

Systematisk HMS-arbeid i sykehus

Per-Christian Borgen

FAKULTET FOR SAMFUNNSVITENSKAP

Systematisk HMS-arbeid i sykehus

Per-Christian Borgen

Ph.d. i sosiologi
Fakultet for samfunnsvitenskap

Nord universitet

Ph.d. i sosiologi nr. 21 (2016)

Per-Christian Borgen

Systematisk HMS-arbeid i sykehus

© Nord universitet

ISBN: 978-82-92958-20-9

Trykk: Trykkeriet, Nord universitet

www.nord.no

Alle rettigheter forbeholdes.

Kopiering fra denne bok skal kun finne sted på institusjoner som har inngått avtale med Kopinor og kun innenfor de rammer som er oppgitt i avtalen.

SAMMENDRAG

Avhandlingen bygger på en studie av HMS-arbeidet ved tre sykehus i Nordland. Hovedproblemstillingen er: Hvordan kan vi forstå systematisk HMS-arbeid i sykehus, og hva kan HMS-arbeidet i sykehusene fortelle oss om endringsprosesser i offentlig sektor? Hovedproblemstillingen utdypes av fire forskningsspørsmål. Det er foretatt to feltarbeid bestående av kvalitative intervjuer og dokumentstudier med 15 års mellomrom, i 1998-1999 og i 2013.

Funnene presenteres og drøftes i fire artikler. Artikkel I viser at HMS-aktiviteten i starten på perioden både er lav sammenliknet med målsettingen i HMS-lovgivningen og skjev sammenliknet med bredden i arbeidsmiljølovens krav og kompleksiteten i arbeidsmiljøet. Artikkel II ser nærmere på årsaker til skjevheten i HMS-arbeidets innhold, mens Artikkel III studerer årsaker til den lave HMS-aktiviteten. Artikkel IV viser at HMS-aktiviteten i slutten av perioden er høyere, mer systematisk og mer synlig enn tidligere, og på en bedre måte gjenspeiler bredden i arbeidsmiljølovens målsetting og sykehusenes HMS-utfordringer.

Materialet belyses av tre teoretiske perspektiver. I et organisasjonsteoretisk perspektiv forstås internkontroll av helse, miljø og sikkerhet (IK-HMS) som et styringssystem for arbeidsgiveren og som en NPM-inspirert reform som inngår i en politisk ønsket endring av offentlig sektor, deriblant sykehusene. I et folkehelsevitenskapelig perspektiv forstås systematisk HMS-arbeid som folkehelsearbeid med arbeidslivet som arena, og vurderes ut fra kvalitet, omfang, faglig innhold og medvirkning fra de ansatte. I et profesjonsteoretisk perspektiv forstås systematisk HMS-arbeid i sykehus med utgangspunkt i sykehusets tradisjoner, organisasjonskultur, maktforhold og det spesielle ved arbeidet som utføres.

Den økte HMS-aktiviteten i perioden gir en indikasjon på at NPM-inspirerte reformer har bidratt til å endre offentlig sektor. Samtidig må endringsarbeidet tilpasses organisasjonenes eksisterende verdier og normer for å bli vellykket.

ABSTRACT

The thesis is based on a study of the Systematic Health, Environment and Safety (HES) Activities at three hospitals in Nordland County (Norway). The central issue is: How can we understand systematic HES activities in hospitals, and what can the HES activities in hospitals tell us about processes of change in the public sector generally? The central issue is elaborated as four research questions. Fieldwork consisting of qualitative interviews and document studies was carried out on two occasions over a period of 15 years, in 1998-1999 and 2013.

The findings are presented and discussed in four articles. Article I shows that HES activities in the beginning of the period were low in relation to the objectives of the HES legislation, and imbalanced in relation to the various aspects of the legal requirements of the Working environment Act and the complexity of the working environment. Article II looks at the causes of the imbalance in the HES work content, while Article III studies the reasons for the low HES activities. Article IV demonstrates that HES activities at the end of the period are higher, more systematic, and more visible than before, and better reflect the various aspects of the Working environment Act's objectives as well as hospitals' HES challenges.

The material is illuminated by three theoretical perspectives. From an organization theory perspective, Internal Control Regulations are understood as a management system for the employer, and as an NPM-inspired reform motivated by a politically desired change in the public sector, including hospitals. From a public health science perspective, systematic HES activities are understood in terms of public health with a focus on labor relations, and specifically quality, scale, content and employee participation. From the point of view of professional theory, systematic HES activities in hospitals are understood based on the hospital's traditions, organizational culture, power relations and the particularity of the work performed.

The increased HES activities in the period gives an indication that NPM-inspired reforms have helped to change public sector. At the same time, it is argued that such transformations must be adapted to organizations existing values and norms to be successful.

FORORD

Avhandlingen er resultat av et forskningsarbeid som til sammen har gått over nærmere 20 år, fra planleggingen av den første delen av studien i 1997 til avslutningen i 2016. Arbeidet har til tider vært en både tung og ensom prosess. Når arbeidet etter alle solemerker likevel synes å gå mot slutten, skyldes det ikke minst at jeg har mottatt verdifull hjelp og støtte underveis.

En stor takk går til de organisasjonene som har gitt tillatelse til at intervjuene kunne finne sted og ikke minst til alle dem som har latt seg intervju, selv om arbeidsdagen deres allerede var svært travel. Uten deres velvilje hadde det ikke vært mulig å gjennomføre studien.

Både tidligere og nåværende ledere ved Profesjonshøgskolen har vært positive. En spesiell takk går til tidligere dekan Arne Fjalstad og visedekan Bodil Svendsgård, som tildelte meg 20 % FOU-tid utover det som ligger til stillingen min i perioden fra høsten 2011 til våren 2015.

Takk også til mine mange positive kolleger, til familie, venner og andre som har bidratt med praktiske ting, hjelp til oversettelse, middagsinvitasjoner, oppmuntring og annen sosial støtte.

Professor Johans Tveit Sandvin og professor Ståle Seierstad, begge ved Fakultet for samfunnsvitenskap, bidro med viktige kommentarer og innspill i første del av prosjektet. I denne perioden hadde jeg også gleden av å samarbeide med Bente Vibecke Lunde. Bente var, og er fortsatt, en meget god kollega. De to første av de fire artiklene som inngår i avhandlingen min, er skrevet sammen med henne. Tusen takk for samarbeidet, Bente!

Sist, men absolutt ikke minst: Tusen takk til min veileder, professor Ann Therese Lotherington. Ann Therese har vært positiv til prosjektet helt fra første gang jeg kontaktet henne, og hun har gjennom hele prosessen vært faglig inspirerende og støttende, og dessuten langt mer fleksibel og imøtekommende enn det man kan forvente.

INNHold

DEL I: KAPPEN

| | |
|---|----|
| 1. INNLEDNING | 7 |
| 1.1 Arbeid, arbeidsmiljø og arbeidsmiljøloven | 7 |
| 1.2 Hva er systematisk HMS-arbeid og internkontroll? | 9 |
| 1.3 Arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid | 11 |
| 1.3.1 Utviklingen i det systematiske HMS-arbeidet i norske virksomheter | 12 |
| 1.3.2 Arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid i sykehus | 12 |
| 1.4 Avhandlingens hovedproblemstilling, forskningsspørsmål og artikler | 15 |
| 1.5 Avgrensning | 17 |
| 1.6 Struktur | 17 |
| 2. SYSTEMATISK HMS-ARBEID I ET ORGANISASJONSPERSPEKTIV | 19 |
| 2.1 Bakgrunnen for internkontrollreformen og dagens IK-forskrift | 19 |
| 2.2 Internkontroll som styringssystem og kanal for medvirkning | 20 |
| 2.3 Organisasjonsoppskrifter og krav om tilpasning til omgivelsene | 22 |
| 2.4 New Public Management (NPM) | 23 |
| 2.5 NPM-reformene gjør sykehusene til møtested for to ulike logikker | 24 |
| 2.6 NPM-inspirerte reformer og lederrollen i sykehusene | 25 |
| 2.7 Oppsummering | 26 |
| 3. SYSTEMATISK HMS-ARBEID I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV | 27 |
| 3.1 Fra Public health til systematisk HMS-arbeid | 27 |
| 3.2 Faglig innhold | 29 |
| 3.2.1 Forebyggende arbeid | 29 |
| 3.2.2 Helsefremmende arbeid | 31 |
| 3.2.3 Rehabiliterende og inkluderende arbeid | 32 |
| 3.3 Arbeidsmiljøloven i et folkehelseperspektiv | 34 |
| 3.4 Oppsummering | 36 |
| 4. SYSTEMATISK HMS-ARBEID I ET PROFESJONSPERSPEKTIV | 37 |
| 4.1 Profesjonsstyring, autonomi og skjønn | 37 |
| 4.2 Profesjonsidentitet og immunforsvar | 39 |
| 4.3 Makt, spesialisering og jurisdiksjon | 40 |
| 4.4 Oppsummering | 41 |

| | |
|---|----|
| 5. METODE | 43 |
| 5.1 Forskningsmetodisk utgangspunkt | 43 |
| 5.1.1 Spørsmålet bestemmer metoden..... | 43 |
| 5.1.2 Det kvalitative intervjuet..... | 44 |
| 5.1.3 Dokumentstudier | 45 |
| 5.2 Forskningsdesign..... | 46 |
| 5.3 Beskrivelse av informantene i de to strategiske utvalgene | 47 |
| 5.3.1 Det første feltarbeidet (1998 - 1999)..... | 47 |
| 5.3.2 Det andre feltarbeidet (2013) | 48 |
| 5.4 Tilgangen til feltet og valg av informanter..... | 49 |
| 5.4.1 Det første feltarbeidet (1998 - 1999)..... | 49 |
| 5.4.2 Det andre feltarbeidet (2013) | 50 |
| 5.5 Intervjuene..... | 50 |
| 5.5.1 Gjennomføring av intervjuene og transkribering | 50 |
| 5.5.2 Semistrukturerte intervjuer og bruk av intervjuguide | 51 |
| 5.6 Analysen..... | 53 |
| 5.6.1 Utgangspunktet for analyseprosessen | 53 |
| 5.6.2 Fremgangsmåte | 53 |
| 5.7 Metodiske overveielser | 55 |
| 5.7.1 Reliabilitet | 56 |
| 5.7.2 Validitet..... | 56 |
| 5.7.3 Generaliserbarhet | 57 |
| 5.8 Metodekritiske anmerkninger | 58 |
| 5.8.1 Aktør-nettverk-teori (ANT)..... | 58 |
| 5.9 Etske overveielser | 59 |
| 5.9.1 Konesjon til å opprette personregister | 59 |
| 5.9.2 Informert frivillig samtykke | 60 |
| 5.9.3 Taushetsplikt | 60 |
| 6. SAMMENDRAG AV ARTIKLENE..... | 61 |
| 7. KONKLUSJON | 65 |
| 7.1 Hovedproblemstilling, forskningsspørsmål og perspektiver..... | 65 |
| 7.2 Hovedfunn, faglige bidrag og implikasjoner..... | 66 |
| 7.3 Avsluttende kommentarer | 69 |
| REFERANSER | 71 |
| VEDLEGG | 83 |

DEL II: ARTIKLENE

Artikkel I

Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2007). "Sykehus er en meget spesiell opplevelse".
Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10(4):234-245.

Artikkel II

Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2009). Arbeidslivet som arena for folkehelsearbeid.
Mål og midler i HMS-arbeidet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(4):249-260.

Artikkel III

Borgen, P.C. (2012). "En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene". Systematisk
HMS-arbeid i sykehus som translasjonsprosess. *Sosiologisk tidsskrift*, 20(4):291-313.

Artikkel IV

Borgen, P.C. (2014). Systematiske HMS-arbeid i sykehus som modernisering av offentlig
sektor. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4):354-372.

DEL I

KAPPEN

1. INNLEDNING

Temaet for denne doktorgradsavhandlingen er systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS-arbeid) i sykehus. Avhandlingen bygger på en studie av det systematiske HMS-arbeidet ved tre sykehus i Nordland. Data er innhentet gjennom to feltarbeid i 1998-1999 og 2013.

Begrunnelsen for å studere HMS-arbeidet i sykehusene, og endringer i dette arbeidet over tid, er todelt. For det første er det interessant å studere hvordan HMS-arbeidet forstås og utøves i sykehusene, fordi det er dette arbeidet som ifølge arbeidsmiljøloven (AML) skal sikre at de ansattes helse, arbeidsmiljø og sikkerhet blir ivaretatt (AML § 3). I 2014 arbeidet ca. 128 000 ansatte fordelt på nærmere 100 000 årsverk i sykehusene (Regjeringen.no). Studier av HMS-arbeid i sykehus kan derfor bidra til å løfte frem erfaringer som kan være nyttige for et stort antall ledere og ansatte, samt alle andre med interesse for temaet. Blant de forhold som studeres er bl.a. HMS-arbeidets omfang, kvalitet og faglige innhold, ledelse og medvirkning, faktorer som hemmer og fremmer HMS-arbeidet og de endringene som har funnet sted i HMS-arbeidet i den perioden forskningsprosjektet strekker seg over.

For det andre kan møtet mellom internkontroll av helse, miljø og sikkerhet (IK-HMS) som reform og sykehusene som profesjonelle organisasjoner med etablert organisasjonskultur, studeres som et eksempel på det omfattende endringsarbeidet som har funnet sted i offentlige organisasjoner siden 1980-tallet. Studier av sykehusenes HMS-arbeid kan derfor også fortelle noe om de endringsprosessene som har funnet sted i offentlig sektor generelt, og kan dermed også ha teoretisk interesse.

Kappen innledes med en introduksjon av henholdsvis arbeid, arbeidsmiljø og arbeidsmiljøloven, og systematisk HMS-arbeid og internkontroll. Deretter følger en kort gjennomgang av tidligere forskning om arbeidsmiljø og HMS-arbeid i sykehus, før jeg presenterer avhandlingens mål, problemstillinger, delstudier og avgrensning. Innledningskapittelet avsluttes med en gjennomgang av avhandlingens struktur.

1.1 Arbeid, arbeidsmiljø og arbeidsmiljøloven

Å være i arbeid gir både en økonomisk og sosial gevinst sammenliknet med å stå utenfor arbeidslivet. En yrkesaktiv befolkning er også gunstig for nasjonens økonomi, og i Norge har full sysselsetting tradisjonelt vært et viktig politisk mål, og arbeidslinjen en sentral strategi (St. meld. 35 1994-95, NOU 2000:27, Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2014-2018).

Arbeid er også et sentralt begrep innen sosiologi som vitenskapelig disiplin, noe Korsnes (2001:17) forklarer på følgende måte:

I sosiologien har begrepet en sentral stilling fordi arbeid er forbundet med fordeling av makt, sosial prestisje, inntekt, rettigheter og velferdsgoder, samtidig som det antas å ha stor betydning for ens personlige og sosiale identitet, klassebevissthet og kollektive orientering ...

Deltakelse i arbeidslivet handler med andre ord ikke bare om å ta del i verdiskapningen i samfunnet. Det er ikke bare de materielle godene vi får i bytte for vår arbeidskraft som trekker oss mot arbeidsplassen. Arbeidslivet er en viktig arena for sosialt samvær med andre, skapende virksomhet, utvikling av sine evner, lek og læring (Halvorsen 1993:105). Foss (2014:243) skriver at fast arbeid til alle antagelig er det folkehelseiltaket som best bevarer god helse for både voksne og barn. Arbeid og arbeidsmiljø kan imidlertid også ha negativ påvirkning på den enkeltes helse. Faktorer i arbeidsmiljøet kan medføre økt risiko for sykdom, skade eller sosiale problemer. Arbeidsmiljø kan beskrives som “summen av de fysiske, kjemiske, sosiale og organisatoriske betingelsene på arbeidsplassen som fremmer eller hindrer effektiv jobbutførelse, arbeidslyst og helse” (Hammer, Nytrø og Saksvik 1998).

Begrepet *fysisk-kjemisk arbeidsmiljø* er nært knyttet til tankegangen bak det tradisjonelle vernearbeidet. De ansatte skal vernes mot risikofaktorer av fysisk og kjemisk art. Eksempler på slike fysisk-kjemiske arbeidsmiljøfaktorer er bl.a. støv, støv og kjemikalier (Hammer, Nytrø og Saksvik 1998). Begrepet *psykososialt arbeidsmiljø* benyttes bl.a. i arbeidsmiljøloven (§ 4-3), men ifølge både Hammer, Nytrø og Saksvik (1998:253) og Skogstad (2011:16) er det vanskelig å finne en presis og entydig beskrivelse av det faglige innholdet i begrepet. Skogstad (2011:18) foretrekker derfor å bruke betegnelsen *psykososiale faktorer i arbeidet*, som han definerer som “de faktorer i arbeidet som gjør seg gjeldende på sosiale arenaer, og som blir fortolket av den enkelte arbeidstaker ut fra dennes individuelle kjennetegn, med konsekvenser for jobbtrivsel, helse og ytelser”. Eksempler på slike faktorer er bl.a. egenkontroll i arbeidssituasjonen og sosial støtte.

Arbeidsmiljøloven (AML) regulerer en rekke sider ved arbeidsmiljøet på norske arbeidsplasser. AML har som formål (§ 1) å fremme både helsefremmende, forebyggende og inkluderende arbeid i virksomhetene. I tillegg til generelle krav til arbeidsmiljøet (§ 4-1), beskrives krav til både det psykososiale, det fysiske, og det kjemiske og biologiske arbeidsmiljøet (AML § 4-3, § 4-4 og § 4-5), i tillegg til krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling (§ 4-2) og tilrettelegging for arbeidstakere med redusert arbeidsevne (§ 4-6).

1.2 Hva er systematisk HMS-arbeid og internkontroll?

For å virkeliggjøre målene i AML, er alle norske virksomheter forpliktet til å ivareta hensynet til arbeidstakernes helse, miljø og sikkerhet gjennom et systematiske HMS-arbeid, med internkontroll som virkemiddel (AML § 3-1, Internkontrollforskriften).

Formålet (§ 1) med IK-forskriften er å fremme et forbedringsarbeid gjennom å stille krav om systematiske tiltak på tre områder, 1) arbeidsmiljø og sikkerhet, 2) forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelse fra produkter eller forbrukertjenester og 3) vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall.

Internkontroll er et generelt kvalitetssikringsprinsipp som benyttes på en rekke ulike områder. Hensikten er å sikre og dokumentere at aktivitetene utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift (Graver 1995). Innen internkontroll av helse, miljø og sikkerhet (IK-HMS) er begrepet *internkontroll* gitt følgende spesifikke betydning (IK-forskriften § 3):

Systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen.

Definisjonen av IK-HMS legger vekt på tiltakene. IK er et system av handlinger, som skal skape en konsekvent, forutsigbar og kontinuerlig måte å opptre på, både på individ- og organisasjonsnivå.

Helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen (HMS-lovgivningen) som det refereres til ovenfor, består av åtte lover samt forskrifter fastsatt i henhold til dem (IK-forskriften § 3). Forskrift om systematisk helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) er i tillegg til arbeidsmiljøloven hjemlet i følgende lover:

- lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr (lov 24. mai 1929 nr 4)
- sivilbeskyttelsesloven § 23 (egenbeskyttelsestiltak ved virksomheter)
(lov 25. juni 2010 nr. 45)
- produktkontrollloven (lov 11. juni 1976 nr 79)
- forurensningsloven, dersom virksomheten sysselsetter arbeidstaker (lov 13. mars 1981 nr. 6)
- genteknologiloven (lov 2. april 1993 nr. 38)
- strålevernloven (lov av 12. mai 2000 nr. 36)
- brann- og eksplosjonsvernloven (lov 14. juni 2002 nr. 20)

Innholdet i det systematiske HMS-arbeidet og hvilke deler av det som skal dokumenteres skriftlig, fremgår av IK-forskriften § 5:

| | Internkontroll innebærer at virksomheten skal: | Dokumentasjon |
|---|---|---------------------------|
| 1 | sørge for at de lover og forskrifter i helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen som gjelder for virksomheten er tilgjengelig, og ha oversikt over de krav som er av særlig viktighet for virksomheten | |
| 2 | sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, herunder informasjon om endringer | |
| 3 | sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes | |
| 4 | fastsette mål for helse, miljø og sikkerhet | må dokumenteres skriftlig |
| 5 | ha oversikt over virksomhetens organisasjon, herunder hvordan ansvar, oppgaver og myndighet for arbeidet med helse, miljø og sikkerhet er fordelt | må dokumenteres skriftlig |
| 6 | kartlegge farer og problemer og på denne bakgrunn vurdere risiko, samt utarbeide tilhørende planer og tiltak for å redusere risikoforholdene | må dokumenteres skriftlig |
| 7 | iverksette rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen | må dokumenteres skriftlig |
| 8 | foreta systematiske overvåkning og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt | må dokumenteres skriftlig |

IK-forskriftens § 5 legger også vekt på at HMS-arbeidet skal dokumenteres i den form og i det omfang som er nødvendig på bakgrunn av den enkelte virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. Det samlede sett av skriftlige regler og prosedyrer for HMS-arbeidet i virksomheten skal fremgå av organisasjonens HMS-system eller internkontrollsystem (IK-system), som skal være tilgjengelig for alle. IK-systemet skal også inneholde en oversikt over den delen av HMS-lovgivningen som angår bedriften.

HMS-arbeid kjennetegnes av at virksomheten peker ut og styrer mot definerte mål gjennom systematiske tiltak. Deretter vurderes de oppnådde HMS-resultatene mot målene. Mangelfull måloppnåelse resulterer i iverksettelse av nye tiltak. Dette er et kontinuerlig arbeid, hvor arbeidsgiver og arbeidstakere gjennom et samarbeid som ansvarliggjør begge parter, utfører løpende kartlegging av situasjonen og iverksetter korrigerende tiltak. Internkontroll innebærer med andre ord både styring mot bestemte mål og kontroll med om målene nås eller ikke. Den sirkelformede arbeidsprosessen betegnes som en syklisk prosess eller en lukket styringssløyfe (Karlsen 2001:168, 2010:107).

Arbeidsgiveren har hovedansvaret for HMS-arbeidet (AML §§ 2-1, 3-1, 3-2), og arbeidsgiversidens spesielle ansvar for helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet skal ivaretas av ledere på alle nivåer i bedriften. HMS-arbeidet skal være en integrert del av det daglige arbeidet i bedriften, ikke et vedheng til den øvrige virksomheten som ivaretas av et lite antall spesialister. HMS-ledelse skal utøves i linjen som en del av det samlede lederansvaret (Karlsen 2004:3, 102). Alle linjeledere er også HMS-ledere. I dette prinsippet ligger det også at det meste av arbeidet skal organiseres lokalt i den enkelte produksjonsenhet, eventuelt med hjelp og støtte fra interne og eksterne rådgivere (f. eks. verneleder eller bedriftshelsetjeneste).

Arbeidstakerne skal medvirke i arbeidet med utforming, gjennomføring og oppfølging av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet, bl.a. ved å delta i det organiserte verne- og miljøarbeidet, ved å medvirke aktivt ved gjennomføring av de tiltak som blir satt i verk for å skape et godt og sikkert arbeidsmiljø og ved å varsle om kritikkverdige forhold i virksomheten (AML §§ 2-3, 2-4). HMS-arbeidet kjennetegnes av at systematiske tiltak planlegges, organiseres, iverksettes, vedlikeholdes og dokumenteres i et forpliktende samarbeid mellom arbeidsgiver og ansatte. En sentral tanke er at de som er berørt av et problem også skal ha innflytelse på hvordan det løses, og skal kunne påvirke forholdene i sitt eget arbeidsmiljø. HMS-arbeid har følgelig en bedriftsdemokratisk dimensjon.

Avvik fra standarder gitt ved lov, forskrift eller virksomhetens IK-system, skal meldes til ledelsen. Skriftlig dokumentasjon på forholdet skal registreres i IK-systemet. På denne måten kan en bedrift lære av sine egne erfaringer. HMS-arbeidet skal ta utgangspunkt i praktiske problemstillinger og representerer refleksjon over egen praksis. Hvilke sider ved arbeidsmiljøet er bra og hva kan forbedres? HMS-arbeid kan bidra til å utvikle, vedlikeholde og videreformidle kunnskap, holdninger og praksis, og har derfor også en læringsdimensjon.

HMS-arbeidet har sitt eget lovverk som fordeler ansvar, plikter og rettigheter mellom aktørene, og bygger på generell folkehelsevitenskapelig tenkning og de samme prinsippene som annet folkehelsearbeid, noe jeg kommer nærmere tilbake til i kapittel 3.

1.3 Arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid

I dette underkapittelet gis det en kort beskrivelse av utviklingen i HMS-arbeidet i norske virksomheter, samt eksempler på studier av arbeidsmiljøforhold og HMS-arbeid i sykehus de siste tjue årene. Den overordnede teoretiske tilnærmingen, som er utgangspunkt for de fire delarbeidene som inngår i avhandlingen, presenteres i kapittel 2, kapittel 3 og kapittel 4.

1.3.1 Utviklingen i det systematiske HMS-arbeidet i norske virksomheter

I Meld. St. 29 (2010-2011) *Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv*, beskrives utviklingen i HMS-arbeidet i norske virksomheter med utgangspunkt i en rekke ulike studier. Sentralt i fremstillingen står en undersøkelse av tilstanden i HMS-arbeidet i norsk arbeidsliv i 2009 (Andersen, Bråten, Gjerstad og Tharaldsen 2009).

Et av de forholdene som ble undersøkt var i hvilken grad norske virksomheter var kjent med kravene til systematiske HMS-arbeid i IK-forskriften (bl.a. kravene til dokumentasjon og medvirkning) og hvorvidt virksomhetene hadde innført og tatt i bruk systematisk HMS-arbeid. Sammenliknet med en undersøkelse utført av SINTEF i 1999 (Skaar, Dahl og Torvatn 1999) var utviklingen positiv. Andelen av lederne som kjente til IK-forskriften hadde økt fra 65 til 95 prosent, mens det var en økning i andelen som sa at IK-HMS var innført og tatt i bruk fra 47 til 73 prosent. Undersøkelsen viste også at det stadig var variasjon i hvor detaljert kunnskapen var og at det stadig var et stykke igjen før alle oppfyller kravene i IK-forskriften.

Som nevnt skal deler av HMS-arbeidet dokumenteres i den form og i det omfang som er nødvendig på bakgrunn av den enkelte virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse. I 2009 hadde 70 prosent fastsatt en skriftlig målsetting for HMS-arbeidet, 73 prosent hadde foretatt HMS-kartlegging (f. eks. vernerunde eller bruk av spørreskjema) det siste året, 71 prosent hadde utarbeidet en handlingsplan for HMS-arbeidet og 85 prosent hadde laget og dokumentert en skriftlig HMS-plan i form av en HMS-håndbok, permer eller et elektronisk system (intranett) eller liknende. Dette representerte en liten økning sammenliknet med i 1999, men bare halvparten av virksomhetene oppfylte kravene i IK-forskriften på alle disse fire områdene i 2009. En fjerdedel av virksomhetene oppfylte bare 2 eller færre av de fire kravene. Dessuten hadde omtrent 3 av 4 daglige ledere gjennomført den påkrevde HMS-opplæringen.

Av en av de øvrige studiene som refereres i Meld. St. 29 (2010-2011), fremgår det bl.a. at bare 8 av 10 ansatte i virksomheter med 10 ansatte eller mer oppgir at det er etablert en ordning med verneombud, selv om AML pålegger det. Dessuten oppgav bare 2 av 3 ansatte i virksomheter med 50 ansatte eller mer at det var opprettet arbeidsmiljøutvalg (AMU), selv om loven krever at alle virksomheter av denne størrelsen skal ha det (Falkum, Hagen og Trygstad 2009).

1.3.2 Arbeidsmiljø og systematisk HMS-arbeid i sykehus

Et sykehus er en kompleks organisasjon, og består av mange ulike "arbeidsmiljø" med forskjellige utfordringer. Sykehuset ivaretar forskjellige arbeidsoppgaver, både pasientrettede og mer serviceredde funksjoner (uten pasientkontakt). Noen år før min studie ble innledet,

presenterte Verschuren, de Groot og Nossent (1995) en omfattende studie av de viktigste risikofaktorene i arbeidsmiljøet ved europeiske sykehus. Deres studie er basert på et stort materiale bestående av både kvantitative og kvalitative data fremskaffet av et nettverk av europeiske forskere. Studien viste at ansatte i sykehus kan være utsatt for en rekke ulike arbeidsmiljøfaktorer. Arbeidsmiljøet kan inneholde både fysisk-kjemiske og biologiske risikofaktorer som tunge og ensidige belastninger, risiko for skader og ulykker, kjemiske substanser og biologiske smittestoffer, samt psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer som tidspress, uregelmessig arbeidstid, konflikter med andre ansatte og relasjoner til alvorlig syke mennesker. Alle disse forholdene i arbeidsmiljøet kan medføre helsefare og indikerer at det er behov for et omfattende og aktivt HMS-arbeid. Blant de yrkesgruppene som studien peker ut som særlig utsatte grupper ("main risk groups"), finner vi store grupper ansatte som sykepleiere, hjelpepleiere og renholdspersonell, og relativt små personellgrupper som ansatte ved laboratorier og anesthesiavdelinger. Studien anbefaler en generell økning i satsningen på systematisk HMS-arbeid i sykehussektoren.

Nichol og Holness gjennomførte i 1998 en undersøkelse som fokuserer på hvilke deler av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet sykehusene i Ontario-provinsen i Canada har fått på plass i sine "Occupational Health and Safety Programs". Deres studie viser at det den gang var store variasjoner i hvor langt sykehusene var kommet på de ulike områdene. 80 prosent eller mer av sykehusene oppgav selv å ha forebyggingsrutiner (programkomponenter) på plass for de fleste typer av fysisk-kjemisk helsefare (bl.a. kjemiske og biologiske substanser, røntgenstråling og narkosegasser). Bare 55 prosent svarte bekreftende på at de den gang også arbeider med "Stress Management", til tross for at forfatterne omtaler stress og utbrenthet som en stadig vanligere helsefare. Bare omlag en sjettedel av de sykehusene som deltok i undersøkelsen hadde organisert egne programmer som skulle gjøre det mulig for ansatte å komme tidlig tilbake etter sykefravær, til tross for at dette ble ansett for å være økonomisk svært lønnsomt. Omtrent like mange hadde satset på "Health Promotion"-programmer, som er ment å holde de ansatte friske – og i arbeid (Nichol og Holness 1998).

Grimsmo og Sørensen (2004) beskriver i sin "null-punkt-undersøkelse" medvirkning som et viktig forbedringsområde i norske sykehus. De ansatte opplevde mangel på medvirkning, i den betydning at de i liten grad opplever å være med på viktige beslutninger angående hvilke arbeidsoppgaver de skal utføre, hvordan arbeidet skulle utføres, planlegging og tilrettelegging av arbeidet, og fastsettelse av kvalitetskrav og tidsfrister. Studien viste også et betydelig tids- og arbeidspress på de ansatte.

Rapporten ”Arbeidsmiljø i sykehus” (Arbeidstilsynet 2006) nevner flere grunner til at sykehusene ikke har fått til et tilfredsstillende HMS-arbeid. I tillegg til arbeidstakernes opplevelse av tidspress i organisasjonen, synes HMS-arbeid å mangle status og aksept som lederverktøy i sykehusenes endringsarbeid. Dermed løftes diskusjonen fra vurderinger av de enkelte ledernes engasjement og kompetanse i HMS-spørsmål, og opp på organisasjonsnivå. HMS-ledelse kobles til begrepet ”kultur”, og innsatsen på HMS-området betraktes som et uttrykk for sykehusenes organisasjonskultur (Arbeidstilsynet 2006:17). På samme måte som HMS-hensyn skal være en integrert del av planleggingen og utførelsen av det daglige arbeidet, fremhever Arbeidstilsynet (2006) at en god kultur fremmes ved at HMS integreres i sykehusets felles mål, verdier, normer, holdninger, kompetanse og faktiske lederadferd.

Trygstad og Andersen (2015) beskriver i sin studie ulike sider ved arbeidsmiljøet i norske sykehus i 2014. Undersøkelsen rettet seg mot både sykehusledere, verneombud og tillitsvalgte, og la bl.a. vekt på endringer og omstillingsprosesser, arbeidstid og ansettelsesformer, samarbeid mellom partene generelt og andre arbeidsbetingelser.

Over halvparten oppgav at de har fått nye arbeidsoppgaver i løpet av de siste to årene. Av andre endringer i samme periode kan nevnes sammenslåing med andre enheter (41%), nedbemanning (29 %), ansvar for nye pasientgrupper (27 %) og ny arbeidstidsordning (17 %). Majoriteten av verneombud og tillitsvalgte som hadde vært gjennom større endringsprosesser, mente at de hadde blitt involvert for sent eller i for liten grad i prosessen. Når det gjaldt kvaliteten på samarbeidet mellom partene under omstillingsprosessen, mente 73 prosent av lederne at samarbeidet var godt eller ganske godt, mens de tilsvarende tallene for verneombudene og de tillitsvalgte var henholdsvis 56 og 37.

