen må sees i sammenheng med foregående forskningsspørsmål da det er en hvis sammenheng mellom funnene. Det er ikke utelukkende at ledelseskvaliteter som ikke nevnes her er gjeldende da de allerede er nevnt som friskfaktor eller energitapper på arbeidsplassen.

Tabell 5, Oppsummering av funn fra informanter om helsefremmende ledelse, arbeidsmiljø, og sykefravær.

	Funn Case 1	Funn Case 2
	<ul style="list-style-type: none"> - Støtte - Respekt - Lytte - Ros - Avvikshåndtere - Skape handlingsrom - Tilgjengelig/synlig/tilstede - Rettferdig 	<ul style="list-style-type: none"> - Lytte - Tilstede - Støtte - Tilrettelegge - Tydelig - Skaffe nødvendig hjelpemidler - Tillitt

	<ul style="list-style-type: none"> - Tydelig rutiner og regler - Belønning - Anerkjennelse - Kjenner sine ansatte - Tilrettelegger - Lynavleder - Forebygge - Helhetlig menneskesyn - Tilrettelegge for fysisk aktivitet i og utenfor arbeidstid - ”gulerøtter”, energiboostere å strekke seg etter - Kommunikasjon - Belønning 	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt med arbeidsplass ved fravær - Tilpasse arbeidsmengde - Kjenne sine ansatte - Tilrettelegge - Hjelpemidler - Synlig ledelse - kommunikasjon
Avvik mellom casene	<ul style="list-style-type: none"> Belønning Anerkjennelse Avvikshåndtering Lynavleder Helhetlig menneskesyn Gulerøtter Aktivitet utenfor arbeidstiden 	<ul style="list-style-type: none"> Skaffe nødvendig utstyr Tilrettelegge Tilpasse arbeidsmengde Synlig leder

Av faktorer som ledelsen kan påvirke for å bedre arbeidsmiljøet eller å forebygge sykefravær nevnes fra case 1 og case 2 at sosial støtte fra ledelsen var en viktig faktor. Dette støttet funn fra statens arbeidsmiljøinstitutt som viste til funn forenelig med at hvis denne faktoren var tilstede ville det føre til forebygging av sykefravær. Dette kan trekkes videre til omstillingsprosessen case 1 hadde vært gjennom hvor de hadde fravær av nærledelse. Ved fravær av ledelse kan ikke sosial støtte utøves til de ansatte. Einarsen og Skogstad viser til samme funn forenelig med funn fra statens arbeidsmiljøinstitutt.

Et fysisk krevende arbeid var arbeidsmiljøfaktor som var forbundet med høyt sykefravær i følge teorien. Funn forenelig med ledelseskvalitet for å forebygge dette var i følge begge casene leders evne til tilrettelegging av arbeidsplassen og arbeidsoppgaver. Likevel vil det være grense for hva arbeidsgiver faktisk kan tilrettelegge. Her menes at hvis arbeidstaker får ”fritak” for tunge fysiske arbeidsoppgaver er ikke dette ensbetydende med at arbeidsoppgaven

opphører, men kan bety at andre arbeidstakere må ta denne jobben en tid. Dette kan trekkes videre med svar fra case 2 som sa at det var lettere å tilrettelegge dess høyere utdanning arbeidstaker hadde da det var flere arbeidsoppgaver for dem tilgjengelig. Teorien beskrev et høyere sykefravær blant lavt utdannede og ufaglærte noe som kan relateres til arbeidsgivers mulighet for tilrettelegging for den enkelte ansatt.

Einarsen og Skogstad beskrev nødvendigheten av at ledelsen utøvde sosial støtte til de ansatte. Dette kan sees som lynavleder for de ansatte, noe som igjen reduserer stress. Dette med lynavleder var beskrevet fra case 1, men case 2 beskrev viktigheten av støttende ledelse. Ved dette kunne ansatte kjenne økt mestring, noe som er utdypet i kapittelet om friskfaktorer allerede.

Case 1 og case 2 viser til betydningen av hensiktsmessig og god kommunikasjon både med ledelse, men også øvrige kolleger. Gjennom dette kunne relasjon mellom aktuelle parter bygges opp. Dette er felles faktorer innen Positiv ledelse og relasjonsledelse av Spurkeland.

Innen positiv ledelse nevnes sosial og emosjonell kompetanse som en viktig faktor. I teorien nevnes spesifikt leders evne til konflikthåndtering. Funn fra case 1 var leders evne til avvikshåndtering, at leder tok tak når avvik ble nevnt. Her forstås avvikshåndtering som en konflikthåndtering. Dette er også drøftet i kapittelet om energitapper, og er en viktig ledelseskvalitet i følge informantene.

Innen helsefremmende ledelse og helsefremmende arbeid beskriver Spurkeland (2015) betydningen av ledelsens etiske ryggrad. Case 1 nevner at en viktig ledelseskvalitet for arbeidsmiljø, sykefravær og helsefremming er rettferdig behandling. Tidligere, i kapittelet om friskfaktorer og energitappere ble grad av egenkontroll også nevnt. Her mener Spurkeland at mennesker i dag er kjent med et demokratisk samfunn og forventer derfor å bli ledet på samme demokratiske måte. Spurkeland beskriver denne ledelseskvaliteten som likeverdighet mellom ansatte og leder. Funn fra case 1 var å ha en leder de kjenner godt slik at det ikke er skremmende å snakke med den, eller at relasjonen er preget av utrygghet. Case 2 beskrev ikke dette som en ledelseskvalitet, men en friskfaktor, nettopp at de var en stabil kollegial gjeng som var kjent over år. Det finnes ikke funn forenelig med Spurkelands (2015) beskrivelse av likeverd. Derimot nevner case 1 at de forventer en ledelse med klare regler og rutiner. Dette kan forstås som en handlekraftig ledelse. På denne måten unngår de ansatte å måtte ta

avgjørelser som er ledelsesansvar, og på den måten unngår de uoverensstemmelser og konflikter blant kolleger som er beskrevet som energitappende.

Dette kan videre sees i sammenheng med det som tidligere ble beskrevet med grad av egenstyrt arbeidsdag. Begge casene rapporterte om stor grad av egenstyrt arbeidsdag, dog om den normale arbeidsdagen og ikke ved store omlegginger for case 1. I tillegg nevner case 1 og case 2 felles at god kommunikasjon med leder og kolleger er viktig faktor i arbeidsmiljøet.

En annen ledelseskvalitet som presenteres av case 1 og 2 er leders mulighet for tilrettelegging slik at arbeidstaker unngår fysisk skade. Teorien nevner også psykisk skade, men dette nevnes ikke av informantene spesifikt. Det ble nevnt mer generelt fra case 2 at man ikke ville skade sin arbeidshelse på jobb.

Fra case 2 nevnes ledelseskvalitet om tillitt mellom ansatte og leder. Tillitt, i Spurkelands forklaring, menes om tillitt til at ansatte gjør den jobben de skal og at partene vil hverandre vel. Dette forstår forsker som; fravær av micromanagement ovenfor de ansatte, og ikke som en informasjonssikkring slik informanten beskriver. I teorien om friskfaktor og energitappere nevnes denne form for tillitt som en viktig ledelseskvalitet for påvirking av arbeidsdagen. På denne måten at ansatte med trygghet kan prate med sin leder.

Felles for case 1 og case 2 er at de nevner ledelseskvaliteter som å bli sett, få anerkjennelse av ledelsen, og god relasjon. Leder fra case 1 nevner ord som ros og skryt som er anerkjennelse og beskriver de ansatte ”med stjerner” i øynene når dette gjøres. Case 1 alene nevner faktoren belønning, noe som også kan sees i sammenheng med anerkjennelse.

Fra begge case viser funn forenelig med at mennesker er et resultat av både jobb og privatliv hvor en viktig lederegenskap vil være å ha et helhetlig menneskesyn. Grad av påvirkning av privatliv inn i arbeidslivet varierte dog fra case til case, men begge case anerkjenner ansatte som helhetlige. Av Maslows behovspyramide sees punkt fire at mennesker søker anerkjennelse. Dette vil gjøres i alle livets faser, altså i jobb og privatliv. Det er samtidig viktig å ta med at arbeidstakers livssituasjon endres hvor det som var viktig tidlig i ansattes karriere og liv ikke trenger være gjeldende 20 år senere.

Baksiden med å jobbe med tilrettelegging og akseptering av ansattes privatliv og arbeidsliv er oppbyggingen av forventning om å mestre ”det perfekte liv”. Man skal mestre statusjobben, ha god lønn, den perfekte kroppen, i det perfekte huset, alle disse indre og ytre krav man

setter til seg selv. Gjennom helsefremmende ledelse, hvor man erkjenner mennesker som produkt av både erfaringer fra privatliv og arbeid støtter man opp under slik tanke. Slik P1 poengterer, arbeidsplassen er den eneste arena du har en kontraktsmessig avtale om å utføre arbeid. Dette ble sakt ved beskrivelse av dagens tidsklemme hvor det er mange som stiller krav til ansatte i dagens samfunn. For noen mennesker blir kravene til seg selv, og av andre, for mye, noe som kan slite dem ut. Da kan sykemelding være en form for mestringsfravær slik teorien viste med akuttsykepleiere som tok ut sporadiske fraværsdager for å unngå langtidssykemelding. Likevel blir dette noe annet da denne beskrivelsen gjelder for å mestre det *helhetlige* livet og ikke bare mestring av arbeidssituasjonen alene. Dette kommer også inn under det teorien beskriver som holdninger til arbeidet. Dette var dog omdiskutert og ikke vist som stor faktor til påvirkning til det store sykefraværet i helsesektoren.

Kanskje må privatlivet gå på bekostning, til en viss grad, til fordel for arbeid. Under beskrivelse av nærværprosjektet gjør P1 følgende refleksjoner; ”Det er også blitt svært tydelig at ustabilitet i ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og nærvær på arbeidsplassen. Ledere må «tørre å være ledere» - ta de avgjørelser som kreves”.

I helsefremmende ledelse er det viktig å styrke opp om jobbnærværet og arbeidsmiljøet. Disse to har vi sett går tett sammen. Dette, i følge informantene, kan ledelsen gjøre gjennom først og fremst gjennom ledelseskvaliteter, men også ved å tilrettelegge arbeidsplassen ved sykdom og for å forebygge skade. De viser til at på dager der man vipper mellom å dra på jobb eller bli hjemme er arbeidsforholdene avgjørende. Den ene informanten sa ”man vil ikke ødelegge helsen sin på arbeid heller”. Baksiden omkring denne tenkingen nevnes her med tanke på informanten fra case 2 M2 som gjorde refleksjoner omkring forventninger til seg selv hvorvidt de var hennes egne, kolleger eller leders.

5. Konklusjon og avslutning

I dette kapittelet vil oppgavens konklusjons presenteres. Det vil også komme avsluttende ord med kommentarer til videre forskning på grunnlag av manglende funn. Dette vil komme i eget avsnitt om forslag til videre forskning. Til slutt vil det komme eget avsnitt om oppgavens relevans for annen virksomhet. Først presenteres konklusjon.

5.1 Konklusjon

I dette delkapittelet vil oppgavens konklusjon presenteres. Hvert av forskningsspørsmålene vil først besvares og kommenteres hver for seg i delkapittelet 5.1.1 og 5.1.2. Til slutt vil oppgavens overordnede problemstilling besvares og kommenteres i delkapittelet 5.1.3.

5.1.1 Hva er viktige friskfaktorer og energitappere i arbeidsmiljøet i helsesektoren?

Sammenligner man informantenes funn med litteraturgjennomgangen finner man svært like resultater omkring friskfaktorer og energitappere. Funn fra informantene viste større grad av leders påvirkning samt ledelseskvaliteter som større andel av friskfaktor og energitapper i arbeidsmiljøet enn hva forskeren hadde forventet ut fra teorien. Leders påvirkning av arbeidsmiljø og sykefravær kan være av større betydning i helse og omsorgssektoren, enn teorien først har beskrevet. Teorien omkring friskfaktorer og energitappere handlet ikke utelukkende om helse og omsorgssektor, men av flere arbeidsplasser. Funnene viser til nødvendigheten av trygghet i denne sektoren, noe som kan være et produkt av de mange omstillingsprosessene denne sektoren har vært gjennom de siste år. Også her var leders tilstedeværelse og åpenhet et viktig funn.