Omtrent fire av ti svarte at arbeidstid ikke var noen utfordring der de enten var leder, tillitsvalgt eller verneombud, mens seks av ti mente at det var utfordringer knyttet til praktiseringen av arbeidstidsordningene. Dette gjaldt særlig legers og sykepleieres arbeidstid. Utfordringene var bl.a. knyttet til antall helgevakter, hviletiden mellom vaktene og arbeidstid pr. uke. I følge Trygstad og Andersen svarte de tillitsvalgte i noe større grad enn de øvrige at midlertidig ansatte og innleide på korte kontrakter førte til usikkerhet blant de øvrige på om arbeidsoppgavene ble løst på forsvarlig måte. De mente også i større grad enn de andre at midlertidige og ansatte på korte ansettelser kviet seg for å melde fra om kritikkverdige forhold og avvik. Lederne mente i større grad enn de øvrige at ansatte i korte ansettelsesforhold fikk tilstrekkelig opplæring til å mestre jobben og bidro til ny kompetanse på den aktuelle enheten.

Alle de tre gruppene (ledere, tillitsvalgte og verneombud) oppgav at de samarbeidet bedre med sin nærmeste leder enn med toppladelen. Ledere vurderte generelt samarbeidet med

verneombudene og de tillitsvalgte som bra, mens både tillitsvalgte og verneombud vurderte samarbeidet med henholdsvis andre tillitsvalgte og andre verneombud som bedre enn samarbeidet med hverandre. For øvrig svarte ledere i større grad enn de andre gruppene at ansvar og krav til kvalitet hadde tiltatt. Seksjons- og enhetsledere mente i størst grad at arbeidssituasjonen var blitt tøffere de siste årene. Verneombud og tillitsvalgte oppfattet i størst grad at jobben var blitt mer fysisk krevende (Trygstad og Andersen 2015).

1.4 Avhandlingens hovedproblemstilling, forskningsspørsmål og artikler

Både tidligere forskning om utviklingen i det systematiske HMS-arbeidet i norske virksomheter generelt, og studier av arbeidsmiljøet og HMS-arbeidet i norske og utenlandske sykehus på bestemte tidspunkt, gir et verdifullt utgangspunkt for min studie.

Derimot finnes det få undersøkelser med et design som gjør det mulig å studere utviklingen i det systematiske HMS-arbeidet i de samme norske sykehusene over en lengere periode. Min studie supplerer dermed de eksisterende studiene som er beskrevet over og frembringer ny kunnskap. Dessuten har studien som formål å vise hvordan HMS-arbeidets utvikling over tid kan belyse det endringsarbeidet som har foregått både i sykehusene og i offentlig sektor forøvrig i den aktuelle perioden.

Hovedproblemstilling er formulert slik:

Howdan kan vi forstå systematisk HMS-arbeid i sykehus, og hva kan HMS-arbeidet i sykehusene fortelle oss om endringsprosesser i offentlig sektor?

For å belyse denne problemstillingen har jeg gjennomført en studie av det systematiske HMS-arbeidet ved tre somatiske sykehus i Nordland. Jeg har innhentet kvalitative data gjennom to feltarbeid ved sykehusene i henholdsvis 1998-1999 og 2013.

Hovedproblemstillingen kan ikke belyses direkte ved å gå til det empiriske materialet, men konkretiseres og utdypes ved hjelp av fire forskningsspørsmål. De fire artiklene som inngår i doktorgradsavhandlingen belyser ulike forskningsspørsmål. Sammenhengen mellom hovedproblemstillingen, forskningsspørsmålene og artiklene presenteres nedenfor.

For å kunne forstå HMS-arbeidet og eventuelle endringer i løpet av perioden fra 1998-1999 til 2013, er det behov for kunnskap om hvordan HMS-arbeidet forstås og utøves i sykehusene ved starten på forskningsprosjektet i 1998-1999. Det første forskningsspørsmålet belyses i Artikkel I og lyder som følger:

- Hvordan forstås og utøves det systematiske HMS-arbeidet ved de tre sykehusene?

For å kunne forstå HMS-arbeidet og endringer i løpet av perioden, er det også behov for kunnskap om det faglige innholdet i HMS-arbeidet i sykehusene ved starten på forskningsprosjektet. I Artikkel II ses HMS-arbeidets innhold i begynnelsen av perioden i lys av tre folkehelsevitenskapelige perspektiver. Det andre forskningsspørsmålet lyder slik:

- I hvilken grad bidrar HMS-arbeidet til å fremme folkehelsearbeidet i sykehusene?

Dessuten har vi behov for kunnskap om hvorvidt trekk ved henholdsvis sykehus som organisasjoner og internkontroll som virkemiddel kan virke fremmende og hemmende på HMS-arbeidet ved oppstarten av prosjektet. Det tredje forskningsspørsmålet, som i hovedsak belyses i Artikkel I, Artikkel III og Artikkel IV er:

- Hvilke forhold kan virke fremmende og hemmende på HMS-arbeidet i sykehus?

Artikkel IV bygger på det andre feltarbeidet. Her stilles de tre første forskningsspørsmålene også til den nye delen av det empiriske materialet, og resultatene sammenliknes med resultatene i de tre første artiklene, for å få frem eventuelle endringer i perioden.

Avslutningsvis er det også behov for kunnskap om hvordan endringene i HMS-arbeidet i sykehusene kan forstås i sammenheng med det omfattende endringsarbeidet som har vært gjennomført i offentlig sektor. Det fjerde forskningsspørsmålet belyses i Artikkel IV og lyder som følger:

- Hva kan endringene i det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene i perioden fra 1998-1999 til 2013 fortelle oss om endringsprosesser i offentlig sektor generelt?

De tre første forskningsspørsmålene skal sammen belyse hovedproblemstillingen første ledd, mens det fjerde forskningsspørsmålet belyser hovedproblemstillingens andre ledd.

1.5 Avgrensning

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften) har ifølge § 1 som formål å fremme et forbedringsarbeid på tre områder, henholdsvis 1) arbeidsmiljø og sikkerhet, 2) forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelse fra produkter eller forbrukertjenester og 3) vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall. I denne studien har jeg avgrenset meg til det første punktet om arbeidsmiljø og sikkerhet.

En annen viktig avgrensning er at *sykehus* i denne studien er avgrenset til og skal forstås som somatiske sykehus.

En tredje viktig avgrensning er at denne studien ikke kartlegger eller omhandler forekomsten av bestemte risikofaktorer eller arbeidsmiljøproblemer, men konsentrerer seg om det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene og hvordan informantene opplever dette.

1.6 Struktur

Doktorgradsavhandlingen består av to deler, Del I: Kappen og Del 2: Artiklene.

Del I: Kappen

Kappen består av sju kapitler. Kapittel 1 er avhandlingens innledningskapittel. Det starter med en kort introduksjon til avhandlingens tema og sentrale begreper, samt tidligere forskning. Deretter presenteres hovedproblemstillingen, forskningsspørsmål, delstudier, avgrensning og struktur.

I kapittel 2, 3 og 4 utdypes de teoretiske perspektivene som er benyttet for å belyse avhandlingens problemstilling. I kapittel 2 betraktes HMS-arbeidet i et organisasjonsteoretisk perspektiv. I kapittel 3 betraktes både innholdet og arbeidsprosessene i det systematiske HMS-arbeidet i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. I kapittel 4 betraktes HMS-arbeidet i et profesjonsteoretisk perspektiv.

Kapittel 5 er en redegjørelse for og drøfting av de forskningsmetodiske valgene som er foretatt i avhandlingen.

Kapittel 6 er en kort presentasjon av de fire artiklene som inngår i avhandlingen.

Kapittel 7 er en oppsummerende diskusjon, hvor problemstillingen besvares og avhandlingens bidrag til forståelsen av det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene og endringsprosesser i offentlig sektor generelt i perioden tydeliggjøres.

Del II: Artiklene

Del II består av fire artikler:

Artikkel I

Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2007). "Sykehus er en meget spesiell opplevelse".
Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10(4):234-245.

Artikkel II

Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2009). Arbeidslivet som arena for folkehelsearbeid.
Mål og midler i HMS-arbeidet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(4):249-260.

Artikkel III

Borgen, P.C. (2012). "En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene". Systematisk
HMS-arbeid i sykehus som translasjonsprosess. *Sosiologisk tidsskrift*, 20(4):291-313.

Artikkel IV

Borgen, P.C. (2014). Systematiske HMS-arbeid i sykehus som modernisering av offentlig
sektor. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4):354-372.

2. SYSTEMATISK HMS-ARBEID I ET ORGANISASJONSPERSPEKTIV

I det første av de teoretiske perspektivene som utgjør det teoretiske rammeverket for avhandlingen, betraktes IK-reformen i et organisasjonsteoretisk perspektiv.

En reform kan defineres som et aktivt og bevisst forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle og kulturelle trekk ved organisasjoner (Christensen, Lægreid, Roness og Røvik 2009:149), f. eks. ved sykehus.

I dette kapittelet skal jeg se nærmere på bakgrunnen for IK-reformen, hva som kjennetegner organisasjonsoppskrifter generelt og den bølgen av New Public Management-inspirerte reformer som IK-reformen er en del av spesielt, samt gi en kort beskrivelse av hvordan sentrale reformer i perioden har berørt sykehusene.

2.1 Bakgrunnen for internkontrollreformen og dagens IK-forskrift

I 1985 satte Kommunal- og arbeidsdepartementet i gang et program for modernisering av arbeidsmiljø- og sikkerhetsforvaltningen. Regjeringen ga sin tilslutning til programmet, hvor en viktig del var å vurdere hensiktsmessigheten av ulike metoder, arbeidsformer og virkemidler som myndighetene kunne benytte. Som et ledd i arbeidet med å effektivisere tilsynsvirksomheten og bedre sikkerheten, hadde man innenfor arbeidsmiljø- og sikkerhetsforvaltningen under Oljedirektoratet og Direktoratet for brann- og eksplosjonsvern, stilt krav om internkontroll i bedriftene for å ivareta krav til arbeidsmiljø og sikkerhet. Departementet ønsket å vurdere disse erfaringene og om hvorvidt internkontroll kunne anvendes også på andre områder. Det ble derfor oppnevnt et offentlig utvalg og dette kom med to delinnstillinger (NOU-er) i 1987.

Av den første av dem, NOU 1987:10 *Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet*, fremgikk det at utvalget ikke syntes at arbeidsmiljøloven av 1977 (AML 1977) hadde gitt den økte systematiske aktiviteten som loven la opp til (NOU 1987:10):

Generelt kan man si at på tross av de klare krav til en organisert vernetjeneste og et løpende verne- og miljøarbeid som er nedfelt i arbeidsmiljøloven, har det vist seg vanskelig å *sikre* at dette arbeidet følges opp i virksomhetene. Selv om lovens krav er fastsatt, og pålegger både arbeidsgiver og arbeidstakere en organisert egenaktivitet i forhold til sikkerhet og arbeidsmiljø, eksisterer det i dag ufullstendige retningslinjer for hvordan denne egenaktiviteten skal dokumenteres og kontrolleres.

Det er på dette området at kravet om internkontroll kommer inn som element i en tilsyns- og kontrollstrategi. Internkontroll er på denne bakgrunn ikke noe nytt, men kan ses som et særegent virkemiddel for å sikre at det foregår en *systematisk egenaktivitet* i virksomhetene i samsvar med lovverkets intensjoner.

Forstått på denne måten er internkontroll ikke noe som skal komme i stedet for de etablerte verne- og miljøorganer og deres aktiviteter. Det er snarere et tilleggskrav som kan stilles til virksomhetene om å dokumentere ovenfor myndighetene at det organiserte verne- og miljøarbeidet virkelig fungerer.

Utvalget anbefalte innføring av internkontroll som virkemiddel for økt egenaktivitet i virksomhetene og bidro også med forslag til utformingen av en forskrift om internkontroll av sikkerhet og arbeidsmiljø (NOU 1987:32). De oppfattet imidlertid ikke alle erfaringer med internkontroll i petroleumsvirksomheten som like positive. Utvalget mente at internkontroll i for stor grad hadde blitt oppfattet som en egen form for ekspertise som kunne utvikles uavhengig av de lokale forholdene i den enkelte virksomhet. I tillegg hadde internkontroll ofte blitt utviklet ovenfra, uten medvirkning fra de ansatte, med det resultat at internkontroll ble oppfattet som ledelsens system. Dessuten hadde man lite erfaring med internkontroll som virkemiddel når det gjaldt ikke-tekniske arbeidsmiljøfaktorer.

Forløperen til dagens *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Intenkontrollforskriften)* ble vedtatt i 1991 og innført med virkning fra 1. januar 1992, og den er blitt beskrevet som en av de store reformene i norsk arbeidsliv i nyere tid (Torvatn, Forseth og Andersen 2007). Erfaringer med den første utgaven av forskriften førte imidlertid til kritikk, bl.a. ble utformingen oppfattet som lite brukervennlig. Forskriften ble derfor revidert og trådte i kraft med virkning fra 1. januar 1997 under sitt nye navn. Den nye utgaven var både enklere, mer praktisk og handlingsrettet, og med et mer direkte språk. Kravet til medvirkning fra de ansattes side og samarbeid mellom partene ble tydeliggjort, mens kravene til system og dokumentasjon ble tonet ned. Dessuten ble det utviklet en brukerveiledning, hvor de ulike fasene i arbeidet ble beskrevet og forklart ved hjelp av konkrete eksempler.

IK-reformen innebar også en overgang til mindre detaljerte forskrifter og større vekt på at virksomhetene selv skulle finne måter å innfri HMS-kravene på. Denne formen for selvregulering, som også skulle gi kostnadsbesparelser for myndighetene, er hovedkonseptet i HMS-reformen og viser tilknytningen til NPM-tradisjonen (Karlsen 2010:17,19).

2.2 Internkontroll som styringssystem og kanal for medvirkning

Solveig Skaar (1994:43) skriver at IK-reformen har innebygd i seg en spenning mellom to vidt forskjellige måter å tenke på. Innen det første perspektivet betraktes IK-HMS som et styringssystem for arbeidsgiversiden, som et verktøy for ledelsen som skal fremme effektiv måloppnåelse gjennom å forebygge og rette opp avvik fra vedtatte rutiner (Skaar 1994:43). Styring representerer sentralisert, indirekte og direktivliknende påvirkning, bl.a. gjennom

formelle strukturer og rutiner (Røvik 2007:146), slik som rutinene i et IK-system. Som hovedansvarlig for IK-HMS er arbeidsgiveren gitt ansvar og myndighet til å iverksette de kvalitetssikringstiltakene som er nødvendige. Kvalitetssikring omfatter alle planlagte og systematiske tiltak som er nødvendige for å få tilstrekkelig tiltro til at et produkt eller en tjeneste tilfredsstiller kvalitetskravene (Jersin 1993:3). De tre prinsippene som kvalitetssikring bygger på, er å forebygge avvik, avdekke og behandle avvik, og hindre gjentakelser.

Det andre perspektivet tar utgangspunkt i at IK-HMS også bygger på idegrunnlaget i Arbeidsmiljøloven av 1977 (Skaar 1994:43). Innholdet i AML 1977 § 12 (Tilrettelegging av arbeidet) forbindes ofte med samarbeidsforsøkene mellom LO og daværende Norsk Arbeidsgiverforening (NAF), og Thorsruds og Emerys psykologiske jobbkrav (Thorsrud og Emery 1970:19). Loven representerte noe nytt da den kom. Den skulle ikke bare forebygge negative påvirkninger på arbeidstakernes helse av fysisk, kjemisk eller biologisk art, men la også vekt på et helsefremmende perspektiv på det psykososiale området. Både den enkelte arbeidstaker og selvstyrte grupper av ansatte skulle gjennom medbestemmelse ved beslutninger og økt kontroll over arbeidsprosessen, få en mer meningsfull arbeidssituasjon. Den personlige medvirkningen ble ansett som avgjørende for om de ansattes skulle være interesserte og fornøyde, eller likegyldige og misfornøyde i arbeidssituasjonen. Den positive holdningen ville bl.a. utløse personlig initiativ og skapende evne, noe som ble ansett å ha stor betydning for utviklingen av et demokratisk miljø i bedriftene (Thorsrud og Emery 1970:12). Virksomheten betraktes som et sosialt system, hvor motivasjon, mobilisering av lokale ressurser, læring og troen på lokale løsninger, står sentralt. Arbeidsmiljøet skulle utformes slik at de ansatte kunne oppleve medansvar, sosialt fellesskap og personlig utvikling (Lindøe 2003:32, Karlsen og Lindøe 2006). Tenkningen har mange fellestrekk med tankegangen innen helsefremmende arbeid, og i et helsefremmende perspektiv er det viktig at det etableres samarbeidsarenaer, hvor informasjonsflyten mellom partene går begge veier.

Ragnvald Kalleberg skrev i 1983 et arbeidsnotat om *Miljøforbedring som demokratisering* (Kalleberg 1983:25), hvor han bl.a. fant to elementer som gjør det nærliggende å betrakte utviklingen av AML 1977 i lys av en deltakerdemokratisk forskningstradisjon. For det første betrakter man innen denne tradisjonen også interesseorganisasjoner (som LO og NAF) og bedrifter som "politiske", ikke bare folkevalgte organer og tilhørende byråkratier. Og for det andre legges det innenfor denne tradisjonen stor vekt på direkte deltakelse fra den enkelte. Alle skal ha mulighet til å medvirke på noen områder. Det er ikke nok med representative ordninger i en demokratisk institusjon.

Kalleberg (1983:17, 69) skriver videre med henvisning til Arbeiderkollektivet (Lysgaard 1985), at AML 1977 er i samsvar med kollektivets interesser. Lovens krav om tilrettelegging av arbeidet og et fullt forsvarlig arbeidsmiljø motarbeider arbeidsgivere som måtte ønske å tilby ensidige jobber eller å stille "umettelige krav" til arbeidstakerne. Dessuten skulle loven også møte problemene med overbelastning av offentlige myndigheter. Mobilisering av lokale ressurser kan betraktes som en måte å løse miljøproblemer i norsk arbeidsliv på, problemer Arbeidstilsynet ikke har ressurser til å løse.

Utgangspunktet for HMS-samarbeidet mellom partene kan forstås som et møte mellom en top-down prosess i form av innføring av et teknisk-administrativt system som skal ha styrende virkning i organisasjonen (Røvik 1998:146), og en bottom-up prosess som skal fremme en deltakerdemokratisk dimensjon (Lindøe 2003:31). IK-reformen kan derfor oppfattes som både tvetydig og motsetningsfull, i den forstand at IK-HMS både kan betraktes som et verktøy for å fremme effektivitet ved å forebygge avvik fra vedtatte rutiner, og som et virkemiddel for å gi arbeidstakere økt mulighet til å påvirke (endre) sin egen arbeidssituasjon.

2.3 Organisasjonsoppskrifter og krav om tilpasning til omgivelsene

Internkontroll kan beskrives som en institusjonalisert standard eller en institusjonalisert organisasjonsoppskrift, i betydningen en legitimert oppskrift på hvordan en organisasjon bør utformes. Institusjonalisert betyr i denne sammenheng at oppskriften innenfor en periode oppfattes som riktig, effektiv og moderne. En organisasjonsoppskrift beskriver vanligvis ikke totalløsninger, men begrenser seg til et bestemt utsnitt av organisasjonen, f.eks. struktur, ledelse, organisasjonskultur, personalpolitikk eller arbeidsmiljø (Røvik 1998:13,14).

Organisasjonsoppskrifter blir videre beskrevet som ideer som lett kan bevege seg mellom land og organisasjoner, ettersom de består av tekst eller tale, og ikke av fysiske gjenstander. Oppskriftene kan fremstå som stedløse med global utbredelse, eller de kan bli omformet gjennom lokale tolkninger og tilpasninger hver gang den ankommer et nytt land eller en ny virksomhet. Minst variasjon er det når oppskriftene opptrer som forskrifter for teknisk standarder (Røvik 1998:16, 20, 21). Internkontrollforskriftens § 5 krever for øvrig at internkontrollen skal tilpasses virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse i det omfang som er nødvendig for å etterleve krav i eller i medhold av HMS-lovgivningen.

Et sentralt poeng innen det såkalte myteperspektivet er at organisasjoner påvirkes av sine omgivelser i form av organisasjonsoppskrifter, som stiller krav om hvordan organisasjonene bør være utformet (Christensen et al 2009). Organisasjonene er derfor nødt til å forholde seg til skiftende sosiale normer i omgivelsene, såkalte myter. Mytene presenteres

gjørne som både effektive redskaper for å nå bestemte mål og som tidsriktige, moderne og naturlige løsninger på de utfordringene organisasjonen står overfor. Ved å følge normene oppnår en organisasjon legitimitet, uten at effektiviteten nødvendigvis påvirkes. Organisasjoner som må forholde seg til slike sosialt skapte forventninger til utforming, blir mer like hverandre, i det minste på overflaten (Christensen et al 2009:75).

2.4 New Public Management (NPM)

Internkontroll av helse, miljø og sikkerhet (IK-HMS) tilhører en familie av reformer som omtales som New Public Management (NPM), og er beskrevet som en global bølge av reformer som ble introdusert på 1980-tallet og som fortsatte med stigende styrke utover på 90-tallet (Klausen 2011). NPM representerer omfattende reformer i offentlig sektor, i form av bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjonene. Offentlig sektor skulle bli mindre, og styrings- og organisasjonsformene skulle moderniseres og effektiviseres (Karlsen 2004:96; Christensen et al 2009:149).

NPM tar utgangspunkt i kritikk av offentlig sektor, som beskrives som for stor, ineffektiv og byråkratisk, i betydningen overadministrert, regelorientert og lite fleksibel. Offentlig sektor kritiseres også for å være preget av dårlig ledelse og liten brukerorientering. NPM foreskriver modernisering (endring) gjennom reformer basert på forbilder fra privat sektor. Reformarbeidet bygger på ideer som fremhever betydningen av økonomisk effektivitet, liberalisering, konkurranseutsetting, avregulering, fristilling og profesjonell ledelse (Klausen og Ståhlberg 1998, Røvik 2007, Klausen 2011, Christensen et al 2009:80,156), og det legges mer vekt på styring, resultater og kontroll enn tidligere. NPM har som intensjon å viske ut noen av skillene mellom offentlige og private organisasjoner.

NPM blir ofte beskrevet som en form for omstilling av både styring, ledelse, rapportering og regnskap i offentlig sektor. Styringsmodeller som forbindes med NPM er bl.a. mål- og resultatstyring, kvalitetsstyring, aktivitetsbasert finansiering og fritt brukervalg, hvor pengene følger brukeren (Johnsen 2005:275; Kjekshus, Byrkjeflot og Torjesen 2013:105). Sentralt står også ideer om oppsplitting av virksomheter i flere selvstendige resultatenheter og profesjonell ledelse, dvs. ledere med kunnskaper om ledelse og myndighet til å ta avgjørelser (Røvik 2007:34). Ledere skal ha rett til å lede, men skal også ansvarliggjøres. Resultater skal rapporteres videre og vurderes opp mot de målene de styrer mot (Hippe og Trygstad 2012:9).

Klausen (2011:53) skriver at NPM hviler på to søyler. Den første søylen består av økonomiske resonnementer, og argumenterer for markedsløsninger av den typen man finner i ny-institusjonell økonomisk teori, og legger vekt på virkemidler som privatisering og

konkurransetsetting. Den andre søylen betegnes som *managerialistisk*, og legger vekt på nye former for organisering og ledelse, bl.a. med virkemidler som målstyring, nye prinsipper for ledelse (bl.a. TQM) og nye systemer for økonomistyring, budsjettering og regnskap.

NPM har fått ulike uttrykk i ulike deler av verden. I land som Storbritannia og New Zealand beskrives prosessene som mer preget av top-down enn i Norden, hvor iverksettelsen av reformene har vært mer pragmatiske og konsensusorienterte, som en videreføring av en tredje vei mellom kapitalisme og sosialisme. I Norden har NPM ofte blitt omtalt som *modernisering*. Norge har dessuten vært mindre preget av NPM enn Sverige, Danmark og Finland frem til nå (Klausen 2011:52).

2.5 NPM-reformene gjør sykehusene til møtested for to ulike logikker

Sykehusene er en del av offentlig sektor hvor det har vært gjennomført flere NPM-inspirerte reformer de siste årene. Innføring av en kombinasjon av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering med bruk av diagnoserelaterte grupper (DRG) i 1997, overgangen fra todelt til enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten i 1999, fritt sykehusvalg i 2001 og omlegging fra fylkeskommunalt eierskap til statlige helseforetak (Helseforetaksreformen) i 2002, er eksempler på ulike tiltak som har hatt som målsetting å effektivisere sykehusdriften (Hippe og Trygstad 2012:28; Kjekshus et al 2013). Dessuten har sykehusene arbeidet med kvalitetssikring av helsetjenester parallelt med innføring av IK-HMS.

Helseforetaksreformen bestod av to hovedelementer (Stigen 2005, Byrkjeflot og Neby 2005). Sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten, samtidig som de gikk fra å være forvaltningsorganer til å bli organisert som helseforetak. Norge ble delt inn i helseregioner med regionale helseforetak (RHF), som igjen eier alle lokale helseforetak (HF). Et av målene var å skape en sterkere politisk styring av sykehusene. Politikerne var bekymret for kostnadsveksten, og det ble oppfattet som uryddig at fylkeskommunene var sykehuseiere, samtidig som staten finansiert driften. Reformen skulle effektivisere driften av sykehusene.

Sett i sammenheng med mitt forskningsprosjekt, har foretaksreformen i 2002 medført at jeg har empiri fra både før og etter gjennomføringen av den. Dette er et viktig poeng å ta med seg inn i analysen av det samlede empiriske materialet.

Byrkjeflot og Neby (2005) legger spesielt vekt på tre forhold i sin analyse av nyere NPM-reformer. For det første er innføring av helseforetak et eksempel på *autonomisering* av tjenesteytende statlige enheter, som gjennom fristilling fra byråkratiske ordninger skal oppnå økt samfunnsøkonomisk lønnsomhet, samtidig som de i større grad holdes ansvarlige. Det andre forholdet er innføring av *markedsliknende løsninger* som stykkprisfinansiering og fritt

sykehusvalg, hvor sykehusene skal motiveres til å handle slik at de utnytter ressursene best mulig. Og for det tredje legger forfatterne vekt på innføring av *mer standardiserte og enhetlige ledelsesformer*. Ledelse betraktes i større grad enn før som et eget område og ikke som en forlengelse av fag, noe som skal gjøre sykehusene lettere å styre og kontrollere.

Internkontroll og andre organisasjonsoppskrifter innen NPM-familien har introdusert en ny type tenkning i sykehusene som tidligere var fremmed i profesjonelle organisasjoner. Profesjonene inviteres til å overta mål, verdier, normer, arbeidsmåter og begreper som ikke er deres egne, men kommer fra sykehuseieren og den administrative ledelsen. Markedstenkning og byråkratisk organisering har fått gjennomslag på bekostning av profesjonsstyring. NPM har brakt med seg reformer og idealer som forandrer ansvarsforholdet mellom politikk og profesjon, bl.a. avregulering, målstyring og resultatansvar. Tiltakene har vært gjennomført etter krav fra sykehusenes eiere og ledelse, og de ansatte har hverken bedt om dem, eller vært forberedt på dem. Hensikten er å gi politikere økt innflytelse over byråkrater og profesjoner (Freidson 2001, Svensson og Karlson 2008, Blåka og Filstad 2007).

De nye styrings- og finansieringssystemene har endret forholdet mellom aktørene i sykehusene. Brante (2005:31) skriver at helsevesenet har blitt underkastet rasjonalisering og sterkere ekstern kontroll, noe som har redusert profesjonenes autonomi. Samtidig er arbeidsorganisasjonenes ledelser og hierarkier blitt sterkere (Svensson og Karlson 2008:273). Profesjonens faglige ekspertise har tradisjonelt gitt stor autoritet i saker som kan defineres som faglige. Administrasjonen kan derimot ønske å styre og kontrollere profesjonene gjennom programmering og regelstyring ovenfra (Flermoen 2001:180, Svensson 2008:139). Sykehusene er blitt hybride organisasjoner, som kjennetegnes av motsetningsfylte relasjoner eller krav, enten det dreier seg om mål, midler, kultur eller praksisformer. Resultatet blir indre motsetninger som må håndteres i organisasjonen (Engelstad og Steen-Johnsen 2010:3).

2.6 NPM-inspirerte reformer og lederrollen i sykehusene

Et mål ved foretaksreformen var å styrke lederens posisjon gjennom økt kompetanse, rolleforståelse og gjennomføringsevne. Sykehusledere skulle lede og ta ansvar. Foretaksreformen var følgelig også en lederreform (Hippe og Trygstad 2012). Samtidig medførte IK-reformen en kraftig innskjerping av at HMS-ansvaret skulle ligge i linjeledelsen, og ikke hos stabspersonell, bedriftshelsetjenesten eller verneombudene (Hovden 1995).

NPM-reformene i sykehusene har aktualisert begrepet og rollene som hybridledere, som beskriver ledere med helsefaglig utdanning som går inn i en lederrolle hvor de kombinerer faglig og generell ledelse. For å iverksette de nye ideene, måtte linjelederne i sykehusene gå

inn i nye profesjonsnøytrale lederroller med ansvar på en rekke ulike områder (Berg, Byrkjeflot og Kvåle 2010). Et av hybridledernes ansvarsområder er IK-HMS. Ledelse i sykehus, også HMS-ledelse, handler om å skape samhandling og kommunikasjon mellom yrkesgruppene, og om å avveie ulike hensyn mot hverandre. Ledernes troverdighet blant de ulike profesjonene er avhengig av hvordan andre oppfatter deres kompetanse og integritet. Hybridlederne skal ikke bare lede HMS-arbeidet. De skal også få de ansatte til å samarbeide over profesjongrensene.

Ledelse handler i likhet med styring om forholdet mellom overordnede og de ansatte, og er også et virkemiddel for å kanalisere de ansattes adferd og andre ressurser slik at best mulig resultater oppnås. Men i motsetning til styring handler ledelse om desentralisert, direkte og ofte dialogbasert påvirkning, primært i relasjonen mellom den enkelte leder og de ansatte (Læg Reid, Roness og Rubecksen 2009, Røvik 2007:146). Ledelse dreier seg om mennesker og kultur, om samspill og kommunikasjon mellom ledere og medarbeidere (Engström 2009:13).

HMS-ledelse kan defineres som endringsledelse, der HMS skal forbedres i henhold til bestemte utviklings- og forbedringsmål (Karlsen 2004:107). Ledelse er å skape, arbeide med og administrere kultur (Schein 1987:2), og HMS-ledelse er å utvikle organisasjonskulturen, i form av normer og verdier av betydning for HMS-arbeidets status og praksis. HMS-ledelse utøves også ved at ledelsen fremstår som en rollemodell gjennom eget engasjement og egen praksis, samt ved å sørge for tilstrekkelige ressurser i form av økonomiske midler og kompetanse (Hovden 1995). Å utøve HMS-ledelse er følgelig noe mer enn bare å innføre et styringssystem med rutiner og prosedyrer. Hovden (1995) skriver videre at lavere linjeledere og mellomledere har vist seg å være det leddet i organisasjonen som mest direkte opplever kortsiktige produksjonskrav og HMS-hensyn som en konflikt.

2.7 Oppsummering

Organisasjonsperspektivet plasserer innføringen av internkontroll av helse, miljø og sikkerhet inn et større bilde, hvor de endringene på HMS-området som beskrives fremstår som noe mer enn bare data om utviklingen på arbeidsmiljøområdet i sykehus. Iverksettingen og utøvelsen av IK-HMS i sykehusene i Nordland blir et eksempel som viser hvordan omgivelsene (staten) iverksetter endringer innen offentlig sektor generelt i perioden, i tillegg til å belyse endringene i den formelle organisasjonsstrukturen og i rollen som linjeleder i sykehusene.

Det organisasjonsteoretiske perspektivet er en viktig del av avhandlingens teoretiske rammeverk og legges til grunn for analysen av store deler av det empiriske materialet. Perspektivet er bl.a. sentralt i Artikkel I og Artikkel IV, og benyttes derved i arbeidet med å belyse forskningsspørsmål 1, 3 og 4, og begge de to delene av hovedproblemstillingen.

3. SYSTEMATISK HMS-ARBEID I ET FOLKEHELSEPERSPEKTIV

Det andre forskningsspørsmålet i avhandlingen dreier seg om i hvilken grad HMS-arbeidet bidrar til å fremme folkehelsearbeidet i sykehusene. I dette andre av de tre perspektivene som utgjør det teoretiske rammeverket, betraktes internkontroll av helse, miljø og sikkerhet i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. Tre folkehelsevitenskapelige delperspektiver, det forebyggende perspektivet, det helsefremmende perspektivet og det rehabiliterende og inkluderende perspektivet, blir presentert i det følgende.

Folkehelsevitenskapelig forskning har tradisjonelt vært dominert av studier av negativ helse i form av sykdom og død. Formålet har både vært å kartlegge tilstanden i befolkningens helse og å tilrettelegge for tiltak og behandling. Denne (medisinske) tradisjonen har de siste tiårene blitt supplert og utfordret av tverrfaglige studier og perspektiver på folkehelse (Mæland 2010). Folkehelsevitenskapelig teori og forskning bygger i dag ikke på en bestemt fagdisiplin eller forskningsmetodisk tradisjon. Medisin, psykologi, pedagogikk, sosialpolitikk, økonomi, kommunikasjonsteori og sosiologi er blant de mange disiplinene som har bidratt (Bunton og Macdonald 1992). Fagområdet er også blitt et møtested for mange ulike forskningsmetodiske tilnærminger, både kvantitative tilnærminger (epidemiologiske studiedesign som tverrsnittundersøkelser, kohortundersøkelser, case-kontroll studier og randomisert kontrollert forsøk) og kvalitative tilnærminger (bl.a. intervjuer og dokumentstudier) er representert.