Et viktig funn, som også var forenelig med teorien om energitappere, var deres beskrevne ønske om debrifing og tid til refleksjon. Dette påpekte også P1 at funn fra Nærversprosjektet støttet. Likevel viser ikke case 1 til at dette ble tatt tak i i etterkant av prosjektet. Av teorien fremkom det at vold/trusler og emosjonelle krav var forbundet som energitappende. Dette finner forsker ikke støtte i av informantene. Derimot etterlyses muligheten for refleksjon og debrifing, noe som kan sees i sammenheng med disse kravene. I tillegg kan en forklaring ligge i at informantene jobbet med somatiske avdelinger noe som da vil begrense den påkjenningen med vold/ trusler som muligens er større ved psykiatriske avdelinger.

Solidaritet var et nøkkelord fra litteraturgjennomgangen. Dette nevner ikke informantene spesifikt, men beskriver tryggheten omkring en stabil arbeidsstokk med nære relasjoner til hverandre.

På mange måter ser man at der en har fravær av friskfaktor resulterer det i energitapper og visa versa.

Et av avvikene mellom teoretiske funn og funn fra informantene var at informantene ikke oppga tungt fysisk arbeid som en energitapper. Derimot nevnes arbeidsmengde. Dette er påfallende i et yrke som tradisjonelt sett er forbundet med tunge fysiske løft. Forklaringen kan ligge i godt tilrettelagte arbeidsplasser slik case 1 refererer til gjennom oppgraderingen av lokalene. Forklaringen kan også ligge i at informantene først og fremst jobbet som gruppeledere som innebar både administrativ jobb og pleiejobb, ikke pleie alene. Med dette oppnås det variasjon i arbeidsdagen. Funnene omhandlet først og fremst det psykososiale arbeidsmiljøet.

Det var heller ikke oppgitt funn fra informantene om lav lønn, noe som også er rart i et yrke som er forbundet med å være lavtlønnet. Derimot ble det rapportert om viktigheten med å bli sett og anerkjent gjennom blant annet belønning. Det ble også nevnt fra informantene at følelse av verdi var viktig for å være på jobb, men heller ikke dette var i sammenheng med lønn.

I drøftingen ble det også påpekt at det ikke fremkom funn omkring informantenes arbeidstid og turnusbelastning. Ingen av medarbeiderne fra case 1 eller case 2 nevnte belastningen med turnusarbeid. Dette kan henge sammen med at alle informantene jobbet dag eller aftenvakter, eller en kombinasjon. Ingen av dem var i tredelt turnus som også inneholdte nattevakter. Dette har vært et høyaktuelt tema i sykepleieryrke, nemlig belastningen av å jobbe turnus. Kanskje det ville kommet fram som funn ved et større utvalg informanter.

I boken Friskfaktorer ble det beskrevet at en analyse av arbeidsplassen var nødvendig for å kartlegge hvilke friskfaktorer og energitappere som var tilstede ved aktuell arbeidsplass. På mange måter kan man sammenligne et slikt arbeid med de samtalene som ble gjennomført i forbindelse med Nærværprosjektet til case 1. På den måten fikk ledelsen tak i hvilke problemer som rørte seg ved arbeidsplassen, samtidig som at de ansatte ble sett og hørt av ledelsen. En slik kartlegging må være systematisk. Det er likevel ikke hensiktsmessig med

slike samtaler og kartlegginger hvis problemene ikke tas tak i av ledelsen i etterkant. Som vi senere i teorien får beskrevet av Spurkeland gjennom relasjonsorientert ledelse er den daglige fortløpende samtalen like viktig for relasjonen mellom de ansatte og ledelsen – til motsetning mot de årlige medarbeidersamtalene.

Videreførelse av Nærværprosjektet var nå nærværssamtaler hver 6.måned mellom ansatte og leder. Evaluering omkring dette forelå ikke enda, men case 1 har vist til en stabilt lavere sykefravær enn i forkant av prosjektet. Dette setter dog forsker spørsmålstegn ved da effekten ikke nødvendigvis kommer av prosjektet i seg selv, men av at arbeidsplassen har fått ledelse på plass.

I en sektor med flere omleggingsprosesser kan en innsats legges i utdanning av ledere slik at informantenes uttrykk for ledelseskvaliteter som friskfaktor og energitappere kan innfris mer enn ved tilfeldig personlige egenskaper.

5.1.2 Hva er leders rolle i henhold til å ivareta et godt arbeidsmiljø og forebygge sykefravær?

Sammenlignes funn fra litteraturgjennomgangen med funn fra informantene ser vi at de har mange fellesstrekk med nøkkelord som *ledelseskvalitet* som fellesnevner. Innen positivt lederskap og relasjonsorientert ledelse finner man mange fellesstrekk ved dem. Forsker konkluderer med at å lede mennesker gjennom relasjonsorientert ledelse leder man helsefremmende da man ser sine ansatte helhetlige. Likevel, som beskrevet under drøftingen, vil det være mulig for en arbeidsgiver å tilrettelegge for arbeidstaker til en viss grad. I tillegg til informantenes svar om at det er arbeidstakers helse og ansvar, men arbeidsgiver kan med fordel også legge til rette ved private problemer hvis mulig. Arbeidsgiver har først og fremst et ansvar ved arbeidsplassen i arbeidstiden, men en erkjennelse av arbeidstaker som helhetlige ser man at man er et resultat av alle livets arenaer.

I arbeidslivet er arbeidsplassene sammensatte hvor det er mange hensyn å ta. Krav til seg selv, pasient, pårørende, leder, kolleger osv. En arbeidsdag vil være preget av kompromiss og harde prioriteringer, spesielt hvis situasjon er den at det ikke er ressurser tilsvarende de krav som stilles. Det vil være ulikt fra organisasjon til organisasjon hvilken mulighet til har for å tilrettelegge for å imøtekomme de behov og ressurser som trengs. I helse og omsorgssektoren som de siste år har vært gjennom store omlegginger vil det kunne være hensiktsmessig å rette

fokus på dette området. Dette henger tett sammen med funn fra intervjuene samt litteraturgjennomgangens beskrivelse av psykososialt arbeidsmiljø.

Gjennom funnene omkring forskningsspørsmål to ser man at arbeidsmiljø og sykefravær henger tett sammen. Et dårlig arbeidsmiljø kan resultere i høyt sykefravær og visa versa. I tillegg ser man nå at ledelse og leders ledelseskvaliteter påvirker arbeidsmiljøet positivt eller negativt. Dog er det vanskelig å si noe om i hvilken grad leder påvirker arbeidsmiljøet og deretter sykefraværet. Dette kan være årsak til det høye sykefraværet som case 1 hadde i forkant av Nærværsprosjektet eller den tiden uten ledelse til stede. Dette var også en erfaring prosjektleder fra case 1 reflekterte omkring. Et viktig funn i denne forbindelsen var fra informanten som beskrev nødvendigheten med at leder oppretthold kontakt med den ansatte under sykefravær. På den måten følte hun omsorg og verdi til arbeidsplassen. Teorien påpekte at ved lengre sykefravær var det vanskelig å komme tilbake til arbeidsplassen.

5.1.3 Hvordan kan ledere jobbe for å forbygge sykefraværet til medarbeidere i helse og omsorgssektoren gjennom fokus på arbeidsmiljø i Norge?

Det å jobbe med helsefremmende ledelse er ved å jobbe *med* friskfaktorer og *mot* energitappere. Gjennom å avdekke hvilke friskfaktorer og energitappere som finnes i et arbeidsmiljø kan ledelsen jobbe målrettet for å forbedre arbeidsmiljøet og dermed trolig redusere sykefraværet. Beskrevne ledelseskvaliteter av teori og fra informantene var nært knyttet opp til Spurkelands relasjonsledelse som helsefremmende ledelse. Denne form for ledelse var nært beslektet med positivt lederskap og bar ikke preg av diktatorisk ledelse. Ledelsens oppgave var å være tilgjengelig og synlig slik at en nær, likestilt relasjon skulle kunne finne sted. Dagens ledere, med nedbyggingen av hierarkier, er i større grad opptatt av administrative oppgaver, mer enn å lede mennesker. Et innsatsområde her kan tenkes å være fordelaktig. Det kreves dog mer forskning på området for å kunne konkludere med det.

Det å ha en lederstil som ser de ansatte, gir dem ros, ha ei åpen dør og anerkjenner deres arbeidsdag er også vist positivt på arbeidshelsen. Dette i tillegg til at ledelsen må være handlekraftig. Det første steget innen helsefremmende ledelse er å ha et helhetlig menneskesyn på de ansatte.

Gjennom forskningsspørsmålene har vi kunnet vise til hvordan ledelse kan jobbe for å forebygge sykefravær. Konklusjonen er at sykefravær og arbeidsmiljø henger tett sammen, og at ledelseskvaliteter er positive faktorer på arbeidsmiljøet. Gjennom informantenes svar

omkring friskfaktorer og energitappere ser man at ledelse med fokus på disse innsatsfaktorene, med ledelseskvaliteter som nøkkelord, kan bidra til å lykkes med å forbedre arbeidsmiljø og redusere sykefravær. Dette skal kunne lede ut i helsefremmende arbeid og helsefremmende arbeidsplasser. Da er ikke fokus på risikofaktorer alene slik teorien påpeker.

I følge Söderlund (2003) kan en analyse på organisasjonsnivå hjelpe til med å finne bedriftens styrker og svakheter. Dette kan være noe Nærværprosjektet for case 1 bidro med. De var kommet til et punkt der de, ifølge K1-M2, ”pokka nødt til” å gjøre noe med situasjonen til de ansatte, som nevnt under konklusjon til forskningsspørsmål 2.

5.2 Videre forskning

For videre forskning kan det diskuteres hvordan funnene kan implementeres slik at sykefraværet i helse og omsorgssektoren reduseres, eller helst - forebygges. På temaet foreligger det lite kvantitativ forskning, noe som kanskje kunne vært hensiktsmessig for å kunne få flere funn. Mye tydet på at ledelseskvaliteter i seg selv var vist som friskfaktor hvor et innsatsområde på å utdanne ledere i helsesektoren kan være en fordel. Det er ikke påkrevd utdanning innen ledelse for å bli ledere i denne sektoren hvor det derfor kunne vært interessant å forsket videre på dette. Ut fra de funn som er presentert hadde det vært interessant å se om det var mulig å komme fram med en teori som proaktivt forebygger sykefravær.

Case 1 og case 2 har hatt tilnærmet likt sykefravær, mellom 8-10%, de siste måneder. Tall i forkant av Nærværprosjektet fra case 1 viste at de avdelingsvis var oppe i en fraværspersent på nesten 30% i enkelte måneder. Det er rimelig å anta at høyt sykefravær i case 1 i stor grad skyldes fravær av nærledelse som skapte ytterligere utrygghet midt i en omstillingsprosess som også kan være årsak til det store fraværet. I tillegg til liten grad av medvirkning fra arbeidstakerne. Sammenlignes case 1 med case 2 ser vi at case 2 i omstillinger hadde nærledelse til stede, samt at arbeidstakerne selv var involverte i selve omstillingen. Videre her kan man tenke at nærledelse gir nærvær, og i motsatt tilfelle at fravær av ledelse gir fravær? Dette er også noe det bør forskes videre på. Grad av påvirkning er også vanskelig å si noe om. Funnene fra informantene er mange omkring ledelseskvaliteter hvor leders påvirkning kan tenkes og være i stor grad, men vanskelig å fastsette av denne studien.

Resultatet av nærværprosjektet kan dog diskuteres med tanke på at case 2, uten dette prosjektet, har et lavere fraværstall enn case 1 i dag. Nærværprosjektet har hatt en ønsket

effekt i den grad at det bidro til å redusere sykefraværet som den gang var svært høyt. Samtidig kan det stilles spørsmål med hvorvidt tiltak som samtale med leder etter fire egenmeldinger, Nærværssamtaler hver sjettede måned, eller fokus på sykefravær, har hatt påvirkning på nærværet til de ansatte, dersom fokuset ble økt på arbeidsmiljøet, helsefremmende ledelse, friskfaktorer alene, og ikke minst tilstedeværende leder.