Andre sosiologers bidrag til folkehelsevitenskapelig teori og forskning har bl.a. vært relatert til helsebegrepet, stress og mestring (Antonovsky 2000), forholdet mellom helsetjenesten og samfunnet for øvrig (f. eks. profesjoner og makt), sosiale ulikheter i helse mellom ulike sosioøkonomiske lag av befolkningen eller med utgangspunkt i variabler som kjønn, alder og etnisitet, samt studier av hvilke verdier og normer som ligger til grunn for og formidles gjennom helsefremmende arbeid (se Thorogood 1992).

3.1 Fra Public health til systematisk HMS-arbeid

Det engelske begrepet “public health” kan forstås og defineres på flere ulike måter. Et gjennomgående trekk er imidlertid at begrepet ikke er knyttet til det enkelte individets helse, men til befolkningens helse (Petersen og Lupton 1996:3):

The term *public health* itself is used in a number of different, and sometimes competing, ways. It is generally noted in contemporary definitions, however, that public health implies a focus on the health states of populations rather than individuals; *the public* in this case standing for *the masses*.

Med utgangspunkt i Petersen og Luptons videre drøfting av begrepet, synes det som om det kan oversettes til norsk med både “folkehelse” og de to tilstøtende begrepene “folkehelsevitenskap” og “folkehelsearbeid” (Borgen og Lunde 2001).

Folkehelse er i Folkehelselovens § 3 (Definisjoner) definert som *befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning*.

Folkehelsevitenskap er vitenskapen om folkehelsen og de faktorene i våre omgivelser som påvirker den. Disse faktorene kan være både fysiske, kjemiske, biologiske, psykiske, sosiale, organisatoriske og økonomiske. Innen folkehelsevitenskap studeres virkningen av både individuelle valg, levekår og livsstil, og hvilken betydning politiske beslutninger på alle samfunnsområder har for folkehelsen. En del av denne vitenskapelige tradisjonen har også vært å studere hvordan tjenestetilbudet i helse- og sosialsektoren, og måten denne sektoren er organisert på, påvirker befolkningens helse (Nordiska hälsovårdshögskolan 1999).

Folkehelsearbeid er definert (Folkehelseloven § 3) som

Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelsearbeid retter seg tradisjonelt mot to hovedmål, (1) å fremme folkehelsen og (2) å redusere ulikheter i helse mellom grupper i befolkningen, jf. de definisjonene av folkehelse og folkehelsearbeid i Folkehelseloven § 3 som er sitert ovenfor. I Stortingsmelding nr. 16 (2002-03) *Resept for et sunnere Norge* er hovedmålene tydeliggjort gjennom en målsetting om en politikk som skal bidra til (1) flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og (2) å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Mens det første av de to hovedmålene handler om å fremme folkehelsen i befolkningen som helhet, dreier det andre hovedmålet seg om å redusere forskjeller i helse mellom grupper i befolkningen, ofte omtalt som «sosiale ulikheter i helse». Med sosiale ulikheter i helse menes systematiske forskjeller i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt. Begrepet kan også omfatte forskjeller som har sitt utgangspunkt i kjønn, etnisitet, familiestatus og geografi (Sosial- og helsedirektoratet 2005).

Selv om det er store individuelle forskjeller innenfor alle samfunnslag, tyder studier på en kontinuerlig økning i helseplager med synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Det er derfor ikke nok å sette inn tiltak som bare retter seg mot de aller fattigste i samfunnet. Bjørn-Inge Larsen sier det slik i forordet til

Gradientutfordringen, Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse (Sosial- og helsedirektoratet 2005):

Sosiale ulikheter i helse danner mønster av en gradient gjennom hele befolkningen. Det er ikke kun de absolutt fattigste som skiller seg ut med dårlig helse. De rikeste har litt bedre helse enn de nest rikeste, som igjen har litt bedre helse enn de tredje rikeste osv. Sosiale ulikheter i helse er derfor noe som angår alle. Vi sier at sosiale ulikheter i helse utgjør en gradientutfordring som krever et bredt, befolkningsrettet fokus på problemet.

Folkehelsearbeid skal være et samarbeid innenfor og på tvers av sektorer. Helsen skapes og vedlikeholdes ikke først og fremst i helsevesenet. Folkehelsearbeid er derfor ikke bare en oppgave for helse- og sosialsektoren, men også for sektorer som utdanning, samferdsel, kultur og miljøvern. Alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer, både på politisk, administrativt og faglig plan, skal føle ansvar for og arbeide for å fremme folkehelsen (Mæland 2010).

Arbeidslivet er en viktig arena for den delen av folkehelsearbeidet som retter seg mot den voksne delen av befolkningen. I denne doktorgradsavhandlingen betraktes det systematiske HMS-arbeidet som den delen av det samlede folkehelsearbeidet som foregår i arbeidslivet, og avhandlingen avgrenser seg til denne delen. Men samtidig er det et poeng å synliggjøre sammenhengen mellom det generelle folkehelsearbeidet som foregår i alle deler av samfunnet og det spesielle HMS-arbeidet i arbeidslivet.

3.2 Faglig innhold

Innholdet i arbeidet for å bedre folkehelsen, både generelt og i arbeidslivet spesielt, kan som nevnt beskrives ved hjelp av tre folkehelsevitenskapelige delperspektiver (Borgen og Lunde 2009). Disse tre perspektivene tydeliggjør ulike deler av den samlede teori, ideologi, strategi og politikk på folkehelseområdet. De kan betraktes som komplementære, men kan også fremstå som motstridende og konkurrere om oppmerksomheten. Forebyggingsperspektivet bygger i stor grad på ekspertkunnskap om forebygging av risikofaktorer, mens de to andre legger mer vekt på bruker- og befolkningsmedvirkning.

3.2.1 Forebyggende arbeid

Forebyggende arbeid kan beskrives som å gjennomføre tiltak som sikter mot en reduksjon i sykdommer, skader, sosiale problemer, dødelighet og risikofaktorer (Stortingsmelding nr. 37 1992-93), ved å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til at sykdom, skade eller sosiale problemer oppstår (NOU 1991:10).

Sykdomsforebyggende arbeid har tradisjonelt vært hovedstrategien innen det forebyggende helsearbeidet (Mæland 2005:14) og bygger på en reduksjonistisk sykdomsmodell (Berg 1987:35), hvor sykdom beskrives som dysfunksjon på organnivå eller cellenivå. På bakgrunn av medisinsk ekspertkunnskap om biologiske prosesser og de risikofaktorene som kan være årsak til en sykdom, arbeider man for å forhindre sykdom.

Forebyggende arbeid er imidlertid et videre begrep enn sykdomsforebyggende arbeid. Det omfatter også skadeforebyggende arbeid, ulykkesforebyggende arbeid, forebygging av sosiale problemer og arbeid for å redusere eksponeringen for risikofaktorer (St.meld. nr. 37 1992-93). Også forebyggende arbeid på disse områdene baserer seg på ekspertkunnskap, men ikke nødvendigvis på medisinsk kompetanse.

Arbeidsmiljøarbeidet har tradisjonelt blitt omtalt som vernearbeid. Arbeidstakerne skulle vernes mot sykdom, eksponering for farlige stoffer og andre mulige belastninger. Det synes å være klare likhetstrekk mellom tankegangen og begrepene som benyttes innen forebyggende arbeid og tradisjonelt vernearbeid.

Internkontroll som verktøy synes å være godt tilpasset tankegangen bak forebyggende arbeid, spesielt forebyggende arbeid rettet mot fysiske, kjemiske og biologiske faktorer i arbeidsmiljøet, ettersom det dreier seg om å iverksette tiltak for å fjerne, hindre eller redusere risikofaktorer. Dette avspeiles også i begrepsbruken. I IK-forskriftens formålsparagraf benyttes begreper som sikkerhet, forebygging og vern, og i de påfølgende paragrafene legges det vekt på farer, problemer, risiko og systematisk overvåkning (Borgen og Lunde 2009).

IK-forskriftens § 5 krever at virksomheten skal kartlegge farer og problemer, og på bakgrunn av dette vurdere *risiko*, samt og i tilknytning til dette utarbeide planer og tiltak for å redusere risikoforholdene. Johnsen (2009:170) skriver at risiko kan defineres som uttrykk for den faren som uønskede hendelser representerer for mennesker, miljø eller materielle verdier, og at risiko kan uttrykkes ved sannsynligheten for de uønskede hendelsene og konsekvensene av dem. Risiko uttrykker et potensielt HMS-tap, dvs. skade på bl.a. mennesker, miljø eller materiell (Karlsen 2010). Risikoanalyse er en systematisk fremgangsmåte for å beskrive og/eller beregne risiko, og foretas ved å kartlegge uønskede hendelser, deres årsaker og konsekvensene av dem (Johnsen 2009:170).

Beck (1997:45) skriver at fordelingen av risiko i befolkningen er motsatt proporsjonal med fordelingen av rikdom. Rikdom samler seg i de øverste lag av befolkningen, mens risiko samler seg nederst. Forebyggende arbeid er derfor en viktig del av det samlede folkehelsearbeidet, hvis man ønsker å redusere sosiale ulikheter i helse gjennom en jevnere fordeling i befolkningen av faktorer som påvirker helsen. Den forebyggende delen av det

systematiske HMS-arbeidet kan på samme måte bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse som følger kategorier som utdanning, yrke og inntekt, f. eks. i et sykehus.

3.2.2 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid bygger på en alternativ tenkemåte til det (sykdoms-)forebyggende arbeidet, som fokuser på *patogenesen*, dvs. sykdommens årsaker og sykdomsfremkallende forhold. Helsefremmende arbeid handler ikke om fravær av risikofaktorer, men om å styrke nærværet av helsefremmende faktorer. Disse faktorene, som sosiologen Aaron Antonovsky omtaler som *salutogene*, er forskjellige fra risikofaktorene (Antonovsky 2000:24,30). Også begrepsbruken er forskjellig fra den som benyttes innen forebygging. Helsefremmende arbeid handler om å utvikle, tilføre, forbedre eller øke, ikke om å fjerne, hindre eller redusere.

I *Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid* (WHO 1987) beskrives helsefremmende arbeid (Health promotion) som *den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse*. Målet for det helsefremmende arbeidet er å bidra til at folks helse blir en positiv ressurs i hverdagslivet, slik at de kan nå sine mål og øke sin livskvalitet.

Ottawa-charteret har dessuten en tydelig politisk dimensjon. Helsefremmende arbeid dreier seg ikke bare om å få enkeltmennesker til å foreta valg som er gunstige for deres egen helse, men også om å påvirke politiske beslutninger og samfunnsutviklingen i en retning som fremmer folkehelsen (WHO 1987). Helsefremmende arbeid er senere blitt definert som tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet (Stortingsmelding nr. 37 1992-93).

Et viktig poeng er at befolkningen ikke betraktes som målgruppe for tiltak, men som aktive og likeverdige samarbeidspartnere. Helsefremmende arbeid legger vekt på bruker- og befolkningsmedvirkning og utnytter og mobiliserer eksisterende menneskelige ressurser. Helsen fremmes ved at befolkningen deltar aktivt i sosiale prosesser, gjennom selv å definere problemer og forslag til tiltak. Mål og strategier må derfor være åpne for påvirkning fra berørte parter, f. eks. gjennom dialog med brukere eller de ansatte. Tiltak baseres ikke bare på ekspertkunnskap, men også på de involverte gruppens oppfatninger. Konkrete tiltak skal planlegges og iverksettes sammen med dem som blir berørt. Befolkningen er selv med på å foreta prioriteringer blant mulige tiltak, og de medvirker aktivt i gjennomføringen av dem.

Lokalt engasjement skal sikre en demokratisk dimensjon i arbeidet, samt generelt øke handlekraft, fellesskapsfølelse og tilhørighet. Prosessen er i seg selv ment å være helsefremmende, og nærmest like viktig som resultatet. Et sentralt begrep er *empowerment*, som Mæland (2010:75) oversetter med *å vinne større makt og kontroll over*. Både den enkelte

og fellesskapet må få større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker deres egen helse, og derigjennom bedre sin helse. Veien til mer innflytelse går gjennom økt kunnskap.

Mange av de samme tankene finner vi igjen i idégrunnlaget i Arbeidsmiljøloven av 1977, som senere ble en del av utgangspunktet for internkontrollreformen (Skaar 1994), noe jeg tidligere har beskrevet i kapittel 2. Hippe og Trygstad (2012:11) skriver følgende om hvordan sentrale sider ved NPM-tenkningen har berøringspunkter med grunnleggende ideer innen samarbeidsprosjektene mellom NAF og LO, som direkte deltakelse og innflytelse, og selvstyrte grupper. Her finnes det også klare paralleller til tenkningen innen helsefremmende arbeid, illustrert ved empowerment-begrepet, som i deres oversettelse kalles myndiggjøring:

I NPM er ideen om økt individuell deltakelse og innflytelse og selvstyrte arbeidsgrupper noe vi finner igjen i begrepet myndiggjøring (empowerment). Den enkelte arbeidstaker skal kunne treffe beslutninger som er av betydning for en selv og oppgavene hun eller han er tillagt, uten å måtte kontakte eller konsultere en leder. Ved å myndiggjøre arbeidstakerne kan man også kutte ledernivåer. Samtidig erstattes den direkte ledelses- og kontrollfunksjonen av mer indirekte virkemidler, som blant annet mål- og resultatstyring.

Både i Luxembourg-deklarasjonen om helsefremmende arbeidsplasser (ENWHP 1997) og i den norske Lillestrøm-erklæringen (Statens arbeidsmiljøinstitutt 2002), legges det vekt på at de ansatte må involveres i planleggings- og strategiprosesser (Bjørnstad 2002). I Lillestrøm-erklæringen, som partene i arbeidslivet og myndighetene (bl.a. LO, NHO, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Helsedepartementet) står bak, fremheves det at helsefremmende arbeidsplasser blir til ved at de åpner opp for og imøtekommer den enkeltes behov, ressurser og potensial, og kan utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser.

Helsefremmende endringsprosesser i arbeidslivet innebærer en kombinasjon av styring ovenfra og medvirkning nedenfra (Ausland, Hauge og Andvig 2003). Både arbeidsgiver og arbeidstakere har interesse av at arbeidsplassen og arbeidsmiljøet virker helsefremmende. Andersen (2002) skriver at i industrien er manglende kommunikasjon og medvirkning i arbeidsprosesser ikke bare de viktigste årsakene til lav effektivitet, men også til helseproblemer og sykefravær blant de ansatte. I et slikt perspektiv blir det svært viktig å skape involverende miljøer, arenaer for samarbeid og egenaktivitet, hvor informasjonsflyten mellom partene går begge veier.

3.2.3 Rehabiliterende og inkluderende arbeid

I en folkehelsevitenskapelig sammenheng har rehabilitering tradisjonelt vært knyttet til begrepet tertiærforebyggende arbeid (NOU 1991:10), hvor tiltakene er rettet mot mennesker

som er i en sykdoms- eller problemsituasjon, og har som mål å vedlikeholde et funksjonsnivå, hindre forverring av allerede eksisterende problemer eller motarbeide at de blir kroniske eller får tilbakefall. Denne tilnærmingen har fokus på patogenesen. Rehabilitering er en individuell prosess, hvor individet skal gjennomgå en forandring for å bli funksjonsdyktig og passe inn i samfunnet. Helsedirektoratet (2010:20,22) mener at tertiærforebygging sammenfaller med begrepene rehabilitering og habilitering, og faller utenfor begrepet folkehelsearbeid. Rehabilitering nevnes konkret som eksempel på ”hva folkehelsearbeid ikke er”.

Rehabiliteringsbegrepet har imidlertid vært i utvikling de siste tiårene. Fokuset er flyttet fra egenskaper ved individet til samfunnsskapt barrierers betydning for om mennesker med nedsatt funksjonsevne har mulighet til å fungere på lik linje med andre (Oliver 1996; St.meld. nr. 21 1998-99; NOU 2001:22). St.meld. nr. 21 1998-99, Rehabiliteringsmeldingen, beskriver en helhetlig rehabiliteringspolitikk, hvor målet er å fremme selvstendighet, deltakelse og et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsproblemer eller kronisk sykdom. Rehabilitering forstås her som tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukerens egen innsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet. Innholdet i rehabiliteringsbegrepet synes å ha flere fellestrekk med innholdet i helsefremmende arbeid, bl.a. fokus på livskvalitet, selvbestemmelse og deltakelse.

I NOU 2001:22 *Fra bruker til borger* skrives det følgende på side 18:

Om funksjonshemningsbegrepet sier utvalget at det er et så mangesidig fenomen at en trenger flere begreper: når en i utredningen snakker om **reduisert funksjonsevne** eller **funksjonsnedsettelse** viser det til tap av, skade på eller avvik i en kroppsdel eller i en av kroppens psykologiske, fysiologiske eller biologiske funksjoner. **Funksjonshemmende forhold** viser til et gap eller misforhold mellom individets forutsetninger og de krav miljøet eller samfunnet stiller til funksjon, på områder som er av vesentlig betydning for å etablere og opprettholde selvstendighet og en sosial tilværelse. Når betegnelsen **funksjonshemmet** brukes om personer, vises det til de som får sin praktiske livsførsel vesentlig begrenset på grunn av gapet eller misforholdet mellom nedsatt funksjonsevne og miljøets/samfunnets krav.

Funksjonshemmingen forårsakes av gapet mellom samfunnets krav og individets forutsetninger. Utfordringen er følgelig å endre samfunnets krav og å styrke individets forutsetninger, slik at dette gapet reduseres (St.meld. nr. 40 2002-2003).

Arbeidslinjen (St.meld. nr. 35 1994-95) har vært og er fortsatt en sentral strategi for å oppnå det politiske målet om full sysselsetting. Terskelen for å komme inn i arbeidslivet må

være lav og gi rom for flest mulig, samtidig som færrest mulig skyves ut. Det krever at vi bygger ned barrierene og skaper et arbeidsliv med plass til et mangfold av befolkningen.

Sandmanutvalget (NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering) var bekymret for at stadig flere støtes ut av arbeidslivet og over på langvarige trygdeordninger. Deres utredning hadde undertittelen *Et inkluderende arbeidsliv*. Begrepet *inkluderende arbeidsliv* rommer imidlertid også hensynet til dem som står utenfor arbeidslivet, men ønsker seg inn (Ot.prp. nr. 49 2004-2005). I dag forbindes det oftest med Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen). IA-avtalen ble inngått mellom myndighetene og partene i arbeidslivet i 2001 og har blitt fornyet flere ganger, senest med virkning for perioden 2014-2018.

IA-avtalen er en avtale på to nivåer. For det første er den en overordnet avtale mellom partene i arbeidslivet og offentlige myndigheter. På lokalt nivå er den en avtale mellom virksomheten og NAV Arbeidslivssenter i fylket. En virksomhet som inngår en IA-avtale blir en IA-virksomhet, med tilgang til goder som bedrifter uten IA-avtale ikke har tilgang til, bl.a. økonomiske tilskudd, veiledning og fast kontaktperson hos NAV Arbeidslivssenter.

IA-avtalens overordnede mål i perioden 2014 - 2018 er å bedre arbeidsmiljøet, styrke jobbnærværet, forebygge og redusere sykefravær og hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet. De tre delmålene er (1) en reduksjon i sykefraværet med 20 pst. i forhold til nivået i andre kvartal 2001 (dvs. at sykefraværet på nasjonalt nivå ikke skal overstige 5,6 prosent), (2) hindre frafall og øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne, og (3) at yrkesaktiviteten etter fylte 50 år forlenges med 12 måneder sammenlignet med i 2009.

Helt fra starten på IA-avtalen i 2001 har det vært en forutsetning at IA-arbeidet skulle være en del av virksomhetenes HMS-arbeid. IA-arbeidet skal ikke være en separat aktivitet, men en del av virksomhetenes HMS-strategi og integrert i HMS-arbeidet. HMS-systemet blir derved et virkemiddel for å realisere målene i IA-avtalen (Ose, Dyrstad, Slettebak, Lippestad, Mandal, Brattlid og Jensberg 2013:113).

Det generelle HMS-arbeidets betydning er understreket i IA-avtalen. Ose et al (2013:113,116) skriver likevel at denne koblingen i liten grad trekkes frem når IA-avtalen diskuteres, og mener at de virksomhetene som i utgangspunktet har de beste HMS-systemene, også er de som lykkes best med å integrere målene på IA-området i sitt samlede HMS-arbeid.

3.3 Arbeidsmiljøloven i et folkehelseperspektiv

Med utgangspunkt i AML kan det faglige innholdet i HMS-arbeidet beskrives som både forebyggende, helsefremmende, og rehabiliterende og inkluderende arbeid.

Det forebyggende perspektivet fremgår tydelig av formålsparagrafen (AML §1), som slår fast at målet er å sikre et arbeidsmiljø som gir full trygghet mot både fysiske og psykiske skadevirkninger. Videre fremgår det at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig ut fra både en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer som kan innvirke på arbeidstakernes helse og velferd (AML § 4-1). Arbeidets skal organiseres og tilrettelegges slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerhetshensyn ivaretas. Arbeidsmiljøloven stiller krav til systematisk HMS-arbeid i forhold til både fysiske, kjemiske, biologiske, psykososiale og organisatoriske faktorer (AML §§ 4-1, 4-2, 4-3, 4-4, 4-5 og 5-4).

Arbeidsmiljøloven skal sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet, samt trygge ansettelsesvilkår og likebehandling i arbeidslivet. Arbeidsgivere og arbeidstakere skal selv ivareta og utvikle sitt eget arbeidsmiljø i virksomhetene, i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet. § 4-2 "Krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling" kan forstås som en paragraf som setter krav til det helsefremmende arbeidet i virksomhetene. Den enkelte arbeidstaker skal gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom arbeidet, det skal gis mulighet til variasjon og for å se sammenheng mellom enkeltoppgaver. § 4-3 "Krav til det psykososiale arbeidsmiljøet" vektlegger bl.a. hensynet til den enkeltes integritet og verdighet, mulighet for kontakt med andre arbeidstakere og vern mot vold, trusler og trakassering og annen utilbørlig opptreden. I arbeidsmiljøloven av 2005 nevnes spesielt at arbeidstaker skal sørge for at arbeidsgiver eller verneombud blir underrettet så snart vedkommende blir kjent med at det forekommer trakassering eller diskriminering (§ 2-3). Arbeidstakeren har dessuten en generell plikt til å varsle om kritikkverdige forhold (§ 2-4). Fremgangsmåten ved varsling skal være forsvarlig, samtidig som gjengjeldelse mot arbeidstakeren ved varsling i samsvar med § 2-4 er forbudt (§ 2-5).

Arbeidsmiljølovens § 1 (Formål) nevner eksplisitt at loven har som formål å bidra til et inkluderende arbeidsliv, og videre heter det at loven skal legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon. Kravene til inkluderende (og rehabiliterende) arbeid som en del av det samlede HMS-arbeidet, fremgår bl.a. av § 3-1 og § 4-6. Arbeidsgiveren skal sørge for systematisk arbeid med både forebygging av sykefravær og oppfølging av sykemeldte. Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av sykdom eller ulykke, skal arbeidsgiveren iverksette tiltak for at vedkommende skal kunne fortsette i sitt vanlige arbeid eller få annet passende arbeid.

Arbeidsmiljølovens kapittel 13, *Vern mot diskriminering*, handler også om inkluderende arbeid. Forbudet mot diskriminering retter seg mot diskriminering på grunn av politisk syn, medlemskap i arbeidstakerorganisasjon, seksuell orientering, funksjonshemming eller alder, samt diskriminering av arbeidstakere som arbeider deltid eller er midlertidig ansatt. I § 13-5 er det presisert at arbeidsgiver så langt det er mulig skal

iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstakere med funksjonshemming skal kunne få eller beholde arbeid, utføre og ha fremgang i arbeidet og ha tilgang til opplæring og annen kompetanseutvikling.

En gjennomgang av arbeidsmiljøloven sett i lys av folkehelsevitenskapelig teori, tydeliggjør både det faglig innholdet som skjuler seg bak lovens mange bestemmelser og den store bredden som finnes i virksomhetenes ansvar og arbeidsoppgaver på HMS-området.

Dessuten er det en forutsetning for å studere i hvilken grad HMS-arbeidet bidrar til å fremme folkehelsearbeid, slik jeg gjør i denne avhandlingen, og eventuelt om enkelte deler av det samlede HMS-arbeidet ivaretas bedre enn andre.

3.4 Oppsummering

Det er et viktig poeng i avhandlingen å komplettere bildet av IK-HMS som et teknisk-administrativt styringssystem for arbeidsgiversiden med en beskrivelse av IK-HMS som en reform på folkehelseområdet, med aktiv medvirkning fra arbeidstakerne som en viktig demokratisk dimensjon.

Ved å betrakte HMS-arbeid som folkehelsearbeid i arbeidslivet, får vi ikke bare tydeliggjort de ansattes aktive rolle i arbeidsprosessen og hvorfor deres deltakelse er nødvendig for å utvikle gode lokale løsninger. Vi får også tilgang til et begrepsapparat som kan beskrive det faglige innholdet i HMS-arbeidet.

Det folkehelsevitenskapelige perspektivet er teoretisk utgangspunkt for analysen av den delen av empirien som beskrives i Artikkel II. Perspektivet benyttes i arbeidet med å belyse det andre forskningsspørsmålet, og dessuten i den første delen av hovedproblemstillingen.

4. SYSTEMATISK HMS-ARBEID I ET PROFESJONSPERSPEKTIV

Organisasjonsperspektivet plasserer innføringen av IK-HMS inn et større bilde, hvor endringene på HMS-området beskrives som del av en politisk ønsket moderniseringsprosess. Folkehelseperspektivet belyser både HMS-arbeidets faglige innhold og betydningen av deltakelse fra de ansatte for at det skal oppleves som relevant og gi gode løsninger. Men ingen av dem forteller oss noe om det spesifikke ved sykehuset som organisasjon. Det gjør derimot profesjonsperspektivet, gjennom å legge vekt på sykehusets organisasjonskultur, maktforhold og det spesielle ved arbeidet som foregår der. I det siste av de tre perspektivene som utgjør det teoretiske rammeverket, betraktes derfor HMS-arbeidet i et profesjonsperspektiv.

Fremstillingen av profesjoner og profesjonelle organisasjoner, blant annet hos Mintzberg (1989), har fått kritikk for å være idealtipebeskrivelser som ikke sammenfaller med virkeligheten (Jacobsen og Thorsvik 2013:103). De fleste organisasjoner i det virkelige liv er hybrider med trekk hentet fra ulike organisasjonstyper. Typologiseringer som Mintzbergs *profesjonsbyråkrati* er derfor først og fremst ment som idealtyper vi kan bruke som kontraster mot virkeligheten (Jacobsen og Thorsvik 2013:103).

Det tredje forskningsspørsmålet i avhandlingen dreier seg om hvilke forhold som kan virke fremmende og hemmende på HMS-arbeidet i sykehusene. Hva skjer når sykehus blir utsatt for ytre press i form av IK-reformen, og vil iverksettelse av IK-HMS i en profesjonell organisasjon med stabile strukturelle og kulturelle trekk kreve spesielle tilpasninger?

4.1 Profesjonsstyring, autonomi og skjønn

Sykehus er store og komplekse organisasjoner som består av mange ulike enheter, som igjen er dannet av ulike profesjoner, posisjoner og personer. Enhetene skal operasjonalisere ulike mål. Sykehuset skal innenfor sine økonomiske rammer bl.a. drive diagnostisering, behandling, pleie og omsorg, opplæring, administrasjon og personalpolitikk (Måseide 1983:79, 98).

Sykehus blir tradisjonelt betegnet som profesjonelle organisasjoner eller profesjonsbyråkratier (Mintzberg 1989). De kjennetegnes av utstrakt delegering av beslutningsmyndighet og stor handlefrihet blant de ansatte, med utgangspunkt i deres profesjonelle kvalifikasjoner (Jacobsen og Thorsvik 2013:98). Arbeidsoppgavene er stabile, men kompetansekrevende (Nylehn 1997). Standardisert oppgaveløsning sikres ikke av rutiner, men gjennom strenge krav ved rekruttering. Profesjonelle organisasjoner kjennetegnes i liten grad av formalisering, mens uformelle normer og regler i stor grad påvirker det de ansatte gjør (Flermoen 2001).

I det profesjonelle hierarkiet er autoritet basert på faglig kunnskap under kollegial kontroll. En kollegial organisasjonsform kjennetegnes av likhet og samarbeid mellom kollegaer på samme nivå og indre selvkontroll. Kollegiale beslutninger fattes i fellesskap etter at samtlige har begrunnet sin mening. I det administrative hierarkiet er autoritet basert på formell plassering i hierarkiet, regler, ordrer og delegering.

Profesjonene har tradisjonelt hatt stor autonomi i forhold til sykehusets ledelse, som beskrives som et maskinbyråkrati, med hierarkisk styringsstruktur, klare linjer for ledelse, standardiserte arbeidsoppgaver og styring gjennom skriftlige regler og prosedyrer (Mintzberg 1989). I profesjonsbyråkratier er lojaliteten knyttet til egen profesjon, mens den i maskinbyråkratier er knyttet til organisasjonen.

Tidligere var både den byråkratiske og politiske kontrollen med sykehusenes ressursbruk beskjedne, sammenliknet med kontrollen av annet forbruk. Dette har endret seg. Helsevesenet har blitt underkastet sterkere ekstern kontroll og rasjonalisering, noe som har redusert profesjonenes autonomi (Brante 2005:31).

Evetts, Miege og Felt (2006:111) skriver at ledere i profesjonelle organisasjoner bevisst kan utfordre den forståelsen de ansatte har av hva det vil si å være profesjonell, i den hensikt å få mer kontroll over profesjonene. Krav fra arbeidsgiversiden om at profesjonene bør være mer lojale mot organisasjonens øverste ledelse, budsjett, resultatmål, rasjonaliseringsvedtak og byråkratisk og politisk kontroll generelt, kan bli presentert som en appell om å opptre mer profesjonelt. Profesjonene oppfordres til å bytte ut sine egne verdier med mål og resultatkrav fastsatt av andre, og slike appeller fra arbeidsgiveren kan forstås som en mekanisme for å øke den sosiale kontrollen (Evetts et al 2006).

Regelstyring i form av kvalitetssikring utfordrer profesjonsstyring og skjønn. Kollegial kontroll som legitimeringsgrunnlag utfordres av markedstenkning og lederkontroll. Profesjonell autoritet utfordres av byråkratisk autoritet, og reduserer forskjellen mellom profesjonsbyråkratier og maskinbyråkratier. Innføring av regler, forskrifter og tekniske systemer som fører til en standardisering av arbeidsprosesser, innebærer kontroll av en profesjonell kultur som verdsetter utøvelse av skjønn, og kan forstås som forsøk på å forenkle kompliserte saksforhold (Svensson 2008:141, Svensson og Karlson 2008:262, 266). NPM baseres på legal-rasjonell og hierarkisk autoritet (regler), og mål og resultatkrav plasseres utenfor profesjonens kontroll (Svensson og Karlson 2008:261).

Sykehusprofesjonenes idealer tilsier en fri faglig vurdering av den enkelte pasient ut fra profesjonelle retningslinjer, uten hensyn til budsjett og interne regler. Realisering av humane idealer er en viktig del av deres selvforståelse. Helsetjenesten ses ikke som en del av

næringslivet, og vurderes ut fra andre kriterier enn tradisjonell næringsvirksomhet. Helseprofesjonene er først og fremst forpliktet av faglige idealer, sine kolleger og hensynet til den enkelte pasient. Dermed kan de ikke være like forpliktet av budsjetter, resultatmål og interne regler, og byråkratiske pålegg oppfattes ikke nødvendigvis som legitime (Nylehn 2002:65; Laursen 2004:27; Svensson 2008:140). Virksomheten er rettet mot enkeltmennesker og har en nøytral, upolitisk og allmenntilgjengelig karakter. En avgjørelse rettfærdiggjøres av at den som tar den har spesielle kunnskaper. Den profesjonelle ekspertisen er utviklet gjennom forskning, men avgjørelser har sin basis i normer og verdier som er allment akseptert i samfunnet (Berg 1987:32,117, Nylehn 2002).

Profesjonsutøvere foretar ofte kompliserte vurderinger av konkrete enkelttilfeller, ved hjelp av relativt generell kunnskap (Abbott 1988:8). De styres ikke av regler, men bruker sitt faglige skjønn i møtet med klienten (Svensson og Karlson 2008:261). Faglig skjønn er kunnskap som utvikles og vedlikeholdes i praksisfeltet. Kunnskapen er personavhengig, men bringes videre gjennom profesjonell sosialisering (Erichsen 1985:171). Autonomi og tillitt blir til ved at praksis hviler på et vitenskapelig grunnlag og empirisk dokumentasjon. Men også subjektive vurderinger som bygger på verdier og normer, inngår i skjønn (Eriksen 2001:54). Hvis IK-HMS blir betraktet som et uttrykk for ekstern kontroll og byråkratisk styring, kan det utfordre profesjonelle idealer om autonomi og utøvelse av skjønn, og vanskeliggjøre HMS-arbeidet i profesjonsbyråkratier.