Teorien påpekte energitapper omkring et yrke preget av fysisk tungt arbeidsmiljø, men informantene nevnte ikke dette i stor grad. Det kan tenkes at dagens sykehjem har tilgjengelige gode hjelpemidler til slike forflytninger slik at denne fraværdrivende faktoren er på vei bort. På denne måten kan det tenkes at forhold i det psykososiale arbeidsmiljøet er av langt større betydning i dag enn det fysiske arbeidsmiljøet. Dette bør det også forskes mer på. Funn fra informantene i oppgaven bekrefter det ikke, men det kan tenkes, slik teorien viser, at en mer vektet kjønnsammensetting kunne vært fordelaktig for det psykososiale arbeidsmiljøet. Dette kan være en innsatsfaktor med tanke på rekruttering, men det bør også forskes mer på området.

Ingen av casene viste til funn omkring arbeidstiden, dette kan ha en sammenheng med at alle informantene hadde en turnus bestående av dag eller aftenvaker, eller en kombinasjon. Ingen av dem var i tredelt turnus, eller nattjobbing. Dette var funn fra teorien, at belastende arbeidstid var likt med turnusjobbing. Tilrettelegging av arbeidstid er en ledelsesoppgave. Det er dog verdt å drøfte her hvorfor kvinnedominert yrke ikke får status som skiftarbeid slik Sykepleierforbundet har jobbet for. Her stiller forfatter spørsmål om kvinners mindreverdighetsfølelse kan spille en rolle for de høye sykefraværstall da likestilling ikke finner sted. Dette må det også forskes mer på. Likestillingen mellom turnusarbeid og skiftarbeid er noe som styres nasjonalt hvor den enkelte arbeidsplass ikke kan endre en slik praksis. De aller fleste sykepleiere er offentlig ansatte hvor slike endringer må skje sentralt og ikke i nærledelsen til de ansatte. De fleste er ansatt i et politisk styrt organ hvor slike endringer ikke kan gjøres lokalt av en nærleder. Nærleder kan dog påvirke belastningen ved turnusarbeid ved eksempelvis å innføre tredelt turnus.

5.3 Oppgavens relevans for annen virksomhet

Oppgavens hensikt var å finne ut av hvordan ledere kan jobbe forebyggende med sykefravær gjennom fokus på arbeidsmiljø. Hovedessensen synes å være økt fokus på ledelseskvaliteter for å forbedre arbeidsmiljøet, samtidig gjennom å lede med helsefremmende ledelse. Studiens

funn tyder på at sykefravær kan skyldes mer enn reell sykdom og skade, hvis arbeidstakernes fysiske og psykiske arbeidsmiljø ikke er ivaretatt med friskfaktorer og ledelseskvaliteter. Mye arbeid kan gjøres proaktivt for å unngå sykefravær gjennom tidlig tilrettelegging. Relasjon mellom leder og ansatte, arbeidsmiljø og friskfaktorer ser ut til å være viktige faktorer for de ansattes jobbnærvær. Det kreves dog en analyse av arbeidssituasjonen slik at energitappere kan identifiseres i bedriften.

Studien har bidratt til å belyse viktige faktorer som spiller inn ved sykefravær i helsesektoren. Det er en kompleks arbeidsoppgave å redusere et sykefravær da faktorene er mange, i tillegg til at det er en organisasjon med mange ansatte, og trange økonomiske rammer. Flertallet av informantene bekrefter viktigheten med å fokusere på muligheter og nærvær, istedenfor begrensninger og fravær.

Oppgavens relevans for annen virksomhet ansees stor da det ikke foreligger noen grunn til å tro at funnene vil være unike for helsesektoren. Her må det tas med i betraktningen at funnene er fra kvinnelige informanter alene hvor det da kan tenkes at overførbarheten vil være størst til annen kvinnedominerte yrker eksempelvis barnehage. Yrket som sykepleier er preget av uforutsigbarhet til en viss grad med tanke på at man ikke kan planlegge en pasients helse i forkant av arbeidsdag. Det er et yrke preget av både psykisk og fysisk tung belastning og på denne måten ansett som en dynamisk jobb. Det kan tenkes at overførbarheten vil være noe mindre til arbeidsplasser med statisk rutinearbeid. Dette fordi behovet for nærledelse kan tenkes å være mindre.

LITTERATURLISTE

Abrahamsson, K., Bradley, G., Brytting, T., Forslin, J., Miller, M., Söderlund, B., Trollestad, C., (2003), *Friskfaktorer i arbeidslivet*, Prevent – Arbeidsmiljø i samverkan Svensk Näringsliv, LO & PTK, Stockholm

Arbeidsmedisin.nett, *Generelt om psykososialt arbeidsmiljø*, nedlastet 19.05.16

URL: <http://arbeidsmedisin.net/index.php/elbok-i-arbeidsmedisin/generelt-om-psykososialt-arbeidsmiljo-modeller-stress>

Arbeidstilsynet.no, *Helsefremmende arbeidsplasser*, nedlastet 22.02.16

URL: <http://www.arbeidstilsynet.no/fakta.html?tid=233629>

Arbeidstilsynet.no, *Organisatoriske forhold som fører til psykososiale problemer*, nedlastet 19.05.16

URL: <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78774%20>.

Bjørngaard, J. H., Krokstad, S., Johnsen, R., Karlsen, A. O., Pape, K., Støver, M., Sund, E. & Westin, S. (2009) *Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden*. Norsk Epidemiologi

URL: <http://www.arbeidslivet.no/Arbeid1/Inkluderende-arbeidsliv/Intro-IA/>

Bjørngaard, J. H., Krokstad, S., Johnsen, R., Karlsen, A. O., Pape, K., Støver, M., Sund, E. & Westin, S. (2009) *Epidemiologisk forskning om uførepensjon i Norden*. Norsk Epidemiologi

Brochs-Haukedal W. , (2010), *Arbeids – og lederpsykologi*, 8.utgave, Chappelendamm AS

Ekspertgrupperapport, 2010. *Tiltak for reduksjon i sykefravær: Aktiviserings- og nærværreform*, Rapport fra ekspertgruppe i arbeidsdepartementet, Nedlastet 18.01.16

URL:https://www.regjeringen.no/contentassets/2e391e09f9d1452987c37df028d78d61/r_2010_tiltak_sykefravaer.pdf?id=2105343

Einarsen, S. & Skogstad, A. (2011), *Det gode arbeidsmiljø, krav og utfordringer*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS 2000.

Eriksen, W. (2003), *The prevalence of musculoskeletal pain in Norwegian nurses' aides*, International Archives of Occupational and Environmental Health, Nedlastet 27.01.16

URL:<http://ezproxy.uin.no:2063/docview/613483367?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=26469>

Eriksson T., (2003), *Vad får oss att må bra i arbetet?* , I: Friskfaktorer i arbetslivet, Prevent – Arbetsmiljö i samverkan Svensk Näringsliv, LO & PTK, Stockholm

Folkehelseinstituttet, *Arbeid og helse – Folkehelse rapporten 2014*, nedlastet 10.02.16

URL:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8907&Content_7242=7244:110555::0:7243:2:::0:0 ,

Forskningsrådet, (2007), *Årsaker til sykefravær og utstøting fra arbeidslivet*, Rapport fra planutvalget , nedlastet 19.10.15

URL:http://www.forskningsradet.no/servlet/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-Disposition%3A&blobheadervalue1=+attachment%3B+filename%3DRapport-%C3%85rsaker_til_sykefrav%C3%A6r.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1274505349210&ssbinary=true

Foss L., Skyberg K., (2008), *Sykefravær i ulike bransjer: Utvikling i sykefravær og uførhet i lys av individuelle faktorer og forhold ved arbeidsplassen*, Serie: STAMI-rapport Årg.9, nr. 18 (2008) ISSN: 1502-0932, nedlastet 01.12.15

URL:

http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/288544/stamirapporter_85.pdf?sequence=1%26isAllowed=y ,

Friis K., Ekholm O., Hundrup Y.A., (2008), *The relationship between lifestyle, working environment, socio-demographic factors and expulsion from the labour market due to disability pension among nurses*. Scandinavian Journal of Caring Sciences, juni 2008, 22(2):241 – 8.

Grimsmo A., (2015), *Samhandlingsreformen - hva nå?*, I: Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 1528, Nedlastet 29.04.16

URL: <http://tidsskriftet.no/article/3383736>

Grimsmo A., Sørensen B.A., (2004), *Null-punkt-undersøkelse i sykehus*, Arbeidsforskningsinstituttets notatserie/ The work research institutes occational papers

Grimlø R.E., (2005), *Personaladministrasjon – Teori og praksis*, 4.utgave, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Hackett R., Bycio P., (1996), *An evaluation of employee absenteeism as a coping mechanism among hospital nurses*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 69, (4):327-338

Hauge K., Markussen S., Raaum O., Ulvestad M., (2015), *Kan kjønnsforskjellen i sykefravær forklares av holdninger, normer og preferanser?*, Stiftelsen Frischsenteret for samfunnsøkonomisk forskning, RAPPORT, nedlastet 27.01.16

URL: http://www.frisch.uio.no/publikasjoner/pdf/rapp15_01.pdf

Hem, K.G., (2011), *Bedriftens kostnader ved sykefravær*, SINTEF, nedlastet 27.01.16

URL: <http://www.sintef.no/contentassets/5c5963abef68468a9f22c5b5c3af201a/kostnader-sykefrav2011.pdf>

Hofstad E., (2014), *Du kan bli sjuk hvis du ikke kjenner egne grenser. I: Sykepleien*, 102 (9):18-21

Holm-Petersen C., Vyberg N., (2011), *Arbejdsglæde i fremtidens sygeplejerskearbejde på hospitalerne. En undersøgelse af arbejdsglæde på en privat og en offentlig hospitalsafdeling*. København: dansk Sundhedsinstitut

Idebanken.org, *De beste arbeidsplassene er helsefremmende*, nedlastet 08.05.16

URL: <http://www.idebanken.org/innsikt/artikler/helsefremmende-arbeidsplasser>

Idebanken.org, *Helsefremmende arbeidsplasser*, nedlastet 22.02.16

URL: <http://www.idebanken.org/materiell/helsefremmende-arbeidsplasser?articleId=m34&lang=nb>

ILO, *Den internasjonale arbeidsorganisasjonen*, nedlastet 19.09.15

URL: <http://www.globalis.no/Statistikk/Arbeidsledighet>

Ingstad K., (2010), *Arbidsforhold ved norske sykehjem – idealer og realiteter*, I: Nursing Science & Research in the Nordic Countries, vol 30 (2), s. 14(4)

Jacobsen og Thorsvik (2013), *Hvordan organisasjoner fungerer*, Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Johannessen J-A., Olsen B., (2009), *Positivt Lederkapa*, I: MAGMA, nedlastet 25.02.16

URL: <https://www.magma.no/positivt-lederskap>

Johannessen A , Kristoffersen L, Tuft P.A, (2004), *Forskningsmetode- For økonomisk – administrative fag*, Oslo: Abstrakt forlag AS

Kvale S., Brinkmann S., (2009), *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Gyldendal akademisk

Lien E.F, (2014) *Skiftarbeid og sykefravær blant sykepleiere*, Sykepleien Forskning 2014 9 (4):350, nedlastet 19.10.15

URL: <https://sykepleien.no/forskning/2014/12/skiftarbeid-og-sykefravaer-blant-sykepleiere>

Lindahl B., (2006), *Integritet nytt begrep i norsk arbeidsmiljølag*, I: Arbeidsliv i Norden, S. 14-15

Lovdata.no, *Folketrygdeloven, Lov av 28.februar 1997 nr.19 om folketrygd*, Nedlastet 19.02.16

URL: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-4#KAPITTEL_5-4

Lovdata.no, *Helsepersonelloven, Lov av 2.juli 1999 nr.64 om Helsepersonell m.v.*, Nedlastet 19.02.16

URL: [https://lovdata.no/dokument/NL/1.juli ov/1999-07-02-64#KAPITTEL 2](https://lovdata.no/dokument/NL/1.juli%20ov/1999-07-02-64#KAPITTEL_2)

Lovdata.no, *Nye sykefraværsregler 1.Juli 2014:Oppfølging av sykemeldte*, Nedlastet 22.09.15

URL: <https://lovdata.no/dokument/SPHPM/pm-2014-10>

Mac A.,(2008), *Fri oss fra dårlig ledelse*, Oslo: Gyldendal akademisk

Makussen, S., Røed, K., Røgeberg, O. J. & Gaure, S. (2009) *The Anatomy of Absenteeism*. IZA Discussion Paper.