4.2 Profesjonsidentitet og immunforsvar

Profesjonsidentitet kan beskrives som det som ligger bak den enkeltes praksis. Den består av verdier, idealer, kunnskaper, prinsipper og andre forhold som er viktige for den enkeltes profesjonsutøvelse, men også av vaner og handlinger som man ikke tenker over. De er selvfølgelig, dagligdagse og nesten usynlige. Store deler av profesjonsidentiteten hos medlemmer av samme profesjon, består av felleselementer som blitt dannet gjennom utdanning og yrkespraksis. Språklige, handlingsorienterte og etiske dimensjoner ved profesjonsidentiteten dannes, stabiliseres og utvikles ved å inngå i praksisfellesskap med sine fagfeller. Dette skjer ved iakttagelser, imitasjon, kommunikasjon og gjentakelse av etablert praksis. Profesjoner og praksisfellesskap krever at den enkelte tenker og handler innenfor de rammer som profesjonen regner som sine. Men profesjonsidentiteten har også plass til individuelle elementer som avspeiler den enkeltes spesielle historie (Wackerhausen 2002:75).

Innføring av IK-HMS er en av mange endringer sykehusprofesjonene har vært nødt til å forholde seg til i perioden fra 1998 til 2013. Begrepet habitus kan benyttes i en analyse av

profesjonenes motstand mot begreper, tanker og perspektiver som utfordrer deres ståsted. Habitus kan forstås som varige disposisjoner eller prinsipper som strukturerer praksis (Bourdieu 2007:92). Habitus kan beskrives som et mønster av adferd, tanker og forforståelse, og er et resultat av erfaringer, sosialisering og kulturell læring. Allerede i barndommen skjer det en ubevisst internalisering. Vi tilegner oss en forståelse av hva som er bra eller dårlig, riktig eller galt. Individets habitus preges av habitus i den sosiale gruppen vedkommende tilhører, og gjenspeiler individets sosiale historie. Disposisjonene i habitus er noe vi tilegner oss og gjør til vårt eget (Wilken 2006:43), og som avgrenser oss fra andre grupper. Bourdieu (2007:103) skriver videre at habitus forsvaret seg mot endringer ved å gjøre informasjon til gjenstand for seleksjon. Vi unngår eller forkaster informasjon som kan rukke ved vår oppfatning, og favoriserer informasjon som bekrefter den.

Profesjonsutøvere som setter spørsmålsteget ved praksis i sitt eget praksisfellesskap, og som er positive til endringer, kan raskt komme i kontakt med det Wackerhausen (2008:18) kaller profesjonens *immunforsvar*. Begrepet henspiller på hvordan praksisfellesskapet krever at den enkelte tenker og handler innenfor de rammer som profesjonen regner som sine (Wackerhausen 2002:75) og kan svare dem som ikke innfrir kravene med ulike former for disiplinering og ekskludering. En profesjon som har et for sensitivt immunforsvar som slår ned på alle forsøk på debatt, risikerer at all refleksjon blir selvbekreftende, og uten evne til fornyelse. Et mer tolerant immunforsvar, som tillater diskusjon, kan derimot gi en bedre balanse mellom stabilitet og læring. Kunnskap om etablerte kulturelle trekk ved organisasjonen og hvordan endringsprosesser kan utløse forsvarsmekanismer, kan bidra til å forstå hvilke forhold som kan fremme og hemme HMS-arbeidet i sykehusene.

4.3 Makt, spesialisering og jurisdiksjon

Tverrfaglige prosesser som innføring av IK-HMS, kan utfordre profesjonene. Det blir tydelig når profesjoner studeres med utgangspunkt i begrepene makt, spesialisering og jurisdiksjon.

Der man har valgt å gi ansvar og myndighet til en bestemt profesjon, har man samtidig valgt en bestemt måte å fordele og organisere arbeidet på. Det er alltid de samme yrkene som kobles til de samme arbeidsoppgavene. Profesjoner er gitt autoritet av staten til å beskytte sine egne arbeidsområder mot inngrep fra andre yrkesgrupper, og de kritiseres for å forsvare sine privilegier ved å lukke seg for ubegrenset tilgang utenfra (Freidson 1970:134, 151, Laursen 2004:23). Profesjonene utøver også makt gjennom sin innflytelse på hvordan offentlig politikk skal utformes, ettersom de utgjør et mellomledd mellom staten og bruken av spesialisert kunnskap. Profesjonene er blitt integrert i samfunnets maktapparat gjennom

institusjonaliseringen av profesjonell kunnskap, som retter seg mot disiplinering og kontroll av befolkningen (Vågan og Grimen 2008:411).

Profesjonene kjennetegnes av spesialisering, som forsterkes i profesjonelle organisasjoner (Nylehn 2002:65). Spesialisering gir mindre fleksibilitet og overblikk over helheten (Vinge 2005:109). Spesialiseringen kan også bety likegyldighet overfor andre fag, oppgaver og enheter. Ekspertene kan kjenne seg fritatt fra det som ikke faller inn under eget fag. Andre perspektiver oppleves som fjerne, og forholdene for andre grupper er mindre interessante, og kanskje også ukjente for dem (Nylehn 2002). Store deler av HMS-arbeidet i et verneområde kan derfor oppleves som lite relevant.

Nye sakstyper vil ofte kreve nye samarbeidsformer mellom profesjonene, og slike endringer kan utfordre den enkelte profesjonens jurisdiksjon (Flermoen 2001:183). Jurisdiksjon viser til myndighet og ansvar som ulike yrkesgrupper har innenfor sitt arbeidsområde. Utgangspunktet er at profesjonene ikke eksisterer i et tomrom, men må forholde seg til andre profesjoner. Innenfor denne tenkningen er det et sentralt poeng at yrkesgruppene kontinuerlig kjemper om eiendomsretten (jurisdiksjonen) til de ulike arbeidsområdene (Flermoen 2001:173, Abbott 1988). Med utgangspunkt i Abbotts jurisdiksjonsbegrep, kan deltakelse i felles prosesser med andre profesjoner fremstå som truende for profesjonens jurisdiksjon, dvs. som et forsøk på å endre grensene som skiller profesjonenes myndighets- og ansvarsområder fra hverandre. Tverrfaglig samarbeid kan medføre å gi fra seg rettigheter, ved å slippe andre inn på sitt eget faglige revir. Jurisdiksjoner er nemlig ikke fastsatt en gang for alle, men forsterkes eller svekkes gjennom de faktiske profesjonelle arbeidsprosessene (Carlhed 2011:290). Et annet poeng er at sykehusprofesjonene ikke er likeverdige når det gjelder forhandlingsstyrke og gjennomslagskraft, og at ikke alle ser noe grunn til å gå inn i åpne diskusjoner med andre yrkesgrupper.

4.4 Oppsummering

Som nevnt innledningsvis i dette kapittelet, er de fleste organisasjoner i virkeligheten hybrider, sammensatt av trekk fra ulike organisasjonstyper. Som eksempel kan nevnes at også den kliniske virksomheten ved sykehusene kan ha maskinbyråkratiske trekk (Vinge 2005:103, 107). Dessuten er profesjonene heterogene innbyrdes og det er ikke nødvendigvis vanntette skott mellom de ulike profesjonenes arbeidsoppgaver (Waks 1999:200, 215).

Jeg har likevel benyttet profesjonsperspektivet for å få frem noe av det som gjør sykehus til en spesiell type organisasjoner, med egenskaper som kan ha betydning for HMS-arbeidet i virksomhetene.

Profesjonsperspektivet er benyttet i analysen av store deler av det empiriske materialet, noe som fremgår av både Artikkel I, Artikkel III og Artikkel IV. Perspektivet benyttes i arbeidet med å belyse både forskningsspørsmål 1, 3 og 4, og derved begge leddene i hovedproblemstillingen.

5. METODE

Målet med dette kapittelet er å synliggjøre forskningsprosessen og de valgene jeg har tatt. Dette er en sentral side ved et forskningsprosjekt. Likevel tildeles den ofte svært liten plass når forskning formidles i artikkelformat. Kappen gir derimot mulighet til å gi en nærmere beskrivelse av den forskningsmetodiske tilnærmingen, utover det som går frem av artiklene. Metodekapittelet gir også plass til å fortelle hva jeg har gjort og tenkt i løpet av prosjektet, og til å drøfte styrker og svakheter ved de metodevalgene jeg har foretatt.

Kapittelet innledes med en beskrivelse av mitt forskningsmetodiske utgangspunkt. Deretter beskrives studiens design og informantene i de to strategiske utvalgene. Det gis også en beskrivelse av arbeidet med å få tilgang til feltet og utvelgelsen av informanter. I det påfølgende underkapittelet redegjøres det for gjennomføringen av intervjuene, samt transkriberingen. Deretter beskrives analyseprosessen og metodiske overveielser. Kapittelet avsluttes med to underkapitler om henholdsvis metodekritikk og etiske overveielser.

5.1 Forskningsmetodisk utgangspunkt

5.1.1 Spørsmålet bestemmer metoden

Overskriften til dette underkapittelet er hentet fra Margarethe Lorensens bok ved samme navn (Lorensen 1998). Problemstillingen skal være avgjørende for valg av forskningsmetode og design. Valget av metode skal ikke foretas ut fra ideologisk ståsted, men begrunnes ut fra de fordeler og begrensninger metodevalget medfører.

Med utgangspunkt i den problemstillingen som tidligere er presentert for leseren, har jeg valgt en kvalitativ metodisk tilnærming i form av kvalitative intervjuer og dokumentstudier. Jeg bygger i hovedsak fremstillingen på et begrenset antall informanternes erfaringer og opplevelser av det systematiske HMS-arbeidet. Intervjuene suppleres med studier av sentrale dokumenter som beskriver ulike sider ved sykehusenes HMS-arbeid.

Jeg har vurdert det som hensiktsmessig å benytte kvalitativ metode, fordi jeg i denne undersøkelsen studerer forhold som vanskelig kan kvantifiseres, f.eks. følelser, tanker, relasjoner, den enkeltes opplevelse av et sosialt fenomen, oppfatninger som ligger til grunn for et standpunkt, eller prosesser og strukturer som styrer samhandlingen i en organisasjon på området. Begrepet kvalitativ viser til kvaliteter, dvs. egenskaper eller karaktertrekk ved fenomenet (Halvorsen 1998).

Repstad (1998) beskriver kvalitativ metode som et naturlig valg når man ønsker å utforske særtrekk ved et miljø og utviklingen over tid. Jeg studerer utviklingen på HMS-

området i en bestemt type profesjonelle organisasjoner over en periode på 15 år. Kvalitative studier gir ifølge Repstad også et godt utgangspunkt for å forstå konkrete, lokale utviklingsforløp. Ved å studere livet i en organisasjon over tid, får vi et grunnlag for å forstå hva som følger av hva i miljøet. Vi kan observere det sosiale samspillet og danne oss et mer direkte bilde av de sosiale relasjonene enn om vi foretar en spørreskjemaundersøkelse.

Kvalitativ metode forbindes med en induktiv tilnærming. Forskeren nærmer seg feltet uten klart definerte hypoteser, slik også jeg gjør i mitt forskningsprosjekt. Prosessen er utforskende og skal synliggjøre den kvalitative variasjonen i hvordan informantene opplever HMS-arbeidet i sykehusene. Ut fra en slik åpen tilnærming dannes teoriene. Forskeren skriver ned sine intervjuer, og tekstene blir utgangspunkt for senere analyse og tolkning. Interessen retter seg mot struktur og sammenhenger, ikke adskilte variabler (Halvorsen 1998).

Kvalitativ metode er knyttet til fortolkende vitenskapsteori som hermeneutikk og fenomenologi og de fortolkningsbaserte tilnærmingenes ontologi (læren om det værende, om hvordan virkeligheten ser ut) og epistemologi (læren om kunnskap, om hva som kan erkjennes). De fortolkningsbaserte tilnærmingenes ontologiske utgangspunkt er at det ikke finnes generelle lovmessigheter i sosiale systemer, fordi konteksten alltid betyr noe for menneskelig adferd (Lincoln og Guba 2000, Jacobsen 2002:27). De fortolkningsbaserte tilnærmingenes epistemologiske ståsted er at det ikke finnes en objektiv verden eller virkelighet utenfor oss selv, hvor alle oppfatter et sosialt fenomen på samme måte, og som kan studeres på en nøytral måte. Derimot finnes det ulike opplevelser og forståelser av virkeligheten, og forskeren kan undersøke hvordan andre mennesker fortolker og legger mening i sosiale fenomener (Jacobsen 2002:27).

Materialet gir ikke sikre svar på hvordan HMS-tilstanden faktisk er og representerer ingen evaluering av HMS-arbeidet i perioden. Gjennom informantenes egne beskrivelser får vi likevel en indikasjon på stabilitet eller endring over tid. Hensikten er å få frem et variert materiale, som åpner for alternative versjoner og ulike tolkninger (Malterud 2013).

5.1.2 Det kvalitative intervjuet

Informantenes beskrivelser av hvordan de opplever HMS-arbeidet i sykehus, hjelper meg til å si noe om den problemstillingen jeg studerer. Kvale (1997) beskriver det kvalitative intervjuet som en utveksling av synspunkter mellom to personer om et tema som opptar dem begge. Intervjueren lærer seg å forstå verden fra informantenes side, ved å innhente beskrivelser av deres livsverden, med hensyn til tolkninger av meningen med fenomenene som beskrives.

Starrin og Renck (1996) mener at det kvalitative intervjuet kjennetegnes ved at målet er å oppdage eller å identifisere egenskaper, foreteelser eller innhold som ikke er kjent på forhånd. Spørsmålene skal være åpne, søkende og sonderende, ettersom man ikke vet på forhånd hva som har mest betydning. Det kvalitative intervju skal få frem ulike syn og synliggjøre variasjonsbredden. For å forstå mest mulig av det informantene har å fortelle, må intervjueren følge nøye med i det som blir sagt, tilpasse seg den vendingen intervjuet tar og følge opp med tilleggsspørsmål kan belyse studiens problemstilling.

Intervjueren forholder seg ikke nøytral eller passiv, men blir medskaper av intervjuets resultat gjennom interaksjonen med informantene. Dette avviker fra forestillingen om den nøytrale forskeren som ikke påvirker kunnskapsutviklingen på noen måte. Tvert imot er forskerens ståsted, faglige interesser og erfaringer avgjørende for valg av problemstilling, forskningsmetode og perspektiver (Malterud 2013:37).

5.1.3 Dokumentstudier

Analyse av dokumenter har lang tradisjon innen både kvalitativ forskning generelt og sosiologien som fag. Forskeren foretar systematiske studier av skriftlige tekster for å innhente informasjon som belyser problemstillingen. Begrepet *dokumenter* benyttes om alle typer skriftlige kilder som er tilgjengelige, f. eks. offentlige dokumenter som Stortingsreferater og politiske vedtak eller personlige dokumenter som dagbøker og brev (Thagaard 2009:62).

Tjora (2012:162,163) skiller mellom studier hvor dokumenter brukes som bakgrunnsdata i tillegg til intervjuer eller observasjoner, og rene dokumentstudier som utelukkende bygger på studier av dokumenter. Tjora legger også vekt på at dokumenter skiller seg fra andre typer data ved at de vanligvis er produsert av andre enn forskeren, for helt andre formål enn forskning. Når vi bruker et dokument som kilde i en undersøkelse, er det derfor nødvendig å sette det inn i en kontekst, dvs. når og hvor det er skrevet, hva formålet med produksjonen av dokumentet er, og hvem dokumentets målgruppe er.

Repstad (2007:103) trekker også opp et skille mellom ulike former for dokumentanalyse. På den ene siden finner vi bruk av skriftlig bakgrunnsstoff som del av kvalitative studier, hvor tidligere empiriske undersøkelser, statistikk og annen dokumentasjon danner et bakteppe av informasjon for både forskeren og leserne, før man beveger seg inn i selve studien. Dette beskrives av Repstad som dokumentanalyse i en *videre forstand*. På den andre siden finner vi dokumentanalyse i en *snevrere forstand*, hvor visse tekster gis status som kilder eller data i undersøkelsen, på samme måte som feltnotater og intervjuutskrift.

I forbindelse med det første feltarbeidet ble det gjennomført dokumentstudier i snever forstand. De politiske vedtakene på HMS-området i Nordland fylkeskommune (Fylkestinget) og deler av sykehusenes egne IK-systemer ble gjort til kilder og data for undersøkelsen, fordi de fungerte som styringsdokumenter for arbeidsgiversiden på ulike nivåer. Dokumentene bidro med informasjon om den strategiske tenkningen og de offisielle HMS-målene, og de utfylte derved informantenes beskrivelser av HMS-arbeidet. Dokumentene var spesielt viktige som data i forbindelse med skivingen av Artikkel II.

I forbindelse med det andre feltarbeidet, ble det gjennomført dokumentstudier i vid forstand. Dokumenter som beskrev helseforetakenes organisasjonsplaner, organiseringen av HMS-arbeidet og oppbyggingen av vernetjenesten, ble benyttet i forbindelse med forberedelser til intervjuene, tilpasningen av intervjuguider og valget av informantene som skulle inngå i utvalget. Disse dokumentene var tilgjengelige på helseforetakenes hjemmesider.

5.2 Forskningsdesign

Avhandlingen bygger på en studie av det systematiske HMS-arbeidet i tre somatiske sykehus i Nordland. Det empiriske materialet er hentet inn gjennom to feltarbeid, foretatt i henholdsvis 1998/1999 og 2013. I Artikkel 4 (Borgen 2014) har jeg beskrevet studien som en longitudinell studie. I denne delen av kapittelet skal jeg først gjøre kort rede for hva som kjennetegner longitudinelle studier, før jeg diskuterer mitt forskningsdesign i lys av denne redegjørelsen.

Analysen med vekt på tidsperspektivet og utviklingsløp kalles longitudinelle studier. Longitudinelle studier undersøker sosiale fenomener og prosesser over tid, med tanke på å avdekke stabilitet og endring. Det innhentes empiriske data om det samme fenomenet på mer enn ett tidspunkt, f. eks. data om hvordan meninger eller handlingsmønstre forandrer seg. Studiene kan være avgrenset til å studere kortvarige prosesser eller kan ta for seg utvikling over mange år. Noen studier følger en prosess kontinuerlig og samler inn data fortløpende. Andre beskriver stabilitet og endring gjennom å sammenlikne data om samme fenomen på ulike tidspunkt. Longitudinelle studier krever enten løpende observasjon over en periode eller innsamling av sammenliknbare data på flere ulike tidspunkter (Grønmo 2004:134, 382), og gjennomføres relativt sjelden fordi det krever mye tid og betydelige ressurser (Bryman 2001:45).

Data om et fenomen på et enkelt tidspunkt kalles synkrone data, mens data om samme fenomen på ulike tidspunkt kalles diakrone data. Longitudinelle studier bygger på diakrone data (Grønmo 2004:377, 383) og antas å gi sikrere informasjon om endring enn studier hvor data er samlet inn på ett enkelt tidspunkt (Gåsdal 2001:186).

Min undersøkelse kan beskrives som en longitudinell studie, i den betydning at det er en studie hvor det foretas empiriske observasjoner av det samme fenomenet (sykehusenes HMS-arbeid) på mer enn ett tidspunkt. To strategiske utvalg bestående av 18 informanter hver, er blitt intervjuet med femten års mellomrom. De tre sykehusene, som kalles Sykehus A, Sykehus B og Sykehus C, er de samme begge ganger. Informantene er valgt ut blant dem som har en formell rolle i HMS-arbeidet i sykehusene, selv om ikke alle har sitt daglige arbeid der.

Derimot er det ikke de samme *personene* som er intervjuet i de to intervjurundene. Ingen av informantene har deltatt mer enn en gang. Dessuten har sykehusene skiftet både eier og organisasjonsmodell i perioden, og det er derfor ikke de samme organisasjonsnivåene, stillingskategoriene eller yrkesgruppene som er blitt intervjuet begge ganger. Det betyr også at spørsmålene ikke er helt identiske. *Funksjonene* er likevel så like at jeg har funnet grunnlag for å sammenlikne resultatene fra de to fasene av undersøkelsen.

Min undersøkelse kan på bakgrunn av den beskrivelsen som er gitt ovenfor også beskrives som en tidsseriestudie, dvs. en undersøkelse som tar sikte på å analysere hvordan et fenomen utvikler seg over tid ved å intervjuer ulike, men sammenliknbare utvalg om de samme spørsmålene på ulike tidspunkt (Hellevik 1980:375). Tidsseriestudier beskriver endringer på gruppenivå, i motsetning til panelstudier som beskriver endringer på individnivå (Hellevik 2001:44).

5.3 Beskrivelse av informantene i de to strategiske utvalgene

5.3.1 Det første feltarbeidet (1998 - 1999)

Det første feltarbeidet ble foretatt av min kollega Bente Vibecke Lunde og meg fra mai 1998 til april 1999 (Borgen og Lunde 2001, 2007, 2009, Borgen 2012). Ved de tre sykehusene intervjuet vi i alt 15 informanter, hvorav 12 tilhørte arbeidsgiversiden og de tre øvrige arbeidstakersiden.

Ved Sykehus A intervjuet vi fem informanter. Tre av dem arbeidet i sykehusets øverste ledelse, dvs. som sykehusdirektør eller i direktørens stab: Sjefsykepleier A, Personalsjef A og Driftssjef A. Driftssjef A var også systemansvarlig for sykehusets internkontrollsystem for helse-, miljø- og sikkerhet (Systemansvarlig IK-HMS). Dessuten intervjuet vi en leder med HMS-ansvar på avdelingsnivå (Avdelingssykepleier A) og hovedverneombudet ved Sykehus A (Hovedverneombud A).

Ved Sykehus B intervjuet vi fem informanter. To av dem arbeidet i sykehusets øverste ledelse: Personalsjef B og Verneleder B. Personalsjef B var også systemansvarlig for

sykehusets internkontrollsystem for helse-, miljø- og sikkerhet (Systemansvarlig IK-HMS). Vi intervjuet også to ledere med HMS-ansvar på avdelingsnivå (Avdelingssykepleier B og Assisterende avdelingsleder B) og sykehusets hovedverneombud (Hovedverneombud B).

Ved Sykehus C intervjuet vi også fem informanter. Tre av dem arbeidet i sykehusets øverste ledelse: Direktør C, Sjefflege C og Prosjektsekretær for kvalitetssikring C (Systemansvarlig IK-HMS). Dessuten intervjuet vi en HMS-ansvarlig leder på avdelingsnivå (Avdelingssykepleier C) og hovedverneombudet ved sykehuset (Hovedverneombud C).

I tillegg intervjuet vi to av de ansatte i sentraladministrasjonen til den daværende sykehuseieren, Nordland fylkeskommune. Den ene av dem arbeidet som HMS-konsulent i Organisasjons- og personalseksjonen, som var en del av Fylkesrådmannens stab. Den andre arbeidet med personaladministrasjon i Helse- og sosialavdelingen (som ofte ble omtalt som "Fylkeshelsesjefens kontor"), som var den fagetaten i fylkesadministrasjonen som hadde det overordnede ansvaret for driften av sykehusene. Dessuten intervjuet vi den av de ansatte ved Arbeidstilsynet i Nordland som jobbet spesielt med tilsyn i sykehusene.

5.3.2 Det andre feltarbeidet (2013)

Det andre feltarbeidet ble foretatt av meg i perioden fra mai til desember 2013 (Borgen 2014). Sykehusene i den andre delen av undersøkelsen er identiske med sykehusene hvor den første intervjurunden ble foretatt 15 år tidligere, men de tre sykehusene er i dag deler av to ulike helseforetak. Jeg har intervjuet like mange arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentanter, både ved hvert helseforetak og på hvert nivå i samme helseforetak.

Sykehus A og Sykehus C tilhører "Fjordsykehuset helseforetak" (Fjordsykehuset HF). Ved Fjordsykehuset HF intervjuet jeg åtte informanter fordelt på tre ulike nivåer i organisasjonen (to på foretaksnivå, to på klinikknivå og fire på enhetsnivå). Fire av dem tilhører arbeidsgiversiden: Leder HMS-seksjonen Fjordsykehuset HF (foretaksnivå), Kvalitetsrådgiver Fjordsykehuset HF (klinikknivå), Enhetsleder Sykehus A (enhetsnivå) og Enhetsleder Sykehus C (enhetsnivå). De fire andre representerer arbeidstakersiden: Hovedverneombud Fjordsykehuset HF (foretaksnivå), Klinikkverneombud Fjordsykehuset HF (klinikknivå), Verneombud Sykehus A (enhetsnivå) og Verneombud Sykehus C (enhetsnivå).

Sykehus B tilhører "Fastlandssykehuset helseforetak" (Fastlandssykehuset HF). Ved Fastlandssykehuset HF intervjuet jeg seks informanter på tre ulike nivåer (to på foretaksnivå, to på sykehusnivå og to på enhetsnivå). Tre av dem tilhører arbeidsgiversiden: HMS-rådgiver Fastlandssykehuset HF (foretaksnivå), Personlrådgiver Sykehus B (sykehusnivå) og Enhetsleder Sykehus B (enhetsnivå). De tre andre representerer de ansatte: Hovedverneombud

Fastlandssykehuset HF (foretaksnivå), Plassansvarlig verneombud Sykehus B (sykehusnivå) og Verneombud Sykehus B (enhetsnivå).

Jeg intervjuet også den i ledelsen ved det regionale helseforetaket, dvs. sykehuseieren, som var ansvarlig for HMS-arbeidet på konsernnivå (HMS-ansvarlig leder RHF), konsernverneombudet i det regionale helseforetaket (Konsernverneombud RHF), en representant for Arbeidstilsynet i Nord-Norge og en representant for bedriftshelsetjenesten hvor Fjordsykehuset HF er kunde.

5.4 Tilgangen til feltet og valg av informanter

5.4.1 Det første feltarbeidet (1998 - 1999)

I november 1997 søkte vi Helse- og sosialavdelingen, som representant for sykehuseieren Nordland Fylkeskommune, om tillatelse til å gjøre en undersøkelse ved samtlige sykehus i fylket. Søknaden ble innvilget (Vedlegg 1). Våren 1998 valgte vi av praktiske årsaker å begrense oss til tre av de sju somatiske sykehusene i Nordland. Vi hadde ingen spesielle kunnskaper om HMS-arbeidet ved noen av dem på forhånd, men de representerte et tversnitt av sykehusene i Nordland mht. størrelse og behandlingstilbud og var geografisk plassert i ulike deler av fylket.

Vi søkte også Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og Datatilsynet om konsesjon til å opprette personregister og dette ble det gitt tillatelse til (Vedlegg 2).

Etter at samtlige tillatelser fra arbeidsgiversiden og myndighetene var i orden, gikk vi i gang med å kontakte de ulike sykehusene, før vi besøkte vi dem etter tur. Vi gikk frem på samme måte hver gang. Omtrent en måned før vi ønsket å gjennomføre intervjuene, tok vi kontakt og ba vi om å få intervju den eller de i sykehusets sentrale ledelse som arbeidet mest med systematisk HMS-arbeid. Videre ba vi om opplysninger om hvem som representerte arbeidsgiversiden i Arbeidsmiljøutvalget (AMU). Disse viste seg svært ofte å være ansatte i den lokal sykehusdirektørens stab. Vi kontaktet deretter den enkelte informant direkte på telefonen og ba om et intervju. Det samme gjaldt de tre systemansvarlige for IK-HMS og de tre hovedverneombudene. Lederne på avdelingsnivå ble rekruttert inn i utvalget ved at vi ringte til en vilkårlig valgt avdeling ved hvert sykehus, hvor vi bad om å få snakke med avdelingssykepleieren og deretter oppfordret vedkommende om å stille opp til intervju. Med et unntak sa alle seg villige til å bli intervjuet. De øvrige tre informantene (to ved Nordland fylkeskommunes administrasjon og en i Arbeidstilsynet) ble rekruttert etter en telefonsamtale til arbeidsplassen deres, hvor vi ba om å få intervju den som arbeidet mest med saksområdet.

5.4.2 Det andre feltarbeidet (2013)

I februar 2013 søkte jeg de to helseforetakene som i dag eier de tre sykehusene om lov til å intervju et utvalg av ledere og ansatte (Vedlegg 3). Sykehus A og Sykehus C er i dag en del av Fjordsykehuset HF, mens Sykehus B er en del av Fastlandssykehuset HF. Søknaden inneholdt en beskrivelse av prosjektet og begge de to foretakene gav positive svar. Deretter kontaktet jeg det regionale helseforetaket og de organisasjonene hvor de øvrige (tiltenkte) informantene arbeidet, og også disse var positive. Forskningsprosjektet ble også meldt til og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste - Personvernombudet for forskning (Vedlegg 4).

Deretter innhentet jeg informasjon om organisasjonsmodeller og oppbyggingen av vernetjenesten fra foretakenes hjemmesider. Det organisatoriske landskapet hadde endret seg som følge av Helseforetaksreformen i 2002 (Helseforetaksloven). Reformen hadde hatt som målsetting å skape sterkere politisk (statlig) styring og mer effektiv drift av sykehusene. Et annet mål var å bidra til økt kompetanse, rolleforståelse og gjennomføringsevne blant sykehuslederne (Hippe og Trygstad 2012), noe som kunne tenkes å påvirke HMS-arbeidet.

Dessuten var navnene på en rekke faglige enheter og stillingskategorier nye. Det var ikke innlysende hvem som burde rekrutteres inn i utvalget. Også denne gangen foretok jeg en rekke henvendelser til aktuelle informanter, og enkelte av dem hjalp meg med å forstå mer av hvordan helseforetakene var organisert. De som takket ja til å delta, mottok deretter ytterligere informasjon.

Der det var aktuelt, ba jeg også om forslag på andre mulige informanter med så lang ansiennitet i sykehusene at de kunne sammenlikne dagens HMS-situasjon med situasjonen på slutten av 1990-tallet. Bare et fåtall hadde imidlertid så lang erfaring i samme organisasjon, og de som hadde jobbet lenge i virksomhetene hadde hatt andre posisjoner den gang enn i 2013, og hadde sjelden omfattende kunnskaper om HMS-arbeidet i den første perioden.

5.5 Intervjuene

5.5.1 Gjennomføring av intervjuene og transkribering

I god tid før intervjuet ble informantene informert om at det forelå en formell tillatelse til å foreta intervjuene og om formålet med prosjektet (Vedlegg 5 og Vedlegg 6). Informasjonen ble formidlet over telefonen og i et brev ledsaget av en forespørsel om å skrive under på en erklæring om informert frivillig samtykke. Informasjonen ble gjentatt muntlig før selve intervjuet og samtykkeerklæringen undertegnet. Informantene ble også gjort oppmerksomme

på at de ikke var forpliktet til å svare på alle spørsmål, og at de også hadde anledning til å trekke seg under selve intervjuet. Samtidig ble de forsikret om at all informasjon vil bli behandlet konfidensielt, og at lydopptakene ville bli slettet etter at prosjektet var avsluttet.

Med unntak av en av informantene i det første utvalget, gav samtlige tillatelse til at det ble foretatt lydopptak av intervjuene. Dette gjorde det enklere å holde full oppmerksomhet mot informanten og lettere å registrere ikke-verbale reaksjoner. Dessuten kan man i ettertid høre seg selv som intervjuer og bruke disse erfaringene i det videre arbeidet. Fraværet av lydopptak av intervjuet med den ene informanten ble forsøkt kompensert ved å ta gode og presise notater under hele intervjuet.

Avtalen med informantene gikk ut på at intervjuene ikke skulle ta mer enn en time, og det ble lagt stor vekt på å overholde denne avtalen. Det korteste intervjuet varte i 45 minutter, mens det lengste varte i nesten 90 minutter, etter at informanten selv hadde foreslått å forlenge intervjuet. To av intervjuene i det andre feltarbeidet ble foretatt over telefon.

Intervjuene ble i hovedsak foretatt på informantens kontor eller et annet rom vedkommende var behjelpelig med å skaffe på arbeidsplassen. For å legge opp til en mest mulig komfortabel og rolig ramme rundt intervjuet, ba jeg (vi) informanten om å finne et sted hvor vi kunne unngå å bli forstyrret. Der det var mulig ønsket jeg å møte informantene på deres egen arbeidsplass, slik at jeg kunne få ekstra informasjon ved å observere omgivelsene. Noen av informantene foretrakk å bli intervjuet utenfor arbeidsplassen. Ingen av dem gav imidlertid uttrykk for at intervjusituasjonen hadde vært ubehagelig på noen måte, men flere ble avbrutt i løpet av intervjuet av telefoner eller andre ansatte. Noen beklaget at de ikke kunne gi bedre eller mer utfyllende svar. Andre gav uttrykk for at de syntes det hadde vært en positiv opplevelse, og at det var på tide at noen så nærmere på dette emnet. Samtlige var vennlige og positive, til tross for at intervjuene åpenbart ”stjal” verdifull arbeidstid.

Transkriberingen ble foretatt løpende. Intervjuene ble skrevet ut ordrett, noe som var en stor fordel i analysefasen.

5.5.2 Semistrukturerte intervjuer og bruk av intervjuguide

I begge feltarbeidene ble det benyttet semistrukturerte intervjuer, hvor vi/jeg på forhånd hadde utarbeidet en intervjuguide som inneholdt en liste over temaer som skulle berøres i intervjuet, samt forslag til spørsmål som dekket disse (Vedlegg 7 og Vedlegg 8). Det er opp til forskeren selv å bestemme hvor detaljert guiden skal være og hvor nøyaktig den skal følges. Så lenge informanten snakker om forhold som angår problemstillingen, gjør det ikke noe om han eller hun tar opp temaene i en annen rekkefølge enn den forskeren har satt opp. Som intervjuere var

vi samtidig frie til å følge opp nye emner som informanten selv kom inn på. Svar vi opplevde som ufullstendige, tvetydige eller spesielt interessante, ble fulgt opp med tilleggsspørsmål (Kvale 1997).

Den forskningsmetodiske tilnærmingen hadde flere fellestrekk med det Birthe Loa Knizek (1998) har omtalt som et problemsentrert intervju. Det arbeides målrettet med utgangspunkt i intervjuerens egen teoretiske forståelse, som modifiseres gjennom de data som blir innhentet. Forskeren er altså ikke noe "tabula rasa". Den første delen av intervjuet inneholdt sonderingss spørsmål, som introduserte temaet og bidro til å avklare informantens ståsted. Intervjuguiden innledet med spørsmål om informantens utdanningsbakgrunn og arbeidserfaring, altså nøytrale emner som informantene sjelden hadde problemer med å snakke om og som gav oss verdifull bakgrunnskunnskap. Den andre delen omfattet spørsmål som var relatert til intervjuguiden, som fungerte som en huskeliste og sikret at de forskningsspørsmålene som var formulert i problemstillingen ble belyst. Den tredje delen bestod av såkalte Ad hoc-spørsmål, dvs. spørsmål som utdyper forhold som ikke er med i intervjuguiden, men som bringer med seg nye og ukjente aspekter som oppleves som viktige.

Intervjuguiden ble justert etter hvert som nye spørsmål dukket opp. I tillegg varierte intervjuguiden noe fra intervju til intervju. Det var ikke formålstjenlig å benytte de samme spørsmålene til samtlige informanter, uavhengig av hvor de arbeidet og om de var ledere eller arbeidstakere. Ulike kategorier informanter krevde litt ulike intervjuguides.

Innholdet i intervjuene var i hovedsak det samme i begge fasene av studien, slik at det kunne gi grunnlag for sammenlikning. Intervjuene i den andre fasen tok utgangspunkt i spørsmålene og resultatene fra den første fasen, med noen tilpasninger underveis. I den første fasen var selve innføringen av IK-HMS veldig viktig, mens overgangen til helseforetak og organiseringen av HMS-arbeidet i de nye foretakene var sentralt i den andre fasen. Spørsmål om informantens rolle og ansvar i HMS-arbeidet, det praktiske HMS-arbeidets plass i det daglige arbeidet, HMS-arbeidets innhold, samarbeidet mellom arbeidsgiver og arbeidstakerne, og forhold i tilknytning til sykehusets organisasjonskultur, har vært sentrale i hele studien. Intervjuguidene ble utviklet med utgangspunkt i kunnskap om bl.a. arbeidsmiljøloven, IK-forskriften, de dokumentene som er beskrevet tidligere samt teori og tidligere forskning om systematisk HMS-arbeid, både i sykehus og i andre typer organisasjoner.

5.6 Analysen

5.6.1 Utgangspunktet for analyseprosessen

Analysen er den delen av forskningsprosessen hvor det empiriske materialet ordnes slik at det får en struktur som gjør det lettere tilgjengelig for tolkning og bygger en bro mellom rådata og resultater (Malterud 2013:91, 92). Mens kvantitative forskningsprosesser er strengt inndelt i faser (Halvorsen 1998), er min analyseprosess et eksempel på at fasene i en kvalitativ studie glir over i hverandre og foregår parallelt (Repstad 1998). Dessuten kan problemstillingen bli endret underveis, fordi det er materialet som bestemmer hvilke spørsmål det er mulig å belyse (Malterud 2013:91, 92). Jakten på de gode svarene er samtidig jakten på de gode spørsmålene.

Både min kollega Bente Lunde og jeg hadde arbeidserfaring fra helsevesenet, og vi hadde begge også arbeidet teoretisk med fagfeltet HMS og styringssystemer i somatiske sykehus (Lunde og Wang 1992, Borgen 1993). Vi brakte derfor med oss tidligere erfaringer og for forståelse inn i analysen av materialet fra det første feltarbeidet. Dette hadde betydning for vårt arbeid, men vi forsøkte hele tiden å være åpne for det som fremkom i intervjuene.

Intervjuene i det andre feltarbeidet hadde intervjuguiden og resultatene fra det første feltarbeidet som mal og analytisk utgangspunkt. På den måten forsøkte jeg å forsikre meg om at intervjuene ville resultere i data som gjorde det mulig å sammenlikne HMS-arbeidet i 2013 med situasjonen i 1998-1999. Dette kan ha medført risiko for at de spørsmålene som ble stilt i for stor grad gjenspeilte funnene 15 år tidligere og dermed ikke åpnet opp for nye temaer.

5.6.2 Fremgangsmåte

Fremgangsmåten som er benyttet i forbindelse med analysen av intervjuene, har mange fellestrekk med en analytisk prosedyre som kalles *systematisk tekstkondensering*. En modifisert utgave er beskrevet av Malterud (2003, 2013). Prosedyren består av fire trinn, fra forskerens første gjennomlesing av materialet til presentasjonen av resultatene for leseren.

I det første trinnet er hensikten å bli godt kjent med det empiriske materialet, og å danne seg et *helhetsinntrykk*. Analysearbeidet begynner med at forskeren (forskerne) leser igjennom samtlige intervjuutskrift. Dette er grunnlaget for det videre arbeidet og en meget viktig del av analysearbeidet. I praksis begynner imidlertid analysen allerede med transkripsjonen av intervjuene. Hvis forskeren transkriberer intervjuene selv, er analyseprosessen allerede godt i gang når materialet er ferdig skrevet ut. I dette første trinnet skal dessuten teksten deles inn i foreløpige temaer, noe som allerede her gir forskeren en skisse av innholdet i intervjuene. I mitt

materialet var noen av temaene i den første inndelingen identiske med overskrifter i intervjuguiden, mens andre bygde på innspill fra informantene.

I analysen av teksten fra det første feltarbeidet var vi som nevnt to som samarbeidet om analysen. Vi leste gjennom teksten hver for oss, men det øvrige analysearbeidet gjorde vi sammen. Det representerte en stor fordel, ettersom vi da kunne diskutere både fremgangsmåte og selve materialet med hverandre.

En annen erfaring er at en analytisk prosedyre som systematisk tekstkondensering kan gi en viss grad av kvalitetssikring, plan og struktur i analysearbeidet, hvis forskeren ikke har noen å diskutere med i det daglige arbeidet. Men det er fortsatt forskeren selv som bestemmer hvilke deler av materialet som til slutt skal presenteres for leseren.

Dessuten øker bruken av en slik analytisk prosedyre forskerens egen bevissthet om hvordan den begrensede delen av materialet som til slutt presenteres for leseren, faktisk blir til. Beskrivelsen som gis av analyseprosessen ved publisering i artikler, er ofte svært knapp. Dette kan gi både forfatteren selv og leseren inntrykk av at denne fasen ikke er så viktig.

Det andre trinnet i analysen handler om å identifisere de *meningsbærende enhetene*, dvs. å velge ut de delene av teksten som beskriver de fenomenene forskeren er interessert i å studere. Forskeren velger ut nøkkelutsagn fra teksten, for deretter å plassere dem sammen med andre biter av teksten som omtaler samme eller liknende forhold, selv om de forekommer i ulike intervjuer. Dette kalles *dekontekstualisering*. Deretter blir de utvalgte tekstbitene *kodet*. Kodingen tar utgangspunkt i de foreløpige temaene i trinnet ovenfor. En kode kan være sammenfallende med et av temaene, men kan også være resultat av et tema er blitt endret (justert), delt opp i flere koder eller slått sammen med andre temaer.

Det tredje trinnet i prosedyren dreier seg om å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene. Utskriftene fra intervjuene er nå blitt til et overkommelig antall grupper av meningsbærende enheter, såkalte *kodegrupper*. I følge Malterud (2003:106) skal vi gå fra kode til mening ved å kondensere (fortette) meningen i de meningsbærende enhetene som er kodet i samme gruppe. Hvis det er hensiktsmessig, deles meningsenhetene også inn i mindre subgrupper. Med utgangspunkt i tekstbitene som utgjorde en subgruppe, laget jeg et såkalt *kunstig sitat*, i form av en kondensert tekst (et sammendrag) som sammenfatter innholdet i alle de meningsbærende enhetene i subgruppen ved hjelp av informantenes egne ord og begreper. Den kondenserte teksten og noen ekte sitater ble deretter med til neste trinn.

I det fjerde trinnet ble tekstbitene satt sammen igjen. Dette kalles *rekontekstualisering*. Hensikten er her å sammenfatte og gjenfortelle det jeg har funnet på en slik måte at det kunne gi grunnlag for nye beskrivelser eller begreper. For hver subgruppe lager forskeren en

gjenfortelling av den kondenserte teksten. Denne gjenfortellingen skal være lojal mot informantene og en gyldig beskrivelse av den sammenhengen den var hentet fra, men skal være skrevet med analytisk distanse. Gjenfortellingen illustreres deretter med et (eller flere) utvalgte originalsiter. Hver subgruppe er nå blitt til et avsnitt som jeg som forsker kan velge å presentere i artikkelens analysedel (resultatdel), eller forkaste. Til slutt lagde jeg en overskrift som sammenfatter hva hver kodegruppe med tilhørende sitat(er) handlet om. Overskriften kan være identisk med temaer eller koder som er benyttet tidligere, eller overskriftene kan være beskrivelser eller begreper som er utviklet gjennom prosessen. I Artikkel IV har jeg f. eks. delt opp analysen i fem deler som alle har sin egen overskrift.

Det er vanskelig å tenke seg at forskerens teoretiske forforståelse i form av kunnskaper om etablerte fagtradisjoner, begreper og tidligere studier ikke har betydning for gjennomføringen av analysen. Malterud (2013:97) skriver at det å sette sin egen forforståelse i parentes i møte med data egentlig er et uopnåelig mål, men at vi må ha et reflektert forhold til vår egen innflytelse på materialet, slik at vi så lojalt som mulig gjenforteller informantenes erfaringer og meninger.

Samtidig kan vekslingen mellom empiri og teori tenkes å berike analyseprosessen, slik som ved abduksjon (Alvesson og Sköldbberg, 1994:42, 47). Abduksjon utgår fra empirien, men uten å avvise teoretisk forforståelse hos forskeren. En abduktiv tilnærming kjennetegnes av at forskeren beveger seg frem og tilbake mellom empiri og teori. Abduksjon kan forstås som en hermeneutisk prosess, som en tolkning av fakta vi allerede har en teoretisk forforståelse av. Vi arbeider oss inn i empirien ved hjelp av vår forforståelse, samtidig som vi utvikler teorien.

5.7 Metodiske overveielser

Bruken av kvalitetskriterier som reliabilitet og validitet forbindes vanligvis med kvantitative studier og kan oppfattes som kontroversielt innen kvalitativ forskning (Ryen 2006:176), jf. det som er skrevet tidligere om sammenhenger mellom vitenskapssyn og forskningsmetode. Likevel skal jeg benytte begrepene i vurderingen av min egen kvalitative studie, med utgangspunkt i den betydningen begrepene etter hvert har fått i kvalitativ forskningsmetode (Thagaard 2009:22). I tillegg til reliabilitet og validitet benyttes ofte generaliserbarhet som indikatorer på kvalitet innen kvalitativ forskning (Tjora 2012:202, Thagaard 2009:22, Kvale 1997:158). Kvale og Brinkmann (2012:118) omtaler den fasen i forskningsprosessen hvor disse tre kriteriene undersøkes som verifisering.

5.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet, om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet (Kvale og Brinkmann 2012:118, 250). Reliabilitetskravet innenfor kvalitativ forskning dreier seg om å synliggjøre de skritt man har tatt og kan knyttes til om forskeren er i stand til å skape tillitt hos leseren ved å gjøre rede for hvordan studien er gjennomført (Thagaard 2009:190).

For å tilfredsstillere krav til reliabilitet, har jeg i metodekapittelet forsøkt å synliggjøre både overordnede valg i forskningsprosessen og fremgangsmåten i det praktiske arbeidet. Tiltak som kan bidra til høy reliabilitet er bl.a. å redegjøre for hvordan datainnsamlingen har foregått og å presentere større utdrag fra data, ikke bare oppsummeringer, samt å ta alle intervjuene opp på bånd (Ryen 2006:181). Jeg har dessuten lagt vekt på å beskrive for leseren hvordan gjennomføringen av det første feltarbeidet har vært utgangspunkt for utformingen av det andre, og hvordan min egen posisjon i form av kunnskap og engasjement kan ha påvirket forskningsarbeidet (Tjora 2012:203). Jeg vurderer derfor selv mitt forskningsopplegg som reliabelt etter disse kriteriene.

5.7.2 Validitet

Validitet dreier seg om undersøkelsens gyldighet eller relevans, om hvorvidt en studie eller en metode undersøker eller er egnet til å undersøke det den er ment å undersøke (Kvale og Brinkmann 2012:118, 250). Validitet handler om å stille spørsmål ved kunnskapens gyldighet, f. eks. om funnene gir relevante svar på de spørsmålene vi stiller (Malterud 2013:181), eller om de tolkningene vi har kommet frem til er gyldige i forhold til den virkeligheten vi har studert (Thagaard 2009:190, 201). Validitet kalles også intern validitet og er knyttet til i hvilken grad forslag til årsakssammenhenger støttes innenfor en bestemt studie (Thagaard 2009:201, Ryen 2006:178). Malterud (2013:181) vektlegger at det dreier seg om å utvikle sine egne motforestillinger i tilknytning til de beslutninger og tolkninger vi har foretatt, vurdert opp mot andre alternativer. Hun skriver bl.a. at vi bør stille spørsmål angående relevansen ved både problemstillingen, datainnsamlingen, utvalget, den teoretiske referanserammen og analysestrategien.

Jeg har her valgt å konsentrere meg om hvorvidt utvalgene i undersøkelsen gir et relevant grunnlag for å besvare problemstillingen, nærmere bestemt hvorvidt de to utvalgene gir et godt grunnlag for sammenlikning. Jeg oppfatter dette som et svært viktig punkt, gitt studiens oppbygning. Er de endringene som beskrives i studien et resultat av virkelige endringer i sykehusene i perioden, eller er de en effekt av at informantene ikke er sammenliknbare når det

gjelder posisjoner, hvilket nivå i sykehusene de jobber på eller hvilken av partene i arbeidslivet de representerer?

I det første utvalget er arbeidsgiversiden overrepresentert sammenliknet med arbeidstakerne. Et flertall av de arbeidsgiverrepresentantene som ble intervjuet arbeidet dessuten i staben hos de tre sykehusdirektørene, til tross for at HMS-arbeidet først og fremst skal foregå i linjen. Dette kan ha gitt mer informasjon om HMS-strategi enn om praksis, selv om også flere avdelingssykepleiere (linjeledere) ble intervjuet. Arbeidsgiverrepresentantene kan også ha gitt et mer positivt bilde av HMS-arbeidet (som man har hovedansvaret for) enn det som er oppfatningen hos andre aktører. Denne mulige skjevheten ble forsøkt kompensert gjennom å intervjuer både de tre hovedverneombudene og en representant for Arbeidstilsynet, slik at også andre vurderinger av HMS-tilstanden i sykehusene skulle få komme frem i lyset.

Det andre utvalget hadde som nevnt nøyaktig like mange representanter for arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden, både ved hvert helseforetak og på hvert nivå i samme helseforetak. Her er balansen mellom både nivåene og partene i arbeidslivet langt bedre.

Begge utvalgene består av informanter med formelle roller i HMS-arbeid på intervjuetidspunktene. De gir begge tilgang til både beskrivelser av hvordan sentralt plasserte personer opplever aktiviteten på HMS-området, sin egen rolle i HMS-arbeidet og hva som kjennetegner innholdet i HMS-arbeidet på tidspunktet for intervjuene. Jeg vurderer derfor selv mitt eget arbeid som valid.

5.7.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet omtales også som generalisering, overførbarhet og ekstern validitet. Det dreier seg om hvorvidt sammenhenger som er beskrevet i en studie også holder i andre settinger, dvs. muligheten for å generalisere slik at resultatene også sier noe om en liknende problemstilling i en annen kontekst (Ryen 2006:179, Kvale og Brinkmann 2012:264, Malterud 2013:22, 62). I motsetning til indre validitet er ekstern validitet altså knyttet til om den forståelsen som utvikles innenfor en studie, også kan være gyldig i andre sammenhenger, og betegnes derfor også som overførbarhet.

Overførbarhet kan forstås som en form for rekontekstualisering når den teoretiske forståelsen som er knyttet til et bestemt prosjekt, settes inn i en videre sammenheng. En enkelt undersøkelse kan dermed bidra til en mer generell teoretisk forståelse, hvor sosiale fenomener og ikke bare enkeltstående situasjoner er i fokus (Thagaard 2009:201, 207). Yin (2006) bruker begrepet *analytisk generalisering* i forbindelse med case-studier, der forskeren ønsker å generalisere resultatene sine ut over den aktuelle case-studien. Forskeren skal imidlertid ikke

generalisere funnene sine fra et case til andre case, men utvikle og generalisere funnene i case-studien sin til en mer generell teori, på samme måte som man kan generalisere fra et eksperiment til en teori. Som eksempel bruker Yin (2006:58) hvordan en klassisk studie av bymiljøet og livet i New York fra 1961 utvikles til en generell teori om byplanlegging, som senere har blitt utgangspunkt for nye empiriske undersøkelser.

Deler av min avhandlingen kan betraktes som et forsøk på å beskrive endringene i det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene som en del av et større bilde, som et bidrag til en generell teori om modernisering av sykehusene spesielt, og offentlig sektor generelt.

Sykehusene, helseforetakene og de øvrige organisasjonene hvor mine informanter arbeider, driver sin virksomhet med utgangspunkt i det samme lovverket som tilsvarende organisasjoner i andre deler av Norge. Studien støtter seg til tidligere studier i andre norske sykehus og har hatt som ambisjon å frembringe resultater som også kan gi mening ut over de sykehusene og foretakene hvor undersøkelsen er foretatt. Funnene er med andre ord ment å være overførbare til andre liknende virksomheter. Noen av funnene er kanskje først og fremst overførbare til helseforetak i de delene av Norge hvor det i likhet med i Nordland er store geografiske avstander mellom sykehusene.

5.8 Metodekritiske anmerkninger

5.8.1 Aktør-nettverk-teori (ANT)

I Artikkel III brukte jeg aktør-nettverk-teori (ANT). Her betraktes IK-HMS som et eksempel på en ny type teknologi som skal innføres i en organisasjon. Translasjoner (oversettelser) er overføringer av ideer, fakta, kunnskap og fortolkninger (Sørensen 2004:11), og Callons translasjonsmodell (Callon 2001) er en beskrivelse av de utfordringene den nye teknologien møter før den blir akseptert eller avvist av aktør-nettverket som blir forsøkt dannet (Sørensen, 2004:11). Selve translasjonen består av alle de forhandlinger, maktspill, utsagn og handlinger som en aktør bruker for å få makt, autoritet og legitimitet til å handle på vegne av andre (Johnsen 2004:50).

ANT bygger på en ontologi som avviker på flere områder fra det som tidligere er presentert i første del av dette kapitlet. ANT handler ikke om årsaker og virkninger, eller om individer og strukturer, men om heterogene nettverk av menneskelige og ikke-menneskelige aktører som interagerer og skaper effekter. Internkontrollforskriften er et eksempel på en ikke-menneskelig aktør som kan inngå i slike heterogene nettverk. Innen ANT studeres effekter av

relasjonene mellom aktørene, f. eks. om nettverket produserer velfungerende HMS-arbeid, uten å være opptatt av intensjonene bak handlingene, men av det som skjer.

Det finnes heller ingen innebygde egenskaper eller faste punkter. Aktørene har flere identiteter og kan bare defineres gjennom relasjonene innenfor det aktuelle nettverket. Det handler om prosesser, bevegelse og samspill som skaper effekter, og som er i stadig forandring (Johnsen 2004, Sørensen 2004, Asdal, Brenna og Moser 2001). Dessuten betraktes påstander ikke som sanne eller usanne i seg selv, men blir det avhengig av om andre lar seg overbevise og blir en del av en allianse av interagerende aktører (et aktør-nettverk) som er lojale mot oppfatningen. Konstruksjonen av fakta er en kollektiv prosess (Latour 1987).

Et annet forhold er at mitt empiriske materialet ikke er innhentet med tanke på å benytte ANT som utgangspunkt for analysen. Innen ANT er det et hovedprinsipp at observatøren skal følge aktørene, uansett hvor de beveger seg, og ikke påtvinge dem et ferdig analyseskjema (Callon 2001:95). Å følge aktører handler om å studere forbindelser og kartlegge hvilke allianser som bygges opp mens det skjer. Hvilke aktører som skal følges, er avhengig av studiens formål og forskningsspørsmål (Nilsen 2007:105, Asdal, Brenna og Moser 2001:33).

Som det fremgår av avhandlingen har jeg ikke gjort noe forsøk på å foreta noen gjennomgripende ANT-analyse. For meg har det å benytte Callons translasjonsmodell som analytisk verktøy brakt inn nye innfallsvinkler og begreper. Jeg har brukt modellen til å beskrive samspillet mellom aktørene, en beskrivelse jeg har benyttet til å forklare hvorfor translasjonsprosessen ikke ble vellykket og HMS-arbeidet stoppet opp (slik det er beskrevet på bakgrunn av det første feltarbeidet). ANT er vanligvis opptatt av å si noe om hvordan noe skjer, ikke av å forklare hvorfor, slik jeg gjør i Artikkel III.

Etter min vurdering er dette en forsvarlig blanding av vitenskapsteoretiske ståsteder, som samlet bidrar til økt forståelse av det empiriske materialet.

5.9 Etiske overveielser

5.9.1 Konesjon til å opprette personregister

I forbindelse med både det første og det andre feltarbeidet ble det sendt søknad (melding) om konesjon til å opprette personregister. Den første henvendelsen ble rettet til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) i januar 1998 og det ble gitt en positiv tilbakemelding fra Datatilsynet i februar 1998. Denne delen av arbeidet ble ivaretatt av min kollega Bente Lunde, som ble oppnevnt som registeransvarlig (se Vedlegg 2).

I forbindelse med det andre feltarbeidet sendte jeg inn meldeskjema til NSD i februar 2013. En positiv tilbakemelding ble mottatt fra Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste - Personvernombudet for forskning i mars samme år (se Vedlegg 4).

5.9.2 Informert frivillig samtykke

Forut for intervjuene ble det gitt både skriftlig og muntlig informasjon om forskernes/ forskerens taushetsplikt, informantens rett til anonymitet, om hvorfor nettopp intervjupersonen hadde blitt kontaktet og om formålet med forskningsprosjektet. Informanten ble også gjort kjent med at intervjuet var fullstendig frivillig og at vedkommende kunne trekke seg underveis hvis han eller hun måtte ønske det (se Vedlegg 9 og Vedlegg 10).

5.9.3 Taushetsplikt

Lydopptakene med intervjuene har vært oppbevart på en slik måte at de ikke har vært tilgjengelige for andre enn de involverte i prosjektet. Det samme gjelder utskrifter av intervjuene og annet materiale i tilknytning til prosjektet. Informantene har som nevnt ovenfor blitt lovet anonymitet, og jeg og min kollega har taushetsplikt ovenfor utenforstående.

Informantene forventer at det som blir publisert ikke avslører hvem de er. Det er ikke alltid lett å overholde disse forpliktelsene når man som forsker skal gjennomføre kvalitative intervjuer. Noen steder i teksten fremgår det om informanten er en mann eller kvinne, noe som med fordel kunne ha vært unngått. For å sikre informantene anonymitet har jeg unnlatt å oppgi informantens alder, hvilke sykehus intervjuene stammer fra, samt opplysninger som kan identifisere hvilken enhet informantene arbeidet ved. En følge av dette er at de data som har blitt presentert blir mindre detaljerte enn de ellers kunne ha vært. Jeg har forsøkt å bevare både innholdet og tonen i det som ble sagt, men noe av det som var spesielt for arbeidssituasjonen ved det enkelte sykehus, og som ville ha identifisert arbeidsplassen, har blitt utelatt. Her har jeg vært nødt til å avveie tydelighet og det autentiske i fremstillingen mot hensynet til informantens anonymitet.

Enkelt personer i nøkkelstillinger på arbeidsplasser med begrenset størrelse kan vanskelig forbli fullstendig anonyme, og jeg har lagt vekt på å ivareta hensynet til denne gruppen når de uttaler seg om forhold som kan være kontroversielle eller egne opplevelser eller følelser. På den annen side har disse informantene oftere enn de øvrige som har blitt intervjuet formidlet offisielle standpunkter som har vært kjent for omgivelsene, f. eks. sykehuseierens mål eller arbeidstakersidens forslag, og da er ikke behovet like stort.

6. SAMMENDRAG AV ARTIKLENE

I dette kapittelet gis det et sammendrag av de fire artiklene i avhandlingen. Hver artikkel belyser avhandlingens hovedproblemstilling ved å belyse et eller flere forskningsspørsmål.

Artikkel I

Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2007). "Sykehus er en meget spesiell opplevelse". Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10(4):234-245.

Artikkel I er det innledende arbeidet i studien, og den belyser det første forskningsspørsmålet om hvordan det systematiske HMS-arbeidet forstås og utøves i sykehusene ved starten på forskningsprosjektet i 1998-1999. Dessuten belyses det tredje forskningsspørsmålet, om hvilke forhold som kan virke fremmende og hemmende på HMS-arbeidet i sykehus.

I artikkelen lyder problemstillingen slik: Hvordan oppleves omfanget og kvaliteten på HMS-arbeidet vurdert opp mot målsettingen i Arbeidsmiljøloven, og finnes det spesielle forhold ved internkontroll som metode eller sykehus som organisasjonstype, som har en utilsiktet innvirkning på HMS-arbeidet?

Formålet med artikkelen var å belyse hvordan arbeidsgiversiden på ulike nivåer arbeidet med det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene. Vi ønsket både å fokusere på hvilken strategisk tenkning arbeidsgiversiden hadde på dette området, og på hvordan de utførte HMS-arbeidet i praksis. Vi ønsket også å belyse hvilke forhold som henholdsvis hemmet og fremmet det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene.

Artikkelen bygger på de 18 intervjuene i det første feltarbeidet. I tillegg gjennomførte vi dokumentstudier, bl.a. av deler av sykehusenes IK-systemer.

I analysen viser vi at HMS-aktiviteten i praksis både er *lav* og *skjev*. HMS-aktiviteten er i hovedsak *lav* sett i forhold til målsettingen i HMS-lovgivningen, selv om den varierer både mellom sykehusene og mellom ulike avdelinger ved samme sykehus. I tillegg synes HMS-aktiviteten å være *skjev* sammenliknet med både bredden i arbeidsmiljølovens bestemmelser og kompleksiteten i arbeidsmiljøet i sykehusene. HMS-arbeidet synes nærmest å være begrenset til forebygging av fysiske og kjemiske risikofaktorer i arbeidsmiljøet.

I den påfølgende diskusjonen søker vi å forstå funnene med utgangspunkt i egenskaper ved internkontroll som styringssystem og trekk ved sykehuset som profesjonell organisasjon. Vi benyttet følgelig både organisasjonsperspektivet og profesjonsperspektivet i analysen.

Artikkel II

Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2009). Arbeidslivet som arena for folkehelsearbeid. Mål og midler i HMS-arbeidet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(4):249-260.

Artikkel II tar utgangspunkt i den skjevheten i HMS-arbeidets faglige innhold som er beskrevet i Artikkel I. Den belyser det andre forskningsspørsmålet, som handler om i hvilken grad det systematiske HMS-arbeidet bidrar til å fremme folkehelsearbeidet i sykehusene.

IK-HMS beskrives ofte i litteraturen som et styringssystem for arbeidsgiversiden. I denne artikkelen anvendes derimot et annet perspektiv. Systematisk HMS-arbeid betraktes som praktisk folkehelsearbeid med arbeidslivet som arena.

Formålet med artikkelen er beskrevet som todelt. For det første skal den redegjøre for folkehelsevitenskapelig tenkning som utgangspunkt for systematisk HMS-arbeid, gjennom å presentere tre folkehelsevitenskapelige delperspektiver, (1) det forebyggende, (2) det helsefremmende og (3) det rehabiliterende og inkluderende perspektivet.

For det andre skal artikkelen belyse forholdet mellom mål og midler i HMS-arbeidet. Med utgangspunkt i arbeidsmiljøloven analyserte vi ivaretagelsen av de tre delperspektivene når internkontroll brukes som organisatorisk virkemiddel. Folkehelseperspektivet, som benyttes i analysen, er nærmere beskrevet i kapittel 3.

Artikkel II er i hovedsak basert på dokumentanalyse i snevrere forstand, hvor arbeidsmiljøloven og Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter gis status som data i undersøkelsen. Dessuten ble det foretatt en gjennomgang av deler av både sykehuseierens overordnede IK-system og de tre sykehusenes egne IK-systemer. Gjennomgangen viste at målene som var fastsatt for HMS i hovedsak la vekt på forebygging av fysiske og psykiske belastninger, ulykker, forurensning, miljøforstyrrelser og skader forårsaket av produkter og forbrukertjenester. De tre sykehusene hadde alle definert HMS-mål som lå nært opp mot IK-forskriftens formålsparagraf. I sine strategier og overordnede handlingsplaner hadde sykehusene lagt seg svært nær den beskrivelsen som IK-forskriftens § 5 gir av de delene av HMS-arbeidet som er underlagt dokumentasjonsplikt. Det var vanskeligere å få øye på det helsefremmende arbeidet i sykehusenes mål og strategier.

Det synes å ha skjedd en *innsnevring* av innholdet i det praktiske HMS-arbeidet i forhold til bredden i arbeidsmiljøloven og utfordringene i sykehusenes arbeidsmiljø. HMS-arbeidet domineres av forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid og rehabiliterende og inkluderende arbeid utgjør en mindre del av HMS-arbeidet enn det man kunne forvente.

Artikkel III

Borgen, P.C. (2012). "En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene". Systematisk HMS-arbeid i sykehus som translasjonsprosess. *Sosiologisk tidsskrift*, 20(4):291-313.

Artikkel III belyser det tredje forskningsspørsmålet, som handler om hvilke forhold som kan virke fremmende og hemmende på det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene. I artikkelen vender jeg tilbake til det empiriske materialet som også var utgangspunkt for Artikkel I, hvor et av hovedfunnene var at HMS-aktiviteten var lav, og spør hvorfor HMS-arbeidet i sykehusene stopper opp.

I Artikkel III har jeg valgt å studere hvordan innføring og utøvelse av systematisk HMS-arbeid i sykehus kan forstås med utgangspunkt i aktør-nettverk-teori (ANT). ANT benyttes som metode eller analytisk verktøy for å beskrive de nettverksbyggende aktivitetene som foregår rundt IK-HMS i sykehusene. Jeg drøfter ikke systematisk HMS-arbeid i sykehus generelt, men avgrensner meg til en drøfting av hvordan hovedfunnene fra prosjektets første fase (som er beskrevet ovenfor), kan forklares med utgangspunkt i ANT.

Begrepet *translasjon* synes å være spesielt relevant for å forklare hvorfor HMS-arbeidet i sykehusene er så lav, og jeg tar derfor utgangspunkt i Callons translasjonsmodell, slik den fremstilles i hans kjente artikkel om kamskjell, fiskere og forskere (Callon 2001).

IK-HMS betraktes som en ny type teknologi som introduseres i sykehusene. Sett i lys av ANT er IK-HMS utgangspunkt for en translasjonsprosess eller *oversettelse*, hvor det blir forsøkt bygget opp nettverk av lojale aktører for å spre den nye teknologien i sykehusene.

Gjennom bruk av Callons modell gir jeg en beskrivelse av hvordan samspillet mellom aktørene foregår, som jeg så bruker til å forklare hvorfor translasjonen ikke blir vellykket.

Den lave HMS-aktiviteten betraktes som en effekt av at oversettelsesprosessen ikke resulterer i dannelsen av et aktør-nettverk. Konkurransen fra andre aktør-nettverk synes å ha betydning for at translasjonen ikke blir vellykket, slik at HMS-arbeidet stopper opp. HMS-nettverket bestående av representanter for både arbeidsgiversiden og arbeidstakerne, klarer ikke å skape engasjement rundt den nye teknologien, i konkurranse med (minst) to andre og mer etablerte aktør-nettverk i sykehusene. Disse nettverkene, et *økonominettverk* og et (eller en gruppe av) *profesjonsnettverk*, har allerede definert og forhandlet frem andre identiteter og mål for de samme aktørene som HMS-nettverket ønsker seg som medlemmer av sin allianse.

Artikkel IV

Borgen, P.C. (2014). Systematiske HMS-arbeid i sykehus som modernisering av offentlig sektor. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4):354-372.

I Artikkel IV sammenliknes empiriske data fra det andre feltarbeidet i 2013 med resultatene fra det første feltarbeidet 1998-1999. Her stilles de tre første forskningsspørsmålene også til den nye delen av det empiriske materialet, og resultatene sammenliknes med resultatene i de tre første artiklene, for å få frem eventuelle endringer i perioden.

I denne artikkelen benyttes primært organisasjonsperspektivet, men også de øvrige perspektivene. Sentrale emner i analysen er HMS-arbeidets omfang og kvalitet, HMS-arbeidets innhold, HMS-arbeid og organisasjonskultur, forholdet mellom HMS-arbeid og kvalitetssikring av helsetjenester, og HMS-arbeid og valg av organisasjonsmodell.

Analysen viser at det har skjedd tydelige endringer i sykehusenes HMS-arbeid i perioden. HMS-aktiviteten er i dag høyere, mer systematisk og mer synlig enn tidligere, og gjenspeiler på en bedre måte hele bredden i både arbeidsmiljølovens målsetting og sykehusenes HMS-utfordringer. Dessuten utøves HMS-arbeidet i større grad som en del av det samlede lederansvaret.

Artikkel IV belyser også det fjerde forskningsspørsmålet: Hva kan endringene i det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene i perioden fra 1998-1999 til 2013 fortelle oss om endringsprosesser i offentlig sektor generelt?

Artikkelen ser endringene i HMS-arbeidet i sykehusene i sammenheng med den omfattende moderniseringen av offentlig sektor i den samme perioden, og har som formål å vise hvordan HMS-arbeidets utvikling over tid kan bidra til å belyse det NPM-inspirerte endringsarbeidet i sykehus spesielt og i offentlig sektor generelt.

Sykehusene synes å ha blitt påvirket av de endringsprosessene som har funnet sted i den politiske og administrative styringen av offentlig sektor. Men det er fortsatt stabile trekk ved sykehuset som profesjonell organisasjon som har betydning for utøvelsen av HMS-arbeidet.

7. KONKLUSJON

I dette avsluttende kapittelet beskrives først hvordan hovedproblemstillingen er besvart, og sammenhengen mellom hovedproblemstillingen, forskningsspørsmål og ulike teoretiske perspektiver. Deretter redegjøres det for hovedfunn, faglige bidrag og implikasjoner.

7.1 Hovedproblemstilling, forskningsspørsmål og perspektiver

Avhandlingens hovedproblemstilling er formulert slik i innledningskapittelet:

Hvordan kan vi forstå systematisk HMS-arbeid i sykehus, og hva kan HMS-arbeidet i sykehusene fortelle oss om endringsprosesser i offentlig sektor?

For å belyse problemstillingen har jeg gjennomført en studie av det systematiske HMS-arbeidet ved tre somatiske sykehus i Nordland. Jeg har innhentet kvalitative data gjennom to feltarbeid i 1998-1999 og 2013, hvor det har vært foretatt både intervjuer og dokumentstudier.

Hovedproblemstillingen består av to ledd. Den kan ikke besvares ved å gå direkte til det empiriske materialet, men konkretiseres og utdypes ved hjelp av fire forskningsspørsmål.

Hovedproblemstillingens første ledd besvares ved å belyse de tre første forskningsspørsmålene, mens hovedproblemstillingens andre ledd besvares gjennom å belyse det fjerde forskningsspørsmålet.

Det første forskningsspørsmålet, hvordan forstås og utøves det systematiske HMS-arbeidet ved de tre sykehusene, belyses første gang i Artikkel I og senere også i Artikkel IV. Her studeres det empiriske materialet hovedsakelig i et organisasjonsteoretisk perspektiv, men i noen grad også med utgangspunkt i et profesjonsteoretisk perspektiv.

Det andre forskningsspørsmålet, i hvilken grad bidrar HMS-arbeidet til å fremme folkehelsearbeidet i sykehusene, belyses først i Artikkel II og senere også i Artikkel IV. Her studeres det empiriske materialet hovedsakelig i et folkehelsevitenskapelig perspektiv.

Det tredje forskningsspørsmålet, hvilke forhold kan virke fremmende og hemmende på HMS-arbeidet i sykehus, belyses i hovedsak i Artikkel I, Artikkel III og Artikkel IV. Det empiriske materialet studeres både i et organisasjonsperspektiv og i et profesjonsperspektiv.

Det fjerde forskningsspørsmålet, hva kan endringene i det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene i perioden fra 1998-1999 til 2013 fortelle oss om endringsprosesser i offentlig sektor generelt, belyses i Artikkel IV, hvor empirien studeres i et organisasjonsperspektiv.

7.2 Hovedfunn, faglige bidrag og implikasjoner

De to hovedfunnene i Artikkel I beskriver hvordan HMS-arbeidet i sykehusene forstås og utøves i 1998-1999 og er omtalt som *lav* aktivitet og *skjev* aktivitet, sammenliknet med målsettingen i Arbeidsmiljøloven og kompleksiteten i arbeidsmiljøet. Sykehusene var kommet langt med utforming av IK-HMS som system for styring, kontroll og dokumentasjon, men ikke like langt i det praktiske HMS-arbeidet. Dermed fungerte ikke IK-HMS som et virkelig styringssystem, hvor HMS-målene virket styrende på arbeidet i virksomhetene.

Som forklaring på den lave aktiviteten la informantene vekt på både forhold som høyt arbeidspress, mangel på personell og liten HMS-kompetanse, og på trekk ved sykehusets organisasjonskultur som kunne virke hemmende, bl.a. liten kontakt over profesjonsgrensene og manglende HMS-kunnskaper på mellomledernivå. Den skjeve aktiviteten ble forklart med egenskaper ved IK-HMS som gjorde systemet mest velegnet på det fysisk-kjemiske området.

Hovedfunnene i Artikkel I ble svært avgjørende for det videre arbeidet med avhandlingen. Funnene ga ikke bare informasjon om hvordan HMS-arbeidet i norske sykehus ble ivaretatt på dette tidspunktet, et tema som i liten grad hadde vært gjenstand for publiserte studier, men ble også utgangspunkt for to nye delstudier som var nødvendige for å belyse hovedfunnene ytterligere. I Artikkel II handler det om hvorfor HMS-aktiviteten i sykehusene er skjev, mens det i Artikkel III søkes forklaringer på hvorfor HMS-aktiviteten er lav.

I Artikkel II studeres det systematiske HMS-arbeidet i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. Den faglige koblingen mellom HMS-arbeid og folkehelsevitenskapelig teori er et av de viktigste bidragene til forskningslitteraturen i avhandlingen, og gir ny kunnskap på HMS-området. Det folkehelsevitenskapelige perspektivet benyttes på to ulike måter

For det første benyttes folkehelseperspektivet til å utvikle forståelsen av IK-HMS som mer enn bare et styringssystem for arbeidsgiversiden. HMS-arbeid er også folkehelsearbeid med arbeidslivet som arena og en legitim kanal for medvirkning fra de ansattes side.

For det andre er det folkehelsevitenskapelige perspektivet nyttig for å beskrive det faglige innholdet i HMS-arbeidet, og dermed få frem i hvilken grad HMS-arbeidet fremmer det samlede folkehelsearbeidet, og eventuelle skjevheter mellom de ulike delene av arbeidet. Det faglige innhold i HMS-arbeidet vurderes med utgangspunkt i tre delperspektiver, det helsefremmende perspektivet, det forebyggende perspektivet og det rehabiliterende og inkluderende perspektivet. HMS-arbeidet fremmer forebyggende arbeid rettet mot fysisk-kjemiske faktorer, mens andre deler av folkehelsearbeidet ikke fremmes på samme måte.

Trekk ved internkontroll som virkemiddel, dvs. den tankegangen internkontroll som arbeidsmetode bygger på, IK-forskriftens krav til dokumentasjon på bestemte områder (men ikke på andre) og utformingen av selve teksten i forskriften (dvs. språket og begrepene som brukes i forskriften), brukes til å forklare skjevhetene i HMS-arbeidets faglige innhold.

Hvis det er riktig at IK-forskriften bidrar til å innsnevre det faglige innholdet i HMS-arbeidet, så bør IK-forskriften fornyes. En revisjon av internkontrollforskriften, som er eldre enn gjeldene arbeidsmiljølov, kunne i større grad enn i dag fremheve behovet for både helsefremmende arbeid og rehabiliterende og inkluderende arbeid, på samme måte som disse delene av folkehelsearbeidet ble tydeliggjort da arbeidsmiljøloven ble endret i 2005.

I Artikkel III studeres årsakene til lav HMS-aktivitet nærmere. Med utgangspunkt i aktør-nettverk-teori, representert ved Callons translasjonsmodell, beskrives det hvordan det blir forsøkt etablert et nettverk som skal skape engasjement rundt utøvelsen av IK-HMS. En viktig hemmende faktor synes å være at to etablerte nettverk i sykehusene, økonominettverket og profesjonsnettverket, allerede har forhandlet frem andre identiteter og mål for de samme aktørene som HMS-nettverket ønsker seg i sin allianse. HMS-nettverket kan bli oppfattet som en konkurrent som de øvrige nettverkene bør forsvare seg mot, noe som kan føre til at HMS-arbeidet i sykehusene stopper opp. Translasjonsmodellen brakte inn nye innfallsvinkler og begreper, og representerte et nytt blikk, både i min avhandling og som bidrag til forskningslitteraturen på HMS-området.

Artikkel III illustrerer også et annet poeng. HMS-lovgivningen legger vekt på at både arbeidsgiveren og arbeidstakerne har ansvar for HMS-arbeidet, og en mulig årsak til lav HMS-aktivitet kunne tenkes å være at samarbeidet mellom de to partene var dårlig. En annen mulig forklaring kunne ha vært at samarbeidet mellom maskinbyråkratene i økonominettverket og profesjonsbyråkratene i profesjonsnettverket ikke fungerte. Hvis det empiriske materialet sees i lys av translasjonsmodellen, tegnes det derimot et annet bilde. Samarbeids- og kommunikasjonsproblemene befinner seg like mye innenfor de respektive gruppene som mellom dem. Det dreier seg ikke om arbeidsgivere som står mot arbeidstakere, eller profesjonsutøvere som motarbeider ansatte i administrasjonen. Derimot klarer ikke et nettverk bestående av representanter for både arbeidsgiveren, arbeidstakerne, helsepersonell og administrasjonen å skape oppslutning om IK-HMS, i konkurranse med andre nettverk og mål. Både ledere og arbeidstakerrepresentanter som har latt seg innrullere i HMS-nettverket, blir sviktet av dem som skal iverksette IK-HMS på de ulike arbeidsplassene i sykehusene.

Endring krever engasjerte ledere på alle nivåer som prioriterer både prosessen og de definerte forbedringsmålene. Etablering av styringssystemer er ikke nok til å skape virkelig

endring. Ledere høyt opp i organisasjonen sviktes av mellomledere som ikke iverksetter de vedtakene som er fattet høyere oppe, samtidig som interessen for HMS-målene synes å være begrenset også i øverste del av virksomheten. Resultater som ikke etterspørres av toppledere og eiere, får mindre oppmerksomhet av linjelederne enn de resultatene som blir kontrollert.

Medvirkning fra de ansatte i et forpliktende samarbeid med arbeidsgiversiden, er en annen viktig forutsetning for et vellykket HMS-arbeid. IK-HMS er en reform som legger stor vekt på den demokratiske dimensjonen som aktiv medvirkning fra de ansatte representerer. Likevel opplever arbeidstakerrepresentantene å bli sviktet av de vanlige ansatte. Selv om Grimsmo og Sørensen (2004) har vist at medvirkning er et viktig forbedringsområde i sykehusene, er det ikke sikkert at alle ansatte oppfatter IK-HMS som et nyttig redskap for å påvirke utviklingen i sykehusene. Innføring av IK-HMS kan tvert imot oppleves som en trussel mot profesjonenes tradisjoner og idealer. Profesjonene synes å ha hatt et helt annet utgangspunkt for iverksettelsen av IK-HMS enn de ansatte i industrien. Medvirkning skulle gi arbeidstakere i industribedrifter en mer meningsfull arbeidssituasjon i form av faglig ansvar, læring, personlig utvikling og muligheter til å treffe egne beslutninger. Profesjonene har derimot tradisjonelt hatt en sterk posisjon overfor sykehusledelsen. Autonomi har vært blant de viktigste kjennetegnene ved profesjonene, lenge før innføringen av både AML 1977 og IK-forskriften. Gevinsten ved å medvirke i HMS-arbeid kan derfor være vanskeligere å få øye på.

Artikkel IV bygger på det empiriske materialet fra det andre feltarbeidet i 2013, som var nødvendig for å få frem eventuelle endringer i perioden. Selv om også den nyeste delen av materialet viser at både kunnskapene om IK-systemet og det praktiske HMS-arbeidet stadig kan bli bedre, har det vært en positiv utvikling. HMS-aktiviteten er høyere enn i 1998-1999, og HMS-tiltakene synes også å være noe jevnere fordelt på de tre områdene (forebyggende arbeid, helsefremmende arbeid, og rehabiliterende og inkluderende arbeid). Spesielt synes det rehabiliterende og inkluderende arbeidet å være bedre ivaretatt enn i begynnelsen av perioden. Arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv synes også å være en mer integrert del av det samlede HMS-arbeidet enn i den tidligste fasen. Det helsefremmende arbeidet på det psykososiale området står også noe sterkere i 2013 enn tidligere. Ved alle de tre sykehusene finnes eksempler på arbeidsprosesser hvor de ansatte medvirker aktivt for å utvikle gode lokale løsninger som oppfattes som relevante av arbeidstakerne selv. Også den daglige kontakten mellom ledelsen og de ansatte om HMS-spørsmål, bruken av personalmøter og andre fora som møtested for partene, og den indirekte medvirkningen gjennom vernetjenesten, synes å fungere bedre enn tidligere.

Fremveksten av en linjeledelse bestående av profesjonsnøytrale hybridledere er ikke bare en av de største endringene i sykehusene i perioden, men også et av de forholdene som virker mest fremmende på HMS-arbeidet. Tyngdepunktet for HMS-arbeidet er flyttet nedover i organisasjonen, fra sentralt plasserte rådgivere i sykehusdirektørens stab til linjeledere på klinikk-, avdelings- og enhetsnivå, som erkjenner ansvar for HMS som en del av sitt samlede lederansvar. Materialet tyder på at en sammensmelting mellom de tre nettverkene som ble beskrevet i Artikkel III, er kommet lengst på enhetsnivå. Dette fremstår som den viktigste forklaringen på den positive utviklingen på HMS-området i perioden fra 1998-1999 til 2013.

Ikke alle sider ved HMS-arbeidet synes likevel å fungere like bra. Sykehusenes IK-system beskrives av flere som vanskelige og tidkrevende å bruke, og de ansatte opplever ikke systemet som sitt eget. Dette reduserer både bruken av HMS-rutinene i det daglige arbeidet og innrapportering av avvik. Sykehusene synes ennå ikke å være ferdige med den fasen hvor IK-HMS som verktøy og arbeidsmetode tar oppmerksomheten bort fra målet for HMS-arbeidet. Hvis dette er riktig, så bør sykehusene iverksette tiltak for både å gjøre sine egne systemer mer brukervennlige, samtidig som tilgjengeligheten styrkes gjennom økt vekt på opplæring.

I den fjerde og siste artikkelen betraktes innføringen av IK-HMS også som en tilpasning til krav fra omgivelsene. Internkontrolltenkningen kommer utenfra, og et viktig faglig bidrag i avhandlingen er å vise hvordan internkontrollreformen kan forstås som en av mange NPM-inspirerte reformer i offentlig sektor. IK-HMS kan ikke studeres uavhengig av de andre reformene som har vært gjennomført i den perioden studien strekker seg over, og det er et viktig poeng at vi ikke vet i hvilken grad endringene som er beskrevet er et resultat av IK-reformen eller noen av de øvrige reformene, f. eks. helseforetaksreformen og IA-avtalen.

7.3 Avsluttende kommentarer

Avhandlingen har følgende hovedproblemstilling: Hvordan kan vi forstå systematisk HMS-arbeid i sykehus, og hva kan HMS-arbeidet i sykehusene fortelle oss om endringsprosesser i offentlig sektor?

Gjennom denne avhandlingen har jeg vist hvordan tre teoretiske perspektiver kan belyse ulike sider ved det samme empiriske materialet og fremskaffe ny kunnskap som bidrar til vår forståelse av systematisk HMS-arbeid i sykehus.

Jeg har videre vist at HMS-arbeidet i sykehusene kan betraktes som en markør for endringsprosesser i offentlig sektor generelt, og at endringene sett fra myndighetenes ståsted synes å ha vært vellykkete. Sykehusene har tilpasset seg omgivelsenes krav og fremstår i dag som mer like andre typer organisasjoner enn tidligere. Sykehusenes HMS-arbeid gir en

indikasjon på at de NPM-inspirerte reformene har bidratt til å endre offentlig sektor, men dersom endringsarbeidet skal bli vellykket, må det også tilpasses eksisterende verdier og normer i organisasjonene. Forståelsen av en slik gjensidighet i vellykkede endringsprosesser er et bidrag til forskningslitteraturen som vil være nyttig for fremtidig forskning på området.

REFERANSER

Abbott, A. (1988). *The System of Professions*. Chicago: The University of Chicago Press.

Alvesson, M. og Sköldberg, K. (1994). *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.

Andersen, L. (2002). *Underorganisering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Andersen, R.K., Bråten, M., Gjerstad, B. og Tharaldsen, J. (2009). *Systematisk HMS-arbeid i norske virksomheter. Status og utfordringer*. Fafo-rapport 2009:51. Oslo: Fafo.

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag.

Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (2001). Introduksjon: Teknovitenskapelige kulturer. I: Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (red.) *Teknovitenskapelige kulturer*. Oslo: Spartacus Forlag.

Ausland, L.H., Hauge, H.A. og Andvig, E. (2003). Kan etterutdanning bidra til mer helsefremmende arbeidsplasser? I: Hauge, H.A. og Mittelmark, M.B. (red.). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid*. Bergen: Fagbokforlaget.

Arbeidstilsynet (2006). *God vakt! - Arbeidsmiljø i sykehus. Oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005*. Prosjektrapport. Bodø: Arbeidstilsynet.

Beck, U. (1997). *Risiko og frihet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Berg, L.N., Byrkjeflot, H. og Kvåle, G. (2010). Hybridledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 12(3):30-49.

Berg, O. (1987). *Medisinens logikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

Bjørnstad, O. (2002). Helsefremmende arbeidsplasser. *Idébanken for sykefraværarbeidet*. Ark nr. 53. Oslo: Tiden Norsk Forlag AS.

- Blåka, G. og Filstad, C. (2007). *Læring i helseorganisasjoner*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.
- Borgen, P.C. (1993). *Et sykehus i forandring*. Hovedfagsoppgave. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsvitenskap, Seksjon for sosiologi/sosialpolitikk.
- Borgen, P.C. og Lunde, B. (2001). *Problemet er å få systemet til å leve*. Master of Public Health-oppgave (MPH 2001:7). Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV).
- Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2007). "Sykehus er en meget spesiell opplevelse". Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10(4):234-245.
- Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2009). Arbeidslivet som arena for folkehelsearbeid. Mål og midler i HMS-arbeidet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(4):249-260.
- Borgen, P.C. (2012). "En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene". Systematisk HMS-arbeid i sykehus som translasjonsprosess. *Sosiologisk tidsskrift*, 20(4):291-313.
- Borgen, P.C. (2014). Systematiske HMS-arbeid i sykehus som modernisering av offentlig sektor. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4):354-372.
- Bourdieu, P. (2007). *Den praktiske sans*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Brante, T. (2005). Staten og professionerne. I: Eriksen, T.R. og Jørgensen, A.M. (red.) *Professionsidentitet i forandring*. København: Akademisk Forlag.
- Bryman, A. (2001). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.
- Bunton, R. og Macdonald, G. (red.) (1992). *Health promotion. Disciplines and diversity*. London and New York: Routledge.
- Byrkjeflot, H. og Neby, S. (2005). Norge i Norden: Fra etternøler til pioner i reformering av sykehussektoren? I: Opedal, S. og Stigen, I.M. (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen*. *Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Carlhed, C. (2011). Fält, habitus och kapital som kompletterande redskap i professionsforskning. *Socialvetenskaplig Tidskrift* 18(4):283-300.
- Callon, M. (2001). Elementer til en oversettelsessosiologi: kamskjell, fiskere og forskere. I: Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (red.) *Teknovitenskapelige kulturer*. Oslo: Spartacus Forlag.
- Christensen, T., Læg Reid, P., Roness, P.G. og Røvik, K.A. (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelstad, F. og Steen-Johnsen, K. (2010). Hva er det med hybride organisasjoner? *Nordiske organisasjonsstudier*, 12(3):3-7.
- Engström, A.K. (2009). *Ledarskap och medarbetarskap vid strukturella förändringar i hälso- och sjukvården*. Doktoravhandling. Göteborg: Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV).
- ENWHP (1997). *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Lesedato 01.05.08: www.enwhp.org/index.php?id=29
- Erichsen, V. (1985). Kunnskapsutvikling og profesjonalisering. I: Bleiklie, I., Bomann-Larsen, P., Falkum, E., Gran, T. og Jensen, T.Ø. (red.) *Politikkens forvaltning*. Bergen: Universitetsforlaget.
- Eriksen, E.O. (Medforfatter: Terum, L.I.) (2001). Frontlinjebyråkratene mellom fag og politikk. I: Eriksen, E.O.: *Demokratiets sorte hull - om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Evetts, J., Mieg, H.A. og Felt, U. (2006). Professionalization, Scientific Expertise, and Elitism: A Sociological Perspective. I: Ericsson K.A., Charness, N., Feltovich, P.J. og Hoffman, R.R. (red.). *The Cambridge Handbook of Expertise and Expert Performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Falkum, E., Hagen, I.M. og Trygstad, S.C. (2009). *Bedriftsdemokratiets tilstand: Medbestemmelse, medvirkning og innflytelse i 2009*. Fafo-rapport 2009:35. Oslo: Fafo.
- Flermoen, S. (2001). *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- FOR 1996-12-06 nr 1127: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften).
- Foss, Ø. T. (2014). *Arbeidshelse*. I: Goth, U.S. (red.) *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Freidson, E. (1970). *Professional Dominance*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge (UK): Polity Press.
- Graver, H. P. (1995). *Sikkerhets- og miljørett*. I: Hermansen, J. (red.) *Miljøledelse*. Oslo: Tano.
- Grimsmo, A. og Sørensen, B.A. (2004). *Null-punkt-undersøkelse i sykehus*. AFI-notat 8/04. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Gåsdal, O. (2001). Longitudinell analyse/studie (oppslagsord/artikkel). I: Korsnes, O., Andersen, H. og Brante, T. (red.) *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, K. (1993). *Innføring i sosialpolitikk*. 2. utgave. Oslo: TANO.
- Halvorsen, K. (1998). *Å forske på samfunnet*. Oslo: Bedriftsøkonomenes forlag.
- Hammer, T.H., Nytrø, K. og Saksvik, P.Ø. (1998). Hva er arbeidsmiljø? En gjennomgang av begrepet. I: Nilssen, T. (red.) *Mot et bedre arbeidsliv*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Hellevik, O. (1980). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hellevik, O. (2001). Diakrone data (oppslagsord/artikkel). I: Østerud, Ø., Goldmann, K. og Pedersen, M.N. (red.) *Statsvitenskapelig leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hippe, J.M. og Trygstad, S.C. (2012). *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Fafo-rapport 2012:57. Oslo: Fafo.
- Hovden, J. (1995). HMS-ledelse i bedrifter. I: Hermansen, J. (red.) *Miljøledelse*. Oslo: Tano.
- Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2014-2018. Lesedato 25.01.16.
https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/inkluderende_arbeidsliv/ia-avtalen-2014-18/IA-avtalen-2014-2018/id752432/
- Jacobsen, D.I. (2002). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D.I. og Thorsvik, J. (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jersin, E. (1993). *TQM, kvalitetssikring og internkontroll*. Rapport nr. STF75 A93033. Trondheim: SINTEF Sikkerhet og pålitelighet.
- Johnsen, J. P. (2004). Latour, natur og havforskere – hvordan produsere natur? *Sosiologi i dag*, 34(2): 47-67.
- Johnsen, L.G.W. (2009). *Risikovurdering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Johnsen, Å. (2005). Økonomisk organisasjonsteori og ny offentlig styring. I: Døving, E. og Johnsen, Å. (red.) *Organisasjonsteori på norsk*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kalleberg, R. (1983). *Miljøforbedring som demokratisering. En sosiologisk analyse av arbeidsmiljøloven*. Arbeidsnotat nr. 213. Institutt for sosiologi, Universitetet i Oslo.
- Karlsen, J.E. (2001). *Metoder for HMS-regulering*. Oslo: Cappelen.
- Karlsen, J.E. (2004). *Ledelse av helse, miljø og sikkerhet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsen, J. E. (2010). *Systematisk HMS-arbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Karlsen, J. E. og Lindøe, P. H. (2006). The Nordic OSH model at a turning point? *Policy and Practice in Health and Safety*, 4(1):17-30.
- Kjekshus, L.E., Byrkjeflot, H. og Torjesen, D.O. (2013). Organisering og ledelse av sykehus etter NPM – legenes tilbaketreking? I: A. Tjora & L. Melby (red.) *Samhandling for helse*. Oslo: Gyldendal.
- Klausen, K.K. (2011). Fra Public Administration over New PA til NPM – en fortolkningsramme for reformer. I: Busch, T., Johnsen, E., Klausen, K.K. og Vanebo, J.O. (red.) *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Klausen, K.K. og Ståhlberg, K. (1998). New Public Management. I: Klausen, K.K. og Ståhlberg, K. (red.) *New Public Management i Norden*. Odense M: Odense Universitetsforlag.
- Knizek, B.L. (1998). Interview – design og perspektiv. I: Lorensen, M. (red.) *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Korsnes, O. (2001). Arbeid (oppslagsord/artikkel). I: Korsnes, O., Andersen, H. og Brante, T. (red.) *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Latour, B. (1987). *Science in action*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Laursen, P. F. (2004). Hva er egentlig pointen ved professioner? Om professionernes samfundsmæssige betydning. I: Hjort, K. (red.) *De professionelle - forskning i professioner og professionsuddannelser*. Gylling: Roskilde Universitetsforlag.
- Lincoln, Y.S. og Guba, E.G. (2000). The Only Generalization is: There is No Generalization. I: Gomm, R., Hammersley, M. og Foster, P. (red.). *Case Study Method*. London: Sage.
- Lindøe, P.H. (2003) *Erfaringslæring og evaluering*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Lorensen, M. (red.) (1998). *Spørsmålet bestemmer metoden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- LOV 1977-02-04 nr 04: Lov om arbeidervern og arbeidsmiljø m.v. (Opphevet).
- LOV 2001-06-15-93: Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven).
- LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven).
- LOV 2013-06-19-65: Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven).
- Lunde, B. og Wang, I.L. (1992). *Sykehus i omstilling. Iverksetting og integrering av DRG-stykkprissystemet i et somatisk sykehus*. Hovedfagsoppgave. Bodø: Høgskolesenteret i Nordland, Institutt for samfunnsvitenskap.
- Lysgaard, S. (1985). *Arbeiderkollektivet. En studie i de underordnedes sosiologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lægreid, P., Roness, P.G. og Rubecksen, K. (2009). Moderne organisasjonsoppskrifter i norske direktorat: Frå leiing til styring? *Nordiske organisasjonsstudier*, 11(2): 3-25.

- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 29 (2010-2011) *Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv. Arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerheit*. Melding til Stortinget. Arbeids- og sosialdepartementet.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management*. New York: The Free Press.
- Mæland, J.G. (2005). *Forebyggende helsearbeid*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis*. 3. utgave, Oslo: Universitetsforlaget.
- Måseide, P. (1983). *Medisinsk sosiologi*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Nichol, K.A. og Holness, D.L. (1998). Occupational Health and Safety Programs in Ontario Hospitals. *Journal of Applied Occupational and Environmental Hygiene*, 13(4):229-32.
- Nilsen, E. A. (2007). *Oversettelsens mikroprosesser. Om å forstå møtet mellom en global idé og lokal praksis som dekontekstualisering, kontekstualisering og nettverksbygging*. Doktoravhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV) (1999). *Kursprogram år 2000*. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan (NHV).
- NOU 1987:10 *Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet.

- NOU 1987:32 *Internkontroll i virksomhetenes og tilsynsorganenes arbeide med arbeidsmiljø og sikkerhet*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- NOU 1991:10 *Flere gode levekår for alle. Forebyggingsstrategier*. Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU 2000:27 *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- NOU 2001:22 *Fra bruker til borger*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Nylehn, B. (1997). *Organisasjonsteori. Kritisk analyse av utvalgte emner*. Oslo: Kolle Forlag.
- Nylehn, B. (2002). Kan profesjonelle samarbeide? I: Nylehn, B. og Støkken, A. M. (red.) *De profesjonelle*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Oliver, M. (1996): *Understanding disability*. New York: Palgrave.
- Ose, S.O., Dyrstad, K., Slettebak, R., Lippestad, J., Mandal, R., Brattlid, I. og Jensberg, H. (2013). *Evaluering av IA-avtalen (2010 – 2013)*. Forskningsrapport. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, avd. Helse. Lesedato 05.02.16
<http://www.sintef.no/prosjekter/evaluering-av-ia-avtalen-2010-2013/>
- Ot.prp.nr. 49 (2004-2005) *Om lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv*. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Petersen, A. og Lupton, D. (1996). *The new public health*. London: Sage Publications.
- Regjeringen.no (2014). Sykehus - antall ansatte. Helse- og omsorgsdepartementet.
Sist oppdatert: 30.10.14. Lesedato: 30.12.15.
<https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/sykehus---antall-ansatte/id493753/>
- Repstad, P. (1998). *Mellom nærhet og distanse*. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.

- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse*. 4. reviderte utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Ryen, A. (2006). *Det kvalitative intervjuet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (1998). *Moderne organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schein, E.H. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse*. Oslo: Mercuri Media Forlag.
- Skaar, S. (1994). Internkontroll i følge forskriften. I: Skaar, S. (red) *Internkontroll – ørkenvandring eller veien til det forjettede land?* Trondheim: SINTEF IFIM.
- Skaar, S.G., Dahl, T. og Torvatn, H. (1999). *Bærer arbeidet frukter? En evaluering av systematisk HMS-arbeid i norske virksomheter*. SINTEF rapport A99511. Trondheim: SINTEF Teknologiledelse.
- Skogstad, A. (2011). Psykososiale faktorer i arbeidet. I: Einarsen, S. og Skogstad, A. (red.) *Det gode arbeidsmiljø*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Starrin, B. og Renck, B. (1996). Den kvalitative intervjun. I: Svensson, P.G. og Starrin, B. (red.) *Kvalitative studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt (2002). *Lillestrøm-erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser*. Lesedato 01.05.08: www.stamiweber.no/hefa/Lille_erklar.htm
- Stigen, I.M. (2005). Innledning. I: Opedal, S. og Stigen, I.M. (red.) *Helse-Norge i støpeskjeen. Søkelys på sykehusreformen*. Bergen: Fagbokforlaget.

- St.meld. nr. 37 (1992-93) *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 35 (1994-95) *Velferdsmeldingen*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr. 21 (1998-99) *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St.meld. nr.16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 40 (2002-2003) *Nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosialdepartementet.
- Svensson, L.G. (2008). Profesjon og organisasjon. I: Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Svensson, L.G. og Karlsson, A. (2008). Profesjon, kontroll og ansvar. I: Molander, A. og Terum, L.I. (red.) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørensen, K. H. (2004). Tingenes samfunn. Kunnskap og materialitet som sosiologiske korrektiver. *Sosiologi i dag*, 34(2): 5-25.
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorogood, N. (1992). What is the relevance of sociology for health promotion? I: Bunton, R. og Macdonald, G. (red.) (1992). *Health promotion. Disciplines and diversity*. London and New York: Routledge.
- Thorsrud, E. og Emery, F. (1970). *Mot en ny bedriftsorganisasjon*. Oslo: Tanum.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

- Torvatn, H., Forseth, U. og Andersen, T. K. (2007). *Partner for arbeidsmiljø - det norske verneombudets rolle og funksjon*. Sammendrag av rapport. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Trygstad, S. og Andersen, R.K. (2015). *Arbeidsmiljø i norske sykehus 2014*. Fafo-rapport 2015:17. Oslo: Fafo.
- Versshuren, R., de Groot, B. og Nossent, S. (1995). *Working Conditions in Hospitals in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union.
- Vinge, S. (2005). Arbejdsorganisering og organisationsforståelse i sygehussektoren. *Nordiske organisasjonsstudier* 7(2): 95-113.
- Vågan, A. og Grimen, H. (2008). Profesjoner i maktteoretisk perspektiv. I: Molander, A. og Terum, L.I. (red). *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Waks, C. (1999). Arbetsorganiseringens betydelse för gränsdragningar mellan professioner. I: Bentsen, E.Z., Borum, F., Erlingsdóttir, G. og Sahlin-Andersson, K. (red): *Når styringsambitioner møder praksis*. København: Handelshøjskolens forlag.
- WHO (1987). *Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Wackerhausen, S. (2002). *Humanisme, professionsidentitet og uddannelse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Wackerhausen, S. (2008). *Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion*. RUML Refleksion i praksis, Skriftserie 2008:1. Aarhus: Aarhus Universitet.
- Wilken, L. (2006). *Pierre Bourdieu*. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag.
- Yin, R.K. (2006). *Fallstudier: design och genomförande*. Malmö: Liber.

VEDLEGG

Vedlegg 1: Tillatelse fra Helse- og sosialavdelingen, Nordland fylkeskommune (1998)

Vedlegg 2: Tilbakemelding fra NSD, konsesjon fra Datatilsynet, taushetserklæring (1998)

Vedlegg 3: Søknad helseforetakene (2013)

Vedlegg 4: Tilbakemelding fra NSD, Personvernombudet for forskning (2013)

Vedlegg 5: Informasjonsbrev til informantene (1998)

Vedlegg 6: Informasjonsbrev til informantene (2013)

Vedlegg 7: Intervjuguide (1998)

Vedlegg 8: Intervjuguide (2013)

Vedlegg 9: Samtykkeerklæring (1998)

Vedlegg 10: Samtykkeerklæring (2013)



NORDLAND FYLKESKOMMUNE

Helse- og sosialavdelingen
Personal- og org.seksjonen

Vår dato: 30.01.1998 Vår referanse: 97/05827-3 Arkivnr: 252
Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser
Deres dato: Deres referanse:

Saksbehandler: Kjell Pettersen, Tlf. 75531437

Høgskolelektor Bente Lunde
Høgskolen i Bodø

8002 BODØ

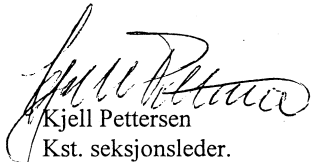
ARBEIDSMILJØ OG SYKEHUSENE I NORDLAND - GJENNOMFØRING AV PROSJEKT

Det vises til ditt brev av 14.11.97, og deltakelse i møte med sykehusdirektørene 9. desember 1997.

Nordland fylkeskommune og sykehusene i Nordland ser positivt på gjennomføring av "prosjekt om arbeidsgivers arbeidsmiljøarbeid i sykehusene i Nordland. På denne bakgrunn, og de drøftinger vi hadde i møte med direktørene gis herved tillatelse til at prosjektet gjennomføres.

Vi ser fram til et godt samspill mellom deg, sykehusene og oss i fylkesadministrasjonen rundt prosjektet.

Med hilsen



Kjell Pettersen
Kst. seksjonsleder.

Gjenpart: Sykehusdirektørene



Bente Lunde
Høgskolen i Bodø
avd. for helsefag
8002 BODØ

Dato: 29.01.98

Vår ref: 510/97/LT/KBH

Deres dato:

Deres ref:

FORSKNINGSPROSJEKT SOM OMFATTES AV KONSESJONSPLIKT

3922 Arbeidsmiljø og sykehusene i Nordland - arbeidsgivers strategi og praksis i arbeidsmiljøarbeidet

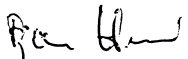
Vi viser til mottatt meldeskjema, 28.01.98, angående konsesjon for ovennevnte forskningsprosjekt. Prosjektet utløser konsesjonsplikt i henhold til Lov om personregistre m.m. § 9, første ledd.

Saken er behandlet ved Datafaglig sekretariat og oversendt Datatilsynet 29.01.98 for endelig avgjørelse. Datafaglig sekretariat har anbefalt at prosjektet gis konsesjon. Datatilsynet opplyser overfor Datafaglig sekretariat at saksbehandlingstiden er ca. 4 uker. Prosjektet kan ikke startes opp før du har mottatt konsesjon fra Datatilsynet.

Dersom noe er uklart ber vi deg kontakte oss, gjerne over telefon.

Kopi av innstilling følger vedlagt.

Vennlig hilsen
Datafaglig sekretariat


Bjørn Henriksen


Lis Tenold

Kontaktperson: Lis Tenold Tlf: 55 58 33 77



Bente Lunde
Høgskolen i Bodø
avd for helsefag
8002 BODØ

Deres ref
513/98/KBH
3922

Vår ref (bes oppgitt ved svar)
98/317-2 NAD/MHP

Dato
19.02.98

KONSESJON TIL Å OPPRETTE PERSONREGISTER IHT RAMMEKONSESJONSORDNINGEN FOR HØGSKOLEN I BODØ

Datatilsynet har mottatt Deres melding innkommet til oss den 29.01.98 om opprettelse av personregister i forbindelse med prosjektet "Arbeidsmiljø og sykehusene i Nordland - arbeidsgivers strategi og praksis i arbeidsmiljøarbeidet".

Vi har gjennomgått materialet og gir Dem med hjemmel i personregisterloven § 9, herved tillatelse til å føre det ovennevnte register, og å innhente opplysninger som er gitt i meldingen.

Som registeransvarlig oppnevnes Bente Lunde.

Prosjektleder er Bente Lunde.

Datatilsynets tillatelse er gitt på følgende vilkår:

- at betingelsene i rammekonsesjonen for Høgskolen i Bodø blir fulgt.
- at første gangs kontakt opprettes gjennom prosjektleder.
- at personidentifiserbare opplysninger ikke registreres ved hjelp av edb. Det elektroniske register kan inneholde et referansenummer som knytter seg til en manuell navneliste. Denne forutsettes oppbevart adskilt fra det elektroniske register og forsvarlig nedlåst i arkivskap.
- at det innhentes aktivt informert samtykke for alle deler av undersøkelsen. Det forutsettes at samtykket fra respondenten er reellt. Samtykket skal også omfatte en eventuell lagring etter prosjektavslutning i personidentifiserbar form.
- at lydbånd oppbevares på forsvarlig måte og nedlåst i arkivskap når de ikke er i bruk.

- at det i informasjonen til respondenten klart kommer fram at undersøkelsen er frivillig, og at vedkommende kan trekke seg fra undersøkelsen på et hvilket som helst tidspunkt.
- at det innsamlete materialet slettes/anonymiseres ved prosjektavslutning, senest 31.12.1998.

Dersom prosjektleder ønsker å oppbevare opplysningene i personidentifiserbar form etter prosjektslutt, må arkiveringsspørsmålet først legges frem for Rådet for persondataarkivering i god tid før prosjektavslutning, før spørsmålet igjen forelegges Datatilsynet for avgjørelse.

Med hilsen


Mette Borchgrevink (e f)
rådgiver


Narve A Dahler
førstekonsulent

Saksbehandler: Narve A Dahler, telefon 22 39 69 09

Vedlegg: Taushetserklæring

Kopi : Datafaglig sekretariat, Bergen

DATATILSYNET

TAUSHETSERKLÆRING FOR PERSONER SOM HAR ADGANG TIL KONSESJONS-
PLIKTIG PERSONREGISTER, JF. LOV OM PERSONREGISTRE M.M. AV 9.6.1978
§ 11 ANNET LEDD

Firma: **HØGSKOLEN I BODØ**

Navn: **PER-CHRISTIAN BORGEN**

Stilling: **HØGSKOLELEKTOR**

Jeg forplikter meg med dette til å bevare taushet om personopplysninger jeg får kjennskap til ved at jeg har adgang til register som er konsesjonspliktig etter ovennevnte lovs § 9, første ledd.

Dette er ikke til hinder for utlevering av personopplysninger i samsvar med konsesjonsvilkår gitt i medhold av personregisterloven § 11, annet ledd. Slik utlevering skal bare skje i samråd med registeransvarlig.

Jeg er kjent med at forsettlig eller uaksomt brudd på taushetsplikten, eller medvirkning til dette, kan straffes med bøter eller fengsel inntil ett år eller begge deler etter Lov om personregistre m.m. av 9.6.1978 nr. 48 § 38 nr. 2.

NB! Erklæringen skal oppbevares av den registeransvarlige etter at den er underskrevet.

Sted: **BODØ** den **6/3** 1998

Per-Christian Borgen

underskrift

Per-Christian Borgen
Profesjonshøgskolen,
Universitetet i Nordland,
8049 BODØ

Tlf. (arbeid) 75 51 75 59
e-post (arbeid) Per.Christian.Borgen@uin.no

Bodø, xx.02.13

Administrerende direktør NN,
Xx Helseforetak (HF)

SØKNAD OM Å FÅ INTERVJUE ANSATTE I Xx HELSEFORETAK – FORSKNINGSPROSJEKTET ”SYSTEMATISK HMS-ARBEID I SYKEHUS”

Mitt navn er Per-Christian Borgen og jeg arbeider som førstelektor ved Universitetet i Nordland, hvor jeg bl.a. har ansvaret for studiet ”Helse, miljø og sikkerhet”.

Jeg arbeider for tiden med et forskningsprosjekt som heter ”Systematisk HMS-arbeid i sykehus”, hvor temaet er arbeidsmiljø og HMS-arbeid ved sykehusene i Nordland. I prosjektet studerer jeg HMS-arbeidet ved tre ulike sykehus, bl.a. HMS-mål og strategisk tenkning, HMS-arbeid i praksis, HMS-ledelse, medvirkning i HMS-arbeidet fra de ansattes side og det faglige innholdet i HMS-arbeidet. Prosjektet ble påbegynt allerede mens sykehusene var fylkeskommunale, og jeg planlegger nå en oppfølgingsstudie som skal vise dagens situasjon og utviklingen på HMS-området. I den forbindelse ønsker jeg å intervju personer som har kunnskaper om emnet, bl.a. ansatte i Xx HF.

Jeg søker herved om tillatelse til å intervju 8 – 10 av de ansatte i Xx HF.

Det dreier seg om samtaler med en varighet på ca. en time. Forskningsprosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning - Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), og undersøkelsen vil ikke bli påbegynt før det er innhentet tillatelse fra NSD. Informantenes deltakelse i prosjektet vil være basert på informert frivillig samtykke. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Data vil bli bearbeidet i anonymisert form. Informanter som svarer ja til å delta, men som senere finner ut at de vil trekke seg, kan gjøre det når som helst i prosessen, uten å oppgi noen grunn.

Prosjektet skal resultere i en eller flere vitenskapelige artikler som skal inngå i en planlagt doktorgrad ved Fakultet for samfunnsvitenskap, Universitetet i Nordland.

Jeg takker for at du har tatt deg tid til å lese denne søknaden og håper på en positiv behandling. Ytterligere informasjon kan fås skriftlig eller muntlig ved henvendelse til meg.

Med vennlig hilsen

Per-Christian Borgen



Per-Christian Borgen
Profesjonshøgskolen
Universitetet i Nordland
Postboks 1490
8049 BODØ

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 07.03.2013

Vår ref:33525 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.02.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

33525 *Systematisk HMS-arbeid i sykehus*
Behandlingsansvarlig *Universitetet i Nordland, ved institusjonens øverste leder*
Daglig ansvarlig *Per-Christian Borgen*

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

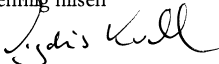
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

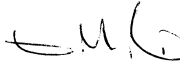
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.04.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering



Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, forutsatt at dato for anonymisering av innsamlede opplysninger tilføyes.

Prosjektet skal avsluttes 15.04.2018 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

**FORESPØRSEL OM Å DELTA I FORSKNINGSPROSJEKTET
"ARBEIDSMILJØ OG SYKEHUSENE I NORDLAND -
ARBEIDSGIVERS STRATEGI OG PRAKSIS I ARBEIDSMILJØARBEIDET".**

Vi er to høgskolelektorer ved Avdeling for helsefag ved Høgskolen i Bodø og arbeider ved Viderutdanning i helse, miljø og sikkerhet (HMS). Som en del av vårt faglige arbeid ønsker vi å gjennomføre et forskningsprosjekt om temaet arbeidsmiljø i sykehusene i Nordland, hvor hovedvekten er lagt på arbeidsgivers strategi og praksis i arbeidsmiljøarbeidet. I den forbindelse ønsker vi å intervjuere personer som er sentrale i forhold til problemstillingen.

For å få tilgang til de kunnskapene dere har om temaet, ønsker vi en samtale på ca. en times varighet. Under samtalen vil vi be om å få benytte båndspiller, fordi vi ønsker å få med oss mest mulig av samtalen og tror at notering med blokk og blyant kan virke forstyrrende. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Dersom du svarer ja til å delta, men likevel finner ut at du vil trekke deg, kan du gjøre det når som helst i prosessen uten å oppgi noen grunn.


Data vil bli bearbeidet i anonymisert form og vil bli brukt i en projektrapport. Etter at studien er ferdig vil alle lydbandopptak bli slettet.

Formelt sett må vi be om ditt skriftlige samtykke, og dette skjer i forkant av intervjuet. Vi har fått tillatelse fra Fylkeshelsesjefen og sykehusets ledelse til å gjøre denne undersøkelsen, og den er også vurdert av Datatilsynet. Alle deltakerne får kopi av informasjonsskrivet/samtykke erklæringen.

Studien har til hensikt å systematisere og finne ny kunnskap om hvordan arbeidsgiver jobber i forhold til arbeidsmiljø i sykehusene i Nordland.

Vi sier takk til at du har tatt deg tid til å lese denne informasjonen, og håper at du er interessert i å samtale med oss. Vi tar kontakt med deg for nærmere avklaring og evt. for å avtale tid og sted for intervjuet.

Med vennlig hilsen


Bente Lunde
høgskolelektor


Per-Christian Borgen
høgskolelektor

Avd. for helsefag, Høgskolen i Bodø, 8002 Bodø.
Tlf. 755 17572 (Bente), 755 17559 (Per-Christian) 17200 (sentralbord)

INFORMASJON I FORBINDELSE MED FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET ”SYSTEMATISK HMS-ARBEID I SYKEHUS”

Mitt navn er Per-Christian Borgen og jeg arbeider som førstelektor ved Universitetet i Nordland, hvor jeg bl.a. har ansvaret for studiet ”Helse, miljø og sikkerhet”. Jeg arbeider for tiden med et forskningsprosjekt som heter ”Systematisk HMS-arbeid i sykehus”, hvor temaet er arbeidsmiljø og HMS-arbeid ved sykehusene i Nordland. I prosjektet studerer jeg HMS-arbeidet ved tre ulike sykehus, bl.a. mål og strategisk tenkning, HMS-arbeid i praksis, HMS-ledelse, medvirkning i HMS-arbeidet fra de ansatte og det faglige innholdet i HMS-arbeidet.

I den forbindelse ønsker jeg å intervju personer som har kunnskaper om emnet, og du er en av dem jeg gjerne vil intervju. Det dreier seg om en samtale med en varighet på ca. en time. Under samtalen vil jeg be om å få benytte en lydopptaker. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Data vil bli bearbeidet i anonymisert form. Lydopptakene vil bli slettet når prosjektet er avsluttet. Prosjektet skal avsluttes 15.04.18.

Formelt vil jeg be om ditt skriftlige samtykke i forkant av intervjuet. Dersom du svarer ja til å delta, men senere finner ut at du vil trekke deg, kan du gjøre det når som helst i prosessen, uten å oppgi noen grunn. Prosjektet er godkjent av Personvernombudet for forskning – Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD), og ledelsen i den virksomheten hvor du arbeider har gitt meg tillatelse til å foreta intervjuene.

Forskningsprosjektet skal resultere i en eller flere vitenskapelige artikler som skal inngå i en planlagt doktorgrad ved Fakultet for samfunnsvitenskap, Universitetet i Nordland.

Jeg takker for at du har tatt deg tid til å lese denne informasjonen og håper at du er interessert i å delta som informant i undersøkelsen. Jeg tar kontakt med deg for nærmere avklaring og evt. for å avtale tid og sted for intervjuet.

Med vennlig hilsen

Per-Christian Borgen

Adresse:

Profesjonshøgskolen,

Universitetet i Nordland,

8049 BODØ

Tlf. (arbeid) 75 51 75 59

e-post (arbeid) Per.Christian.Borgen@uin.no

INTERVJUGUIDE

(1) KAN DU INNLEDNINGSVIS FORTELLE LITT OM DEG SELV NÅR DET GJELDER UTDANNING OG YRKESERFARING ?

(2) HVILKE ARBEIDSOPPGAVER / ANSVAR HAR DU PÅ SYKEHUSET ?

(3) HVILKE MÅLSETTINGER HAR SYKEHUSET FOR ARBEIDET MED ARBEIDSMILJØET / HMS - OG HVORDAN HAR DERE PLANLAGT Å NÅ DISSE MÅLENE?

(4) HVORDAN ER HMS-ARBEIDET ORGANISERT HER PÅ SYKEHUSET - OG HVORDAN ARBEIDER DERE I PRAKSIS ?

HVORDAN FUNGERER VERNETJENESTEN (VERNELEDER, HVO,VO, AMU)?

(5) HVORDAN IVARETAS HMS-ARBEIDET MED HENSYN TIL TID, PERSONALRESSURSER OG KOMPETANSE ?

ER HMS INNVEVD I OG LIKESTILT MED ØKONOMI OG PRODUKSJON ?

(6) HVEM HAR HMS-ANSVAR PÅ DE ULIKE NIVÅENE I SYKEHUSET - OG HVORDAN FUNGERER DISSE ?

(7) HVORDAN VIL DU BESKRIVE SAMARBEIDET / KOORDINERINGEN MELLOM HENHOLDSVIS

(A) DE ULIKE NIVÅENE INTERNT PÅ SYKEHUSET (DIR/STAB-AVD-"FOTFOLK")

(B) FYLKESKOMMUNEN OG SYKEHUS ?

(8) HVILKE ARBEIDSMILJØPROBLEMER / UTFORDRINGER OPPFATTER DU SOM DE VIKTIGSTE ?

(9) HVILKE FORHOLD SYNES DU VIRKER HENHOLDSVIS HEMMENDE OG FREMMENDE I ARBEIDET MED Å FORBEDRE ARBEIDSMILJØET ?

(10) HVILKE FORVENTNINGER, KRAV ELLER TILBUD OM HJELP MOTTAR DU FRA HENHOLDSVIS

- ARBEIDSTILSYNET, ELEKTRISITETSTILSYNET O.L.
- FYLKESLEGEN I NORDLAND
- FYLKESHELSESJEFENS KONTOR
- PERSONAL- OG ORGANISASJONSAVDELINGEN
I NORDLAND FYLKES SENTRALADMINISTRASJON
- ØVERSTE LEDELSE VED SYKEHUS
- ANDRE ANSATTE
- BEDRIFTSELSETJENESTEN
- ANDRE EKSTERNE ELLER INTERNE AKTØRER

INTERVJUGUIDE (skisse)

Innledning (Hvem er og hva gjør informanten)

- (1) Kan du ganske kort fortelle litt om deg selv når det gjelder utdanning og yrkeserfaring?
- (2) Hvilken rolle og ansvar har du i det systematiske HMS-arbeidet i virksomheten?
- (3) Hvem snakker du med om HMS i sykehuset (f.eks. direktører, HMS-ledere, linjeledere, verneombud, RHF, NAV, tilsynsmyndigheter, andre aktører)?

HMS-arbeidet i praksis og samarbeidet mellom arbeidsgiver og arbeidstakerne

- (4) Hvordan vil du beskrive omfanget og kvaliteten på HMS-arbeidet i praksis (sett i forhold til målsettingen i Arbeidsmiljøloven og kompleksiteten i sykehusenes arbeidsmiljøet)?
- (5) Hvordan er HMS-arbeidet ivaretatt med hensyn til tid, personalressurser og kompetanse?
- (6) Hvordan fungerer medvirkningen i HMS-arbeidet (vernetjenesten og ”vanlige ansatte”) og samarbeidet med ledelsen (arbeidsgiversiden) om HMS-arbeidet?
- (7) Hvilken status har HMS (etterspørres resultater?) vs. kvalitetssikring av helsetjenester?
- (8) Hvordan vil du beskrive det faglige innholdet i HMS-arbeidet?
 - Forebyggende arbeid / helsefremmende arbeid / inkluderende arbeid
 - Fysisk-kjemisk arbeidsmiljø / psykososialt arbeidsmiljø
- (9) I hvilken grad er HMS-arbeidet innvevd i det daglige arbeidet i sykehusorganisasjonen?
- (10) I hvilken grad er HMS-tenkning innvevd i sykehusorganisasjonens verdigrunnlag?

(11) Hvordan foregår læring på HMS-området?

- Hvilke fora? (I grupper nedsatt av ledelsen eller som integrert del av profesjonens fagdebatt)
- Avvik på HMS-området (meldes de av de ansatte og behandles de av arbeidsgiver)

(12) Hva er de største utfordringene på HMS-området i sykehuset?

- Forholdet mellom arbeidsoppgaver og ressurser (tidspress), HMS vs. økonomi
- Førstelinjeførers/mellomleders arbeidssituasjon
- Omstillingsprosesser (inklusive ny eier)
- Deltid som problem for organisasjonen og de ansatte
- Arbeidstidsreglene (brudd på arbeidstidsreglene)

Hemmende og fremmende faktorer – og endringer de siste 10 årene

(13) Hvilke forhold virker hemmende og fremmende i HMS-arbeidet?

(14) Finnes det spesielle sider ved internkontroll som metode (styringssystem/verktøy) eller sykehus som organisasjonstype, som hemmer eller fremmer (påvirker) HMS-arbeidet?

(15) Hvordan arbeider sykehusene med HMS nå sammenliknet med for 10 (11) – 15 år siden?

(16) Hva har det betydd at sykehusene nå har fått plikt til å være tilknyttet en BHT?

SKRIFTLIG SAMTYKKE

Jeg har lest/er blitt gitt informasjonen om undersøkelsen og hvilke rettigheter jeg har, samt at opplysningene behandles konfidensielt og skrives ut i anonymisert form. Jeg samtykker i deltakelse i studien "Arbeidsmiljø og sykehusene i Nordland - arbeidsgivers strategi og praksis i arbeidsmiljøarbeidet.

Dato:.....

Signatur.....

SAMTYKKEERKLÆRING (SKRIFTLIG SAMTYKKE)

Jeg har mottatt og har lest i gjennom informasjonen om undersøkelsen og hvilke rettigheter jeg har som informant. Opplysningene skal behandles konfidensielt.

Jeg bekrefter at jeg stiller opp frivillig og samtykker herved i deltakelse i studien ”Systematisk HMS-arbeid i sykehus”.

Dato:

Signatur:

DEL II

ARTIKLENE

Artikkel I

Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2007). "Sykehus er en meget spesiell opplevelse".
Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10(4):234-245.

Artikkel II

Borgen, P.C. og Lunde, B.V. (2009). Arbeidslivet som arena for folkehelsearbeid.
Mål og midler i HMS-arbeidet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(4):249-260.

Artikkel III

Borgen, P.C. (2012). "En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene". Systematisk
HMS-arbeid i sykehus som translasjonsprosess. *Sosiologisk tidsskrift*, 20(4):291-313.

Artikkel IV

Borgen, P.C. (2014). Systematiske HMS-arbeid i sykehus som modernisering av offentlig
sektor. *Søkelys på arbeidslivet*, 31(4):354-372.

Artikkel I

«Sykehus er en meget spesiell opplevelse»

Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus

Per-Christian Borgen og Bente Vibecke Lunde

“The hospital is a different experience”: The challenge of systematic health, environmental and safety (HES) activities in hospitals

The article focuses on important aspects of systematic health, environmental and safety (HES) measures at hospitals, based on a study carried out at three somatic hospitals in Nordland County, Norway. In the presentation of the results we focus on the low level and bias of HES activities viewed in relation to both the objectives of HES legislation and the complexity of the occupational environments of hospitals. Attempts will be made to understand these findings as they apply to certain properties of internal control measures as a management system, and features of the hospital as a professional organization.

Per-Christian Borgen
Høgskolelektor
Høgskolen i Bodø
E-post: Per.Christian.Borgen@hibo.no

Bente Vibecke Lunde
Stipendiat
Høgskolen i Bodø
E-post: Bente.Lunde@hibo.no

Artikkelen studerer sentrale sider ved systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (HMS-arbeid) i sykehus. Utgangspunktet er en studie foretatt ved tre somatiske sykehus i Nordland. I presentasjonen av resultatene viser vi at HMS-aktiviteten både er lav og skjev sett i forhold til målsettingen i HMS-lovgivningen og kompleksiteten i arbeidsmiljøet i sykehusene. I den påfølgende diskusjonen søker vi å forstå disse funnene med utgangspunkt i egenskaper ved internkontroll som styringssystem og trekk ved sykehuset som profesjonell organisasjon.

Introduksjon

Norske sykehus er gitt et stort samfunnsansvar som behandlingsinstitusjoner med pasientenes helse som sitt ansvarsområde. Sykehusene er imidlertid også store arbeidsplasser som påvirker mange arbeidstakers helse. Arbeidsmiljøloven (AML) har bl.a. som formål å sikre et arbeidsmiljø som gir full trygghet mot både fysiske og psykiske skadevirkninger (AML § 1-1). Arbeidsmiljøet i norske virksomheter skal ivaretas som en del av det samlede helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-arbeidet). Arbeidsgiveren har plikt til å sørge for at det utføres systematisk HMS-arbeid på alle plan i virksomheten for å ivareta arbeidstakernes helse, miljø og sikkerhet. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne og deres tillitsvalgte (AML § 3-1).

Å innføre og utøve et velfungerende og systematisk HMS-arbeid ved norske sykehus, er en utfordring. Dette kommer frem i prosjektrapporten «God vakt! – Arbeidsmiljø i sykehus», en oppsummering av Arbeidstilsynets tilsyn ved landets sykehus i 2005 (Arbeidstilsynet 2006). Hovedmålet for satsingen var at sykehusene skulle organisere arbeidet

det slik at de ansatte ikke utsettes for fysiske eller psykiske belastninger som kan medføre helseskade og ha fungerende systemer for HMS-arbeidet (internkontrollsystemer). Gjennom tilsynene kom det frem en rekke forhold ved både arbeidsmiljøet og HMS-arbeidet som sykehusene er blitt pålagt å rette opp. Rapporten beskriver både negative faktorer i arbeidsmiljøet og fravær av HMS-rutiner. Arbeidstilsynet beskriver flere årsaker til hvorfor sykehusene ikke har fått til et tilfredsstillende HMS-arbeid. De legger særlig vekt på arbeidstakernes opplevelse av tidspres i organisasjonen, og at HMS-arbeidet synes å mangle status, aksept og anerkjennelse som lederverktøy og redskap i sykehusenes endringsarbeid.

I en kvalitativ undersøkelse foretatt ved tre sykehus i Nordland, fant vi at det var vanskelig å få til et «levende» HMS-arbeid i sykehusene (Borgen og Lunde 2001). Formålet med studien var å studere hvordan arbeidsgiversiden, som har hovedansvaret for HMS-arbeidet, arbeidet med utviklingen av det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet i de somatiske sykehusene. Undersøkelsen fokuserte både på strategisk tenkning og det praktiske HMS-arbeidet, samt på forhold som hemmer eller fremmer det systematiske HMS-arbeidet.

I denne artikkelen tar vi utgangspunkt i data-materialet fra vår tidligere undersøkelse (Borgen og Lunde 2001) for å belyse forhold som har betydning for det systematiske HMS-arbeidet i sykehus. Hvordan oppleves omfanget og kvaliteten på HMS-arbeidet i forhold til målsettingen i Arbeidsmiljøloven, og finnes det spesielle sider ved internkontroll som metode eller sykehus som organisasjonstype, som har en utilsiktet innvirkning på HMS-arbeidet?

I analysen viser vi at HMS-aktiviteten både er *lav* og *skjev* sett i forhold til målsettingen i Arbeidsmiljøloven, og kompleksiteten i arbeidsmiljøet i sykehusene. Vi drøfter deretter disse funnene med utgangspunkt i egenskaper ved internkontroll som styringssystem og trekk ved sykehus som profesjonelle organisasjoner. Dette er et område som bare i liten grad har vært utgangspunkt for publiserte studier.

Helse, miljø og sikkerhet (HMS), og internkontroll (IK)

Ettersom systematisk HMS-arbeid i sykehus er tema for denne artikkelen, innleder vi med en kort beskrivelse av den formelle organiseringen av HMS-arbeid og internkontroll (IK).

Da arbeidsmiljøloven av 1977 hadde vært i kraft i ti år, viste en gjennomgang fra myndighetenes side at man ikke hadde fått den systematiske aktiviteten som loven la opp til (NOU 1987:10). Et svar på dette var innføring av forløperen til dagens *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)* i 1991, med internkontroll som virkemiddel. Hensikten var å få til økt, og mer systematisk, aktivitet på området. Internkontroll, eller egenkontroll, flytter hovedfokuset fra tilsynsmyndighetene og over på virksomhetene selv.

Internkontroll (IK) er et generelt kvalitetssikringsprinsipp som skal sikre og dokumentere at en aktivitet utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov (Ihlen 1994). I Norge ble begrepet først benyttet innen petroleumsvirksomheten, hvor IK-HMS utgjorde en del av selskapenes totale kvalitetssikringssystem (Karlsen 2004). Det er senere blitt videreført som et allment prinsipp, som et ledd i modernisering av offentlig sektor. Begrepet kan knyttes til en tenkning som i en samlebetegnelse omtales som *New Public Management* (Busch, Johnsen, Klausen, Vanebo 2001; Karlsen 2004).

Internkontrollforskriften beskriver hvordan den enkelte virksomhet skal organisere sitt HMS-arbeid for å nå målene i HMS-lovgivningen. HMS-lovgivningen er i internkontrollforskriften definert som arbeidsmiljøloven og sju andre lover, samt forskrifter fastsatt i medhold av disse (Internkontrollforskriften 1997).

Internkontrollforskriften skal fremme et forbedringsarbeid i virksomhetene gjennom å stille krav om systematisk gjennomføring av tiltak på tre delområder. Det dreier seg om: 1) arbeidsmiljø og sikkerhet, 2) forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelse fra produkter eller forbrukertjenester, og 3) vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall.

Det systematiske HMS-arbeidet skal dokumenteres og kvalitetssikres gjennom en samlet skriftlig oversikt, et såkalt «internkontrollsystem» (IK-system), som skal være kjent og tilgjengelig for alle ansatte. Virksomhetene må selv kontrollere at de oppfyller kravene i lovverket. Avvik fra standarder gitt i lov, forskrift eller bedriftens eget IK-system, skal meldes til overordnede på et eget skjema. Skriftlig dokumentasjon på forholdet skal registreres i IK-systemet i form av de innleverte avviksmeldingene. På denne måten skal en bedrift lære av egne feil. Systematisk melding av avvik er en forutsetning for iverksetting av korrigerende tiltak.

Hovedansvaret for HMS-arbeidet påligger arbeidsgiveren. HMS-ledelse skal utøves i linjen som en integrert del av det samlede lederansvaret. Deltakelse fra de ansattes side er også en viktig del av HMS-arbeidet. Arbeidstakerne har både rett og plikt til å delta i det organiserte arbeidet for å skape et trygt arbeidsmiljø, inklusive utarbeidelsen av virksomhetens IK-system. Som en del av en organisert vernetjeneste skal det velges et verneombud, arbeidstakernes tillitsvalgte i arbeidsmiljøspørsmål.

IK-systemet skal være tilpasset bedriftens virksomhet, og det skal også inneholde en oversikt over den delen av HMS-lovgivningen som angår bedriften. Et IK-system kan fungere både som et styringssystem som holder oppmerksomheten rettet mot de definerte HMS-målene, et dokumentasjonssystem som viser hvor langt man er kommet i HMS-arbeidet og et kontrollsystem på HMS-området, for både virksomheten selv og tilsynsmyndigheter.

Sykehuset som organisasjon og virksomhet

Før vi går nærmere inn på sykehusenes HMS-aktivitet, gir vi en beskrivelse av sykehuset som organisasjon. Deretter tar vi for oss hvilke arbeidsmiljøproblemer vi finner i sykehus som HMS-aktiviteten skal rette seg mot.

Norske sykehus er viktige velferdspolitiske institusjoner som skal sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp uavhengig av bosted og økonomisk situasjon (St.prp. nr. 1 2006–2007). Driften påvirkes av mange faktorer, som helsepolitiske målset-

tinger og virkemidler, befolkningens alderssammensetning og sykелighet, samt den medisinsk-tekniske utviklingen.

Sykehus betegnes som profesjonelle organisasjoner (Mintzberg 1989), noe som viser til en virksomhet med stabile, men kompetansekrevede oppgaver (Nylehn 1997). Makten har tradisjonelt ligget hos de profesjonelle, leger, sykepleiere og annet helsepersonell, som leverer sykehusets kjerneytelser i form av behandling og pleie. Historisk sett har helseprofesjonene, særlig legene, hatt stor autonomi i utøvelsen av yrket, men uten å ha sterk politisk eller administrativ kontroll (Lian 2003). Sykehusene har samtidig vært regnet som vanskelige å styre, og politisk ledelse og administrasjon har gitt uttrykk for behov for større grad av innsyn og styring av sykehusene. Det er innført økt grad av styring ovenfra og utenfra gjennom tiltak som ny lovgivning, og nye styringssystemer hentet fra det private næringsliv. Markedstenkning og byråkratisk organisering har fått gjennomslag på bekostning av profesjonsstyring (Freidson 2001).

Finansieringen har siden 1997 vært en kombinasjon av rammefinansiering og innsatsstyrt finansiering. Det har de siste årene vært mye oppmerksomhet rettet mot faktorer som økonomiske underskudd, økt effektivitet, enhetlig ledelse, styrking av pasientenes rettigheter, økt brukervedvirkning og nedbygging av profesjonsmotsetninger. I 2002 ble sykehusene overtatt av staten og driften av dem organisert som helseforetak.

Sykehus kan studeres på ulike måter, avhengig av hvilke sider ved virksomheten man ønsker å belyse. De kan beskrives som rasjonelle organisasjoner som etterstreber å drive effektiv og god pasientbehandling. Sykehuset kan også beskrives som en organisasjon med en bestemt historie og en intern logikk (Berg 1987), med egne normer og verdier (Jacobsen og Thorsvik 2002). Videre har det betydning om en betrakter sykehuset ut fra et «lukket» eller et «åpent» organisasjonsperspektiv, dvs. om en kun ser på det som foregår innenfor sykehusets egen organisasjon, eller om en også er opptatt av hva som skjer i sykehusets omgivelser og hvilke betydning dette har for organisasjonen (Scott 1987).

Sykehus er store, spesialiserte arbeidsplasser med mange ansatte innenfor ulike yrkesgrupper og fagområder. Virksomheten består av ulike enheter med varierte oppgaver. Noen arbeidsoppgaver, som behandling og pleie, er rettet direkte mot pasienter. Administrative og tekniske arbeidsoppgaver kan være uten direkte pasientkontakt. Driften innebærer for mange ansatte døgnbasert turnusarbeid hele året.

Forskning har vist at ansatte i helsesektoren kan være utsatt for en rekke ulike miljøfaktorer i sitt arbeidsmiljø (Grimsmo 1996; Matthiesen og Asbjørnsen 1986). Grimsmo og Sørensen (2004) beskriver i sin arbeidsmiljøstudie fra norske sykehus bl.a. psykiske belastninger, mangel på medvirkning og slitasje pga. hyppige omstillinger. Versshuren, de Groot og Nossent (1995) viser i sin studie den store bredden det er i risikofaktorer og relaterte helseproblemer i europeiske sykehus. Arbeidsmiljøet inneholder både fysisk-kjemiske og biologiske risikofaktorer som tunge og ensidige belastninger, risiko for skader og ulykker, kjemiske substanser og biologiske smittestoffer, samt organisatoriske og psykososiale arbeidsmiljøfaktorer som tidspress, uregelmessig arbeidstid, konflikter med andre ansatte og relasjoner til alvorlig syke mennesker. Alle disse forholdene kan medføre helsefare og indikerer at det er behov for et omfattende og aktivt HMS-arbeid i sykehusene. Miljøarbeidet må være bredt og omfatte både fysisk-kjemiske og psykososiale problemer.

Metode

Innsamlingen av materialet denne artikkelen bygger på, ble foretatt mens sykehusene fortsatt var eiet av fylkeskommunen (Borgen og Lunde 2001). Selv om dataene er samlet inn før sykehusreformen, er regelverket for HMS-arbeidet og aktørenes ansvar i stor grad uendret. De trekkene ved sykehuset som organisasjon som beskrives, antas å være relativt stabile. Dataene vil derfor fortsatt være relevante.

I forbindelse med undersøkelsen benyttet vi en kvalitativ forskningsmetodisk tilnærming i form av kvalitative intervjuer. Vi valgte å benytte halvstrukturerte intervjuer (Kvale 1997). I alt ble 18 in-

formanter intervjuet. De fleste var ledere på ulike nivå i sykehusene. De tre sykehusene, kalt A, B og C, ble valgt ut tilfeldig blant sju somatiske sykehus i Nordland. Ved hvert av de tre sykehusene bad vi om å få intervjuet den systemansvarlige for sykehusets internkontrollsystem for helse, miljø og sikkerhet (3 informanter), representanter for den øverste ledelsen ved sykehuset (dvs. direktøren eller medlemmer av direktørens stab, i alt 5 informanter), ledere på avdelingsnivå (4 informanter) og sykehusets hovedverneombud (3 informanter). Samtlige av disse var sentrale i det lokale HMS-arbeidet. Dessuten intervjuet vi to ansatte i Nordland fylkeskommunes (daværende sykehuseier) sentraladministrasjon og den av de ansatte ved Arbeidstilsynet i Nordland som jobbet spesielt i forhold til sykehusene.

I tillegg til kvalitative intervjuer benyttet vi oss av dokumentstudier (Repstad 1998). Vi valgte å supplere intervjuene med studier av de offisielle politiske vedtakene i Nordland fylkeskommune på HMS-området og deler av de tre sykehusenes egne internkontrollsystemer. Disse dokumentene fungerer som styringsdokumenter på området og bidrar med viktig informasjon om de offisielle målene. Videre utfyller de informantenes beskrivelser av det faktiske HMS-arbeidet.

Analyse

Analysen viser at HMS-aktiviteten både var *lav* og *skjev* sammenliknet med målsettingen i HMS-lovgivningen og kompleksiteten i arbeidsmiljøet i sykehusene. Presentasjonen består av fire deler.

Ulike årsaker til lav HMS-aktivitet

På de fleste avdelingene hvor vi foretok intervjuer, var det i følge våre informanter lav aktivitet knyttet til det systematiske HMS-arbeidet. To avdelings- sykepleiere ved to ulike sykehus ga nesten identiske beskrivelser av aktivitetsnivået ved sine avdelinger. Vi lar den ene av dem oppsummere:

Nei, HMS ligger dødt i denne avdelingen. ... Det er ikke noe system i HMS-arbeidet i det hele tatt. Det kommer mye sentralt fra administrasjonen på HMS, men det er ikke på dagsorden.

Mangel på tid og penger går igjen når våre informanter beskriver årsakene til at HMS-arbeidet nedprioriteres. Sykehusene sliter tungt med den daglige driften, og systematisk HMS-arbeid når ikke opp i konkurransen om oppmerksomhet.

Sjefssykepleieren ved Sykehus A er delvis enig i denne forklaringen, men antyder samtidig en mulig sammenheng mellom hvilke oppgaver som prioriteres og kompetanse:

Det er sånn i første omgang lett å si at det er tiden. Spørsmålet er, når du begynner å skrelle litt på det, om det faktisk er det eller om vi føler at det er uoverkommelig. At vi ikke behersker det – ukjente, uvante arbeidsoppgaver.

Flere av våre informanter antydet også at de opplever andre arbeidsoppgaver som mer interessante enn HMS-arbeid. Kvalitetssikring av helsetjenester er ikke vesensforskjellig fra systematisk HMS-arbeid, men oppfattes likevel som en mer naturlig del av arbeidet. Avdelingssykepleier A sier det slik:

Ja, det kom jo i samme tidsepoken, slik jeg husker det. Der er vi kommet atskillig lengre. Det går vel på at det er mer fag vi jobber med og at det blir litt mer spennende.

Vår informant på fylkeskommunens Helse- og sosialavdeling (sykehuseieren) har gjort seg de samme tankene:

...kvalitetssikring av helsetjenester har blitt mer en faggreie enn HMS-forskriften. Det er mer interessant for doktorene og pleierne å gå inn i det materialet enn det som går på et rent arbeidsmiljø. Det er en stabsfunksjon som disse administratorene får ta seg av. ... Men hvis vi går over til forvaltningsmenneskene, så tror jeg nok at økonomi kommer (først), økonomi er nok det som får størst oppmerksomhet uansett.

En annen mulig forklaring på at det systematiske HMS-arbeidet ligger nede, er at det er den delen av

lederansvaret som i minst grad kontrolleres. Systemansvarlig C sier det slik:

... hvis du har 10 kroner i forskjell i regnskapet ditt som du sender inn, så kommer det en person og foretar revisjon. Er det noe som er galt når det gjelder helse, miljø og sikkerhet, så er det ingen som kommer og pålegger noe.

Spesielle trekk ved sykehuset som organisasjon

Flere av informantene mente at det finnes spesielle forhold ved sykehus som organisasjonstype som vanskeliggjør systematisk HMS-arbeid og som kan forklare den lave aktiviteten på HMS-området. «Systemtenkning» som baserer seg på at det er ryddige og oversiktlige linjeforhold i organisasjonen, får problemer i et sykehus. Da vi intervjuet HMS-konsulenten hos fylkesrådmannen (sykehuseier), uttalte hun seg slik om betydningen av klare ansvarsforhold mellom stab og linjeledere:

HMS-forskriften og lovverket er veldig fokusert på klare linjer, og det er ikke så lett å innføre et slikt system i en mer dynamisk organisasjon.

Personalsjef B har lang arbeidserfaring både fra en stor statlig, profesjonell organisasjon og det private næringslivet. Hennes vurdering av sykehuset som organisasjon ble innledningsvis oppsummert slik:

Sykehus er en meget spesiell opplevelse.

Noe av det som gjorde opplevelsen så «spesiell» for henne, er oppdelingen av de ansatte i en mengde yrkesgrupper og fagforeninger:

Da jeg begynte hadde vi 16 fagforeninger ... dette med profesjoner innenfor alle bransjer. Det gjør jo også sykehuset litt spesielt.

Hovedverneombud C har i likhet med Personalsjef B arbeidserfaring fra det private næringslivet og har gjort seg noen tanker om organisasjonskulturen:

Her på sykehuset er det annerledes, det er litt mange «vegger» mellom yrkesgruppene. Systemet er litt rigid, preget av lite fleksibilitet. I industrien er det mye mer åpent rent kommunikasjonsmessig.

Direktør C har irritert seg over både samarbeidsproblemer mellom yrkesgruppene og manglende fleksibilitet. Og igjen dukker begrepet «vegger» opp:

Jeg tror vi må prøve å rive ned alle «veggene» som vi har rundt omkring. Vi har så mange utfordringer i helsevesenet at hvis vi skal klare det som kommer innover oss, så tror jeg vi må brette litt opp mellom de enkelte yrkesgruppene. Vi må ikke være så såre, men prøve å samhandle litt bedre.

«Veggene» mellom yrkesgruppene medfører også at sykehusene ikke får full effekt av sin vernetjeneste. Verneombudene klarer sjelden å representere alle ansatte like godt, og best kontakt har de med den yrkesgruppen de selv tilhører. Noen yrkesgrupper er dessuten lite interesserte i vernearbeid generelt og svært vanskelige å rekruttere til verneombudsvervene. Legene oppfattes som en slik «vanskelig» gruppe av de øvrige. Dermed kan man ende opp med situasjoner hvor det valgte verneombudet ikke oppfattes som en representant for alle ansatte. Systemansvarlig A gir oss følgende eksempel:

...vi forutsetter på en måte at verneombudet skal ha kanaler inn til alle arbeidstakerne. Når vi sjekker ut det, så viser det seg at det ikke er tilfelle, det er ikke slik det fungerer.

Arbeidstilsynets representant har registrert at de ansattes inndeling i ulike yrkesgrupper har stor betydning for ivaretagelsen av HMS-ansvaret, også på ledernivå:

Det er kjent at det finnes en del kompetansestridigheter. De personene som var utnevnt til

å ha HMS-ansvaret, de var ikke i stand til å bruke sin myndighet og sitt mandat over alle gruppene. Det var grupper som distanserte seg fra disse personene. Avdelingssykepleierområdet har HMS-ansvaret på Sykehus A. De fikk det ikke til å fungere ovenfor legene.

I følge Personalsjef B er det heller ikke noen selvfølge at ledere på avdelingsnivå virkelig forsøker å ivareta det HMS-ansvaret de er pålagt. Det som interesserer helsepersonell er de faglige arbeidsoppgavene, ikke ledergjerningen:

Vi må få helsefolk til å være ledere når de søker på lederjobber, ikke bare for å få et par lønns-trinn... Et mål i det daglige er å ansvarliggjøre ledere og avdelingssykepleiere, poengtere at de også har ansvar for HMS. De vil helst være helsepersonell, ikke ledere.

Manglende kunnskaper om HMS på avdelingsledernivå medførte i tillegg, i følge de tre hovedverneombudene, at verneombudenes jobb ble vanskeligere enn nødvendig. De savnet et «mottakerapparatet» med kompetanse på ledersiden som kunne ha satt fart i HMS-arbeidet.

Også ledere i sykehusenes øverste ledelse ser behovet for aktive ledere. Direktør C er opptatt av at det daglige HMS-ansvaret må ligge i linjen, hos lederne på avdelingsnivå. Den øverste ledelsens oppgave blir å markere at det er et viktig område:

Det er jo lederne som er ute i systemet som på en måte må være motoren for det som skal skje ute i organisasjonen. Vi på vårt nivå må være dem som presser på og følger med.

Internkontroll av helse, miljø og sikkerhet må integreres i de systemene som allerede finnes for ledelse. Dette er en vesentlig forutsetning for at systematisk HMS-arbeid ikke skal bli liggende «utenpå» de øvrige arbeidsoppgavene. Alle aktiviteter som etableres på grunn av internkontroll skal i følge Systemansvarlig A integreres «der de hører hjemme», dvs. i linjen:

Vi så det som uhyre viktig at dette med verne-tjenesten eller HMS ikke ble en søyle ved siden av det normale arbeidsfeltet som lederen hadde. Det skulle bakes inn i lederne sitt arbeidsfelt som en naturlig del...

Ulike årsaker til skjev HMS-aktivitet

Fysisk-kjemiske miljøfaktorer har, i motsetning til psykososiale faktorer, et kvantitativt preg som gjør dem takknemlige å innpasse i et system som bygger på registrering av avvik fra etablerte standarder. Dette illustreres tydelig ved følgende kommentar fra Personalsjef A:

Det fysiske er veldig enkelt, i og med at det kan måles. Du kan måle lysforholdene på en arbeidsplass, du kan måle temperaturen og du kan måle hvorvidt det finnes gass i luften... Enten er det der og da må du gjøre noe, eller så er det ikke der, og da er det i orden. På det psykososiale område kan du ikke måle det på den samme måten. Der er det den individuelle følelsen av hvordan vi har det hos oss nå som gjelder, og den kan være like forskjellig som det antall personer som er på en arbeidsplass.

Systemansvarlig A bekrefter at det meste som kommer opp i handlingsplanene går på fysiske ting. 40 timerskurset i HMS ved sykehuset ble på anmodning fra de ansatte forsøkt vinklet mer over mot psykososialt arbeidsmiljø og den daværende arbeidsmiljølovens paragraf 12, og en dyktig psykolog ble engasjert som foredragsholder. Men resultatet ble ikke som forventet:

Det kom ikke så mye ut av dette med psykologen og paragraf 12. Det kokte liksom bort i kålen, det ble ikke noe aktivitet ut av det, det kom ikke opp noe i handlingsplanen som sa at vi måtte rette på noe. Men etter en stund begynte faktisk folk å etterspørre de fysiske tingene igjen.

For å ivareta det psykososiale arbeidsmiljøet må man derfor jobbe litt annerledes enn man gjør i forhold til fysiske faktorer. Sykehus A har i følge

Sjefssykepleier A forsøkt å rette oppmerksomheten mot psykososiale og organisatoriske forhold i forbindelse med ledersamlinger, og det har vært igangsatt organisasjons- og personalutviklingsprosesser for å bedre samarbeidsforholdene:

Men det her med mellommenneskelige relasjoner, det er ikke så konkret. Det er ting du må jobbe med mer i prosess, og det trenger mer tid, tror jeg. Litt mer refleksjon.

Gjennom våre intervjuer fikk vi imidlertid flere eksempler på at ledere jobbet aktivt med det psykososiale arbeidsmiljøet. Sosial støtte fra både avdelingsledelsen og kolleger, samt at avdelingsledelsen umiddelbart «tar tak i» begynnende konflikter, beskrives som viktige forutsetninger for et godt arbeidsmiljø. Denne typen lokal aktivitet kunne være ganske omfattende og ble av de ansatte oppfattet som mer «levende» enn det formelle, systematiske HMS-arbeidet. Et uttrykk som gikk igjen blant flere av våre informanter var:

Folk prøver å ta vare på hverandre.

Derimot manglet det ofte skriftlige rutiner og annen dokumentasjon, og informantene så ikke alltid selv noen forbindelse mellom dette «uformelle» HMS-arbeidet og det formelle HMS-arbeidet representert ved internkontrollsystemet.

Sykehusene påvirkes av krav «utenfra»

Sykehusene fikk sine økonomiske rammer fastsatt av sykehuseieren. Rammene ble opplevd som for lave, og sykehusene opparbeidet seg betydelige underskudd i forhold til de tildelte bevilgningene. Personalsjef A så den manglende HMS-satsningen som et resultat av de stadige kravene utenfra om nye nedskjæringer:

Hva som hemmer (HMS-arbeidet)? Det er at vi er en organisasjon som går mot et underskudd på 35–40 millioner. Vi får stadig pålegg om å anstrenge oss enda mer for å redusere det tallet.

Et moment som stresset flere av våre informanter var tilsynelatende «evigvarende» omorganiseringsprosesser. I tillegg til det som faktisk ble gjennomført, skapte stadige rykter om nedleggelse og omlegginger utrygghet blant de ansatte. Disse prosessene opplevde mange å ha liten innflytelse på, til tross for at de ble tillagt stor betydning for den enkeltes arbeidssituasjon. Opplevelsen av å ha liten innflytelse på viktige prosesser, virket heller ikke stimulerende på interessen for å arbeide med HMS-prosedyrer på avdelingsnivå.

En av informantene våre, avdelingssykepleieren på det største av de tre sykehusene, beskrev dette som en klar svakhet ved internkontroll som verktøy. Sykehuset hadde gjennomgått en rekke omorganiseringer med utgangspunkt i idéer og krav fremsatt av aktører utenfra, først og fremst omorganiseringer som hadde til hensikt å spare penger etter krav fra sykehuseieren. Overfor slike prosesser ble internkontroll oppfattet som et helt uegnet virkemiddel. Ytre forhold kunne ikke påvirkes av internkontroll. Det systematiske HMS-arbeidet rettet ifølge henne kun oppmerksomheten mot forhold i «det indre miljø», ikke mot «farer» utenfra. På vårt spørsmål om hvilke forhold som representerte de største påkjenningene for de ansatte på sykehuset, kom svaret uten betenkingstid:

Det er helt klart det som kommer utenfra som betyr mest.

Diskusjon

Mangel på tid, penger og kompetanse er de vanligste årsakene, når våre informanter selv skal forklare den manglende HMS-aktiviteten i sykehusene. Ledere og ansatte opplever å være under et betydelig arbeidspress innen behandling, pleie, økonomi og administrasjon, noe som bekreftes av både AFIs nullpunktundersøkelse (Grimsø og Sørensen 2004) og Arbeidstilsynets «God vakt»-kampanje (Arbeidstilsynet 2006). Arbeidstilsynet skriver i sin rapport at det er «et gjennomgående funn at mange ansatte opplever et misforhold mellom oppgaver de er satt til å løse og sin arbeidskapasitet». Som følge av det store arbeidspresset blir HMS-ansvaret nedprioritert. Dette er et viktig poeng.

I diskusjonen skal vi likevel ikke gå nærmere inn på den opplevde ubalansen mellom arbeidsoppgaver og ressurser i sykehusene, men drøfte funnene med utgangspunkt i egenskaper ved internkontroll som styringssystem og trekk ved sykehuset som profesjonell organisasjon.

Aktiviteten på HMS-området er i all hovedsak relativt lav, selv om den varierer både sykehusene i mellom og mellom ulike avdelinger ved samme sykehus. I tillegg synes aktiviteten å være begrenset til bestemte deler av HMS-området. I diskusjonen nedenfor vil vi omtale disse to funnene som «*lav aktivitet*» og «*skjev aktivitet*».

To trekk ved internkontroll som styringssystem ble tydelige i møtet med sykehuset som organisasjon. Internkontroll av HMS synes generelt å være mindre egnet som verktøy når det gjelder psykososiale faktorer i arbeidsmiljøet enn fysisk-kjemiske faktorer. Dessuten synes systemet å være konsentrert mot å fange opp og håndtere forhold som har sin årsak internt i organisasjonen, sammenliknet med forhold som skyldes krav fra omgivelsene.

Internkontroll som system i møte med fysisk-kjemiske og psykososiale forhold

En handlingsplan for arbeidsmiljøet i et sykehus bør omfatte både fysiske, kjemiske, biologiske, psykososiale og organisatoriske forhold. Vårt materiale viser derimot at det er det fysisk-kjemiske arbeidsmiljøet som får mest oppmerksomhet, mens det er få eller ingen tiltak i handlingsplanene som tar utgangspunkt i psykiske, sosiale eller organisatoriske forhold.

Faren for at fysisk-kjemiske problemstillinger i større grad enn psykososiale blir registrert, kan beskrives som en fare for overmåling (Etzioni 1984). Det er vanlig at noen sider ved en organisasjon er lettere å måle enn andre. Deler av vårt materiale tyder på at bruk av internkontroll som verktøy i seg selv kan bidra til å vri oppmerksomheten i mot de fysisk-kjemiske sidene ved arbeidsmiljøet – og at negative psykiske, sosiale eller organisatoriske faktorer i mindre grad enn behovet tilsier blir utgangspunkt for systematisk HMS-arbeid.

Det kan være flere mulige forklaringer på en slik skjevhet i HMS-aktiviteten. Den første er at

IK-systemet favoriserer den type informasjon som systemet er best egnet til å ta i mot. Internkontroll som metode passer best for å fange opp forhold i organisasjonen som kan telles og måles, dvs. som er kvantifiserbare. Fysisk-kjemiske forhold er relativt enkle å måle, gitt riktig opplæring og korrekt måleutstyr. Etter at målingen er foretatt, er det mulig å avgjøre om tilstedeværelsen av en faktor er større enn det som er akseptabelt og om det bør iverksettes tiltak. Dette kan lede til at kvantifiserbare forhold lettere fanges opp av systemet enn informasjon om psykososiale forhold. Denne skjevheten forplanter seg deretter videre inn i budsjetter og handlingsplaner.

En annen mulighet er at linjeledere vegrer seg for å gå inn i prosesser som oppleves som ubehagelige og arbeidskrevende. Fysisk-kjemiske faktorer er ikke så kompliserte å forholde seg til som psykososiale og organisatoriske forhold. Mangelfull belysning eller dårlig luftskifte er problemer som kan løses av utenforstående spesialister når økonomien tillater det, og forutsetter ingen større medvirkning fra de ansatte selv. Løsningen er vanligvis kjent og standardisert, og varierer ikke så mye fra organisasjon til organisasjon.

En tredje forklaring er at lederne ikke får nødvendig tilbakemelding fra sine underordnede om psykososiale forhold. Avviksrapportering innebærer at den som oppdager et forhold som oppfattes som et avvik, skal rapportere det til sine overordnede. Avviksmeldinger knyttet til fysiske forhold oppfattes som nøytrale beskjeder, en av informantene beskrev dem som rene «reparasjonsmeldinger.» Psykososiale og organisatoriske faktorer i arbeidsmiljøet har et annet preg. Det som en arbeidstaker oppfatter som truende, kan en annen oppleve som en stimulerende utfordring. Der hvor det foreligger en konflikt, er det ikke gitt at alle har samme oppfatning av hva som er problemet. For å oppnå en felles problemforståelse må partene være villige til å snakke med hverandre, det er ikke nok å overlate problemet til utenforstående reparatører. En av våre informanter bemerket i tilknytning til et av intervjuene at «man kan da ikke levere inn en avviksmelding på en kollega».

En fjerde måte å tolke materiale på, er å spørre seg om det først og fremst dreier seg om en «formell» skjevhet. Avspeiler fraværet av rutiner på det psykososiale området virkelig en reell skjevhet i det faktiske HMS-arbeidet i avdelingene, eller dreier det seg bare om mangler i den skriftlige dokumentasjonen? Intervjuene med de tre avdelingssykepleierne viser at de er oppmerksomme på betydningen av psykososiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer. Derimot synliggjøres ikke deres arbeidsinnsats på dette området i form av strategier og skriftlige rutiner. Arbeidet skjer uformelt, er personavhengig og sees ikke i sammenheng med det systematiske HMS-arbeidet. Våre intervjuer gir dessverre ikke et tilstrekkelig grunnlag for å si noe bestemt om omfanget og kvaliteten på den delen av HMS-arbeidet som ikke er dokumentert i internkontrollsystemet.

Internkontroll fokuserer på interne forhold, mens sykehuset er en åpen organisasjon

Internkontroll belyser i stor grad interne forhold i virksomheten, mens flere av våre informanter opplevde at de forholdene som var årsak til noen av de viktigste problemene hadde sin kilde utenfor det enkelte sykehus. Det var derfor ikke alltid like lett å se sammenhengen mellom løsningen på disse problemene og avdelingenes eget HMS-arbeid.

Systematisk HMS-arbeid har kanskje i for stor grad fokusert på virksomhetene i et lukket organisasjonsperspektiv (Scott 1987), i sin vektlegging av internkontroll eller «egenkontroll». Dersom vi i stedet ser på sykehusene i et åpent organisasjonsperspektiv, synliggjøres mange andre forhold som påvirker HMS-situasjonen. Det som skjer i et sykehus er avhengig av hva som skjer i omgivelsene. Endringer i politikk, økonomi, lovgivning, befolkningens sammensetning, sykелighet, tilgangen på helsepersonell og situasjonen i den kommunale helsetjenesten, er faktorer som påvirker arbeidssituasjonen i sykehusene.

I vår undersøkelse (Borgen og Lunde 2001) tok sykehuseier initiativ til økt oppmerksomhet om HMS i virksomhetene. Den samme sykehuseieren hadde også det økonomiske ansvaret. Store under-skudd over mange år medførte at sykehusene ble

utsatt for stadige krav om sparing og effektivisering av driften. Avdelinger og poster ble stengt eller slått sammen, for så å bli gjenåpnet eller delt igjen. Sparertiltak ble gjennomført ved hjelp av reduserte innkjøp av utstyr og materiell, samtidig som bemanningen ble strammet inn. Fylkeskommunen som sykehuseier viste i liten grad at den så sammenhengen mellom de stadige effektiviseringstiltakene og de arbeidsmiljøproblemene dette skapte. Det forventes av ledere i sykehusene at de skal integrere HMS i sin daglige ledelse. Det samme burde man kanskje også forvente av sykehuseieren, som de ansattes øverste arbeidsgiver?

Hvis de ansatte i sykehusene skal kunne leve med stadige endringer og usikkerhet, må HMS-arbeidet forholde seg til de utfordringene som følger av et åpent organisasjonsperspektiv. Når hovedårsakene til arbeidsmiljøproblemene i stor grad oppleves å befinne seg utenfor sykehusorganisasjonen, blir prinsippet om internkontroll utilstrekkelig. Sykehusene og avdelingene kan ikke bestemme eller lage rutiner for hvordan omgivelsene skal behandle dem. De ansatte føler behov for økt kontroll over de faktorene utenfor sykehuset som påvirker arbeidsmiljøet deres negativt. Det de savner er ikke internkontroll, men økt «eksternkontroll».

Et annet poeng er at HMS-arbeidet skal skje i et bredt samarbeid mellom arbeidsgiversiden og de ansatte. Begge parter har rett og plikt til å delta i arbeidet. Flere forskere har pekt på at selv om internkontroll setter verne- og miljøarbeidet i system, svekkes de ansattes opplevelse av medvirkning. HMS-arbeidet blir et ansvar for ledelsen og myndighetene, på et nivå som ligger utenfor de ansattes rekkevidde (Karlsen 2004).

Trekk ved sykehuset som profesjonell organisasjon

Innføring av internkontroll i sykehus kan betraktes som et møte mellom et nytt styringssystem og en etablert organisasjonskultur. Et slikt ståsted krever en utvidet forståelse av hva problemene er tuftet på, utover forklaringer knyttet til henholdsvis manglende ressurser i organisasjonen og bestemte trekk ved internkontroll som forebyggingsverktøy.

Her forklares lav og skjev HMS-aktivitet som et resultat av sykehusets organisasjonskultur.

Organisasjoner med en enkel hierarkisk styringsstruktur, med klare linjer for ledelse, hvor ingen er i tvil om hvem som er overordnet eller underordnet hverandre, betegnes i litteraturen som «maskinbyråkratier» (Jacobsen og Thorsvik 1997). Maskinbyråkratier kjennetegnes videre av standardiserte arbeidsoppgaver og ved at store deler av virksomheten styres og koordineres gjennom skriftlige regler og prosedyrer. Beslutningene tas på toppen og føres ned gjennom den hierarkisk strukturen, mens relevant informasjon strømmer den andre veien gjennom samme struktur. Internkontroll som system skulle derfor passe godt i slike organisasjoner, som ofte masseproduserer relativt enkle varer og tjenester.

I motsetning til maskinbyråkratier kjennetegnes profesjonelle organisasjoner (Jacobsen og Thorsvik 1997) av utstrakt delegering av beslutningsmyndighet og stor handlefrihet blant de ansatte, med utgangspunkt i deres profesjonelle kvalifikasjoner. Standardisert oppgaveløsning sikres gjennom strenge krav ved rekruttering, ikke ved utstrakt bruk av rutiner. Vårt utgangspunkt i den videre diskusjonen er derfor at det kan finnes trekk ved sykehuset som profesjonell organisasjon som vanskeliggjør iverksetting av systematisk HMS-arbeid, sammenliknet med maskinbyråkratier på samme størrelse. Vi skal se på tre slike forhold.

Det første punktet gjelder forholdet mellom den øverste administrative ledelsen og de helsefaglige ansatte. De profesjonelle har stor grad av autonomi og makt i organisasjonen vis-à-vis administrasjonen, mens makten sitter øverst i organisasjonen i maskinbyråkratier (Mintzberg 1989). Denne spesielle maktfordelingen, mellom virksomhetsnivå og administrasjon, gjør det vanskelig å få innsikt i virksomheten og å målrette den mot politiske prioriteringer. De helsefaglige ansattes oppmerksomhet og lojalitet går primært mot egne faglige idealer og den enkelte pasient, ikke mot sykehusledelsens mål, budsjett og planer. Avgjørelser tatt i den øverste administrative ledelsen må fremstå som relevante og legitime hos de fagansatte for å få tilslutning. Sett ovenfra blir de profesjonelle vanskelige å

styre gjennom administrative rutiner, også på helse, miljø og sikkerhetsområdet.

Dette resonnementet bringer oss videre til det andre poenget. Også når helsefaglig ansatte selv går inn i lederstillinger, forblir de primært helsepersonell. Identiteten påvirkes i liten grad. For en lege kan det være langt viktigere å være en faglig leder enn å utøve personaladministrasjon. Lojaliteten forblir hos faglige idealer og pasienter, mens sykehusledelsen helst hadde sett en sterkere forpliktelse mot målsettinger på alle de områdene hvor lederen har ansvar. Situasjonen blir ikke bedre ved at HMS-arbeidet heller ikke synes å ha andre «naturlige allierte» i sykehuset. De faglige ansatte finner det mer interessant å jobbe med faglig utvikling og kvalitetssikring innen behandling og pleie, mens de administrativt ansatte først og fremst retter oppmerksomheten mot økonomien. Heller ikke eierne og ledere høyere oppe i organisasjonen etterspør resultater på HMS-området. Disse er også primært opptatt av de økonomiske resultatene.

Det tredje viktige punktet er det spesielle forholdet mellom de ulike gruppene ansatte i organisasjonen. Torgersen (1972) mener at historien om profesjonene er historien om konfliktene mellom dem. Så lenge samhandlingen følger felles normer, og gruppene har klart adskilte arbeidsoppgaver og ansvarsområder, er det sannsynlig at samarbeidet går bra. Fra et slikt ståsted blir den skarpe arbeidsdelingen et verktøy for å kontrollere interessemotsetninger. Men det fremmer ikke åpenhet, smidighet og kontakt over profesjonsgrensene. Det kan skape «vegger mellom yrkesgruppene». Dette kan få flere uheldige følger for HMS-arbeidet. Den profesjonsbaserte organisasjonsstrukturen synes å vanskeliggjøre tradisjonell linjetenkning i sykehusene. De ansatte fremstår ikke som en samlet gruppe. Der hvor man har en HMS-ansvarlig leder som ikke oppfattes som en virkelig leder av alle yrkesgrupper, blir både kontaktflaten og legitimiteten noe begrenset. Vårt materiale viser at både systemansvarlige, hovedverneombud og representanter for Arbeidstilsynet har oppdaget at slike trekk er til stede ved noen av sykehusene. Verneombudsordningen er også organisert med utgangspunkt i den formelle organisasjonsstrukturen. Et verneombud

representerer hele personalet innefor sitt verneområde. Her ser vi at praksis ikke stemmer helt med idealene. Det er begrenset kontakt mellom yrkesgruppene, og et verneombud kan ha problemer med å finne legitimitet for at vedkommende representerer andre yrkesgrupper enn sin egen. Det samme er påvist i AFIs nullpunktsundersøkelse (Grimsmo og Sørensen 2004). En kompliserende faktor er at enkelte personalgrupper ikke bare har ett fast arbeidssted, men vandrer mellom ulike poster og avdelinger.

Avslutning

I vår undersøkelse fant vi at HMS-aktiviteten i sykehusene var både lav og skjev. Det er mange ulike faktorer som gjør det utfordrende å få til et aktivt HMS-arbeid. Disse vil fungere som barrierer dersom man ikke tar hensyn til dem. Vi har i denne artikkelen konsentrert oss om utfordringene som er knyttet til egenskaper ved internkontroll som metode og sykehuset som profesjonell organisasjon.

Vi har argumentert for at internkontroll passer bedre for fysisk-kjemiske problemstillinger enn for psykososiale og organisatoriske utfordringer. HMS-arbeidet blir «skjevt» når psykososiale eller organisatoriske forhold kun i liten grad fanges opp. Det betyr ikke nødvendigvis at ivaretagelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet i sykehusene er fullstendig fraværende, men at det foregår uformelt og mer tilfeldig. I tillegg retter internkontroll oppmerksomheten innover i organisasjonen, mens de ansatte først og fremst føler at arbeidsmiljøet påvirkes av faktorer utenfra, som de ikke kan kontrollere eller påvirke.

Sykehuset synes også å skille seg fra andre organisasjoner ved at det har mange ulike yrkesgrupper, samtidig som det er avgrenset kontakt mellom dem. Dette vanskeliggjør tradisjonell linjetenkning og motvirker kommunikasjon og informasjonsflyt mellom alle ansatte i samme verneområdet. Dermed vil både ledere på HMS-området og vernetjenesten i sykehusene stå overfor spesielle utfordringer.

Det kan synes som et paradoks at organisasjoner bestående av profesjonelle helsearbeidere ikke er kommet lengre i det arbeidet som skal ivareta

kollegers og egen helse. Helsepersonell er profesjonelle med lang utdanning som arbeider selvstendig på bakgrunn av sine kvalifikasjoner. Det faglige engasjementet synes å være så sterkt at andre arbeidsoppgaver nedprioriteres, noe som forsterkes av sterkt tidspres. Fag og pasienter har forrang, hensynet til egen og andre ansattes helse kan ikke konkurrere om oppmerksomheten, i alle fall ikke innenfor rammen av det organiserte HMS-arbeidet.

Litteratur

- Arbeidstilsynet (2006): *Prosjektrapport «God vakt! – Arbeidsmiljø i sykehus», Oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005*, Bodø: Arbeidstilsynet.
- Berg, O. (1987): *Medisinens logikk. Studier i medisinens sosiologi og politikk*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Borgen, P. C og B. Lunde (2001): *Problemet er å få systemet til å leve