Mehmetoglu M., (2004), *Kvalitativ metode for merkantile fag*, Bergen, Fagbokforlaget

Mykletun A., Brinchmann B., , (2013), *Effekter av tiltak under IA-avtalen*, Folkehelseinstituttet, nedlastet 21.09.15

URL: <http://www.fhi.no/dokumenter/d215d69e06.pdf>

Myklebø S., Thune O., (2007), *Sykefravær og svangerskap*, Arbeid og Velferd nr. 2-2010, nedlastet 04.02.16

URL:[file:///C:/Users/Sissels/Downloads/Sykefrav%C3%A6r%20blant%20gravide%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Sissels/Downloads/Sykefrav%C3%A6r%20blant%20gravide%20(1).pdf)

Nav.no, Figur 1- Legemeldt sykefravær etter sektor, nedlastet 19.09.15,

URL:<http://tjenester.nav.no/navstatistikk/listing/main.do?appKind=InfoView&service=%2Fn avstatistikk%2Fcommon%2FappService.do>

Nav.no, *Sykemelding – ulike former*, nedlastet 19.02.16

URL:

<https://www.nav.no/no/Person/Arbeid/Sykmeldt,+arbeidsavklaringspenger+og+yrkesskade/Sykmelding+-+ulike+former>

NOA, (2013), *Norsk overvåking arbeidsmiljø*, nedlastet 03.02.16

URL: <http://noa.stami.no/arbeidsmiljoindikatorer/arbeidsmiljoprofiler/yrkesprofil/>

NOU 2010:13, *Arbeid for helse – Sykefravær og utstøting i helse og omsorgssektoren*.

Ohrem S., Mølster Galaasen A., Vidal-Gil E., (2013), *Arbeid og velferd*, Arbeids- og velferdsdirektoratet, OSLO

Ot.prp. nr 66 (2000-2001), *Om lov om helseforetek m.m. (helseforetaksloven)*, nedlastet 03.02.16

URL:<https://www.regjeringen.no/contentassets/15a4b853c7be45fb8d432b109b782961/no/pdf/a/otp200020010066000dddpdfa.pdf>

Osborg Ose S. (2010), *Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag*, SINTEF A14516
RAPPORT

Osborg O.S., Jiang L., Bungum B., (2014), *Det kjønnsdelte arbeidsmarkedet og kvinners arbeidshelse*, SINTEF FORSKNINGSRAPPORT, Nedlastet 27.01.16

URL: http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/a26056_endelig_rapport.pdf

SNL (Store Norske Leksikon), *Helseforetaksreformen*, nedlastet 02.02.16

URL: <https://snl.no/helsereformer>

Spurkeland J., (2013), *Relasjonsledelse*, Oslo: Universitetsforlaget AS

Spurkeland J., (2015), *Relasjonsledelse som helsefremmende lederadferd*, publisert 12.02.15, nedlastet 09.05.16,

URL: <http://www.forebygging.no/Artikler/2015/Relasjonsledelse-som-helsefremmende-lederatferd/>

STAMI, (2015), *Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2015- status og utviklingstrekk*, Statens arbeidsmiljøinstitutt

St.meld.nr. 47 (2008 – 2009). Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid, nedlastet 29.04.16

URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Sterud T., Knardahl S., Labriola M., Lund T., (2010), *Betydningen av arbeidsfaktorer for sykefravær, arbeidsevne og utførhet*, Utredning for HODs, nedlastet 10.02.16

URL: http://bilder.bibits.no/stami/DIVrapp_utred/2010/Kunnskapsoppsummering-Betydningen-av-arbeidsfaktorer-for-sykefravar.pdf

Støre JG., (2013), *Politiske mål og forventninger til spesialisthelsetjenesten. Tale til sykehusene (30.01.13)*. Nedlastet 02.02.16

URL: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/politiske-mal-og-forventninger-til-spesi/id713002/>

Søderlund B., (2003), *På spaning efter friskfaktorer*, I: Friskfaktorer i arbeidslivet, Prevent – Arbeidsmiljø i samverkan Svensk Näringsliv, LO & PTK, Stockholm

Texmo I. og Stølen N.M (2009), *Arbeidsmarkedet for helse og sosialtjenesten frem mot år 2030*. Dokumentasjon og beregninger med HELSMOD 2008. Rapport 2009/9, Statistisk Sentralbyrå, nedlastet 19.10.15

URL: http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200909/rapp_200909.pdf

Tjora A. (2010), *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo: Gyldendal akademisk

Torp S., (2013), *Hva er helsefremmende arbeidsplasser – og hvordan skapes det?*, I: Socialmedicinsk tidskrift 6/2013, s.768-779

Viken H., Haukelien H., Bakken R. et al. (2004), *Kvinnelig bemanning. Om vilkårene for fagutøvelse og kvalitet i omsorgsyrkene*. RAPPORT. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, nedlastet 02.02.16

URL: https://eazy.uin.no:2060/nat/2013/03-04/omsorgsykker_hierarki_og_kjoenn_historiske_linjer

Willadssen B., (2014), *Arbeidsmiljø og HMS-arbeid*, Oslo: Gyldendal akademisk

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Masteroppgave i helsefremmende ledelse”

XXXXXX, 05.02.16

Hei.

I forbindelse med mitt masterstudium ved Handelshøgskolen i Bodø ønsker jeg å kunne se nærmere på sammenhengen mellom sykefravær, arbeidsmiljø og ledelse i helse og omsorgssektoren.

Hensikt og målet med denne oppgaven er å få en større innsikt i temaet sykefravær og leders rolle og bidrag til sykenærver gjennom fokus på arbeidsmiljø.

Problemstillingen som skal analyseres lyder som følger: *Hvordan kan leder jobbe for å forbygge sykefravær til medarbeidere gjennom fokus på arbeidsmiljø i helse og omsorgssektoren i Norge?*

Forskningsspørsmålene, som skal utfylle problemstillingen, er som følger:

- 1. Hva er viktige friskfaktorer og energitappere i arbeidsmiljøet i helsesektoren?**
- 2. Hvordan jobber ledelse for å ivareta godt arbeidsmiljø?**
- 3. Hvordan kan ledelse jobbe helsefremmende for å forebygge sykefravær?**

For å undersøke dette ønsker jeg å foreta individuelle intervjuer av aktuelle informanter.

Aktuelle informanter som ønskes til oppgaven er: en avd.leder, to sykepleiere i pasientkontakt. For sykepleierne er det ønskelig med en med lang ansinitet og erfaring, samt en med kortere. Intervjuene vil vare ca.60 min.

Deltakelsen i studien er frivillig og informantene har anledning til å trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn.

Opplysningene i intervjuene vil bli anonymisert, og behandles konfidensielt. Det vil ikke være mulig å gjenkjenne informant som har deltatt i studien når oppgaven blir publisert.

Som hjelpemiddel under intervjuene vil jeg bruke opptak på mobil, dette for å sikre meg alle opplysninger under intervjuet. Opptakene og eventuelle notater vil bli slettet like etter levert oppgave 20.05.16.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med

1. Oppgavens forfatter XXXXXXXX
2. Veileder fra skolen XXXXXXXX

Med vennlig hilsen

XXXXXXXX

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Introduksjon:

Jeg innleder intervjuet med ; Takk for at du ønsker å bidra i min studie.

Jeg informerer så om min masteroppgave, hva den tar for seg av tema og litt om spørsmålene jeg kommer til å stille.

Videre sier jeg noe om betydningen av deres svar. Fordelen med åpne, ærlige og utdypende svar.

Dernest poengterer jeg at deltakelsen er frivillig, og at de kan trekke seg når som helst uten å måtte oppgi grunn.

Samtidig vil hjelpemiddelet med opptak på mobilapp bli forklart, samt at det presiseres at alt vil anonymiseres og behandles konfidensielt.

I forkant har jeg fått godkjenning fra personvernombudet for forskning til å foreta min studie.

1. Innledende spørsmål

- Kjønn?
- Alder?
- Sivilstatus?
- Hvilken stilling har du?
 - Hva er din utdanning?
- Hvor lenge har du jobbet her?
 - Hva er din rolle i avdelingen/bedriften?
- I hvilken stillingsstørrelse?
- Hvordan opplever du sykefraværet er på arbeidsplassen din?
 - Hvilke konsekvenser opplever du av dette?
 - Positivt?
 - Negativt?
- Er arbeidsplassen din en IA-bedrift?
 - a. Har du erfaring med IA-arbeid selv?
 - * Hva er bra?
 - * Hva kan forbedres?

2. Arbeidsmiljø

1. Hva mener du arbeidsmiljøet betyr for tilstedeværelsen på din arbeidsplass?
2. Hvordan opplever du arbeidsmiljøet i avdelingen?
 - a. Hva er bra?
 - b. Hva er mindre bra?
3. Hva kan du/ansatte selv gjøre for å forbedre arbeidsmiljøet?
 - a. med tanke på å redusere sykefraværet?
5. Hvis man føler seg i dårlig form,
 - a. hva er det som gjør at man kommer på jobb?
 - b. eventuelt ikke kommer på jobb?
6. Hva kan gjøres for at man kan velge å komme på jobb med det som er friskt, enn å være hjemme med det som er sykt?
7. I hvilken grad føler du at du kan påvirke arbeidsdagen din?
8. I ditt arbeidsmiljø, kan du beskrive
 - a. energitappere?
 - b. friskfaktorer?

3. Sykefravær

1. Hvilken påvirkning har sykefraværet på din arbeidsplass?
 - a. Har det noe å si om man kommer på jobb?
2. Hvilken grad av tilrettelegging finnes på din arbeidsplass?
 - a. Hvordan kan fysiske helseplager reduseres/tilrettelegges ledelsen?
 - b. Hva gjør du selv for å opprettholde god fysisk helse?
 - c. Hvordan kan psykiske helseplager reduseres/tilrettelegges av ledelsen?
 - d. Hva gjør du selv for å opprettholde god psykisk helse?
 - e. Hva mener du er arbeidsgivers ansvar med tanke på helsefremmende tiltak på arbeidsplassen?
 - f. Hva mener du er arbeidstakers ansvar?
 - g. Henger jobb og privatliv mer sammen enn vi vil innrømme?

4. Ledelse

4. Hva kan ledelsen gjøre

- a. for å forbedre arbeidsmiljøet?
- b. for å redusere sykefraværet?

1. Hva mener du er

- a. ledelsens ansvar med tanke på arbeidsmiljø?
- b. de ansattes ansvar?

2. Hvilke tiltak

- a. gjør ledelsen for å forebygge sykefravær?
* hvilke erfaringer har du med disse tiltakene?
- b. gjør ledelsen for å forbedre arbeidsmiljøet?
*hvilke erfaringer har du med disse tiltakene?

3. I hvilken grad involveres de ansatte ved avgjørelser og beslutninger i deres arbeidshverdag?

- a. ved omstilling?
- b. ved endring av rutiner?

4. Har/er det tillitt til ledelsen?

- a. oppleves rettferdig? Konsekvente?
- b. Treffer de beste/riktige beslutningene?

5. Nærværprosjektet

Beskriv bakteppet for hvordan/ hvorfor dette oppsto

Beskriv Nærværprosjektet

1. Hvordan opplevde du gjennomførelsen av nærværprosjektet var? (logistikk, hvem utførte, tilbakemeldinger)

- a. for deg?
- b. for de ansatte?
- c. for sykehjemmet?

2. Hvordan har Nærværprosjektet påvirket (med tanke på samhold, bli sett, kjent i de ansattes liv)

- a. deg?

- b. avdelingen?
 - c. de ansatte?
3. Den umiddelbare effekten av prosjektet var god for fraværstatistikken.
- a. Har dette vedvart? Hvorfor/hvorfor ikke
 - b. Hvordan videreføre dette?
 - c. Hvordan opplevdes det å ”ta over” samtalene etter andre?
4. Har prosjektet blitt evaluert?
5. Hva har tilbakemeldingene fra de ansatte vært?
- a. hva var positivt?
 - b. hva var negativt?

Avrundende spørsmål

- Hva mener du er de viktigste faktorene for å redusere sykefraværet?
- Hva mener du er de viktigste faktorene for å få til et godt arbeidsmiljø?
- Hva er helsefremmende ledelse, arbeidsmiljø og sykefravær for deg?
- Har du noe du vil legge til eller vil utdype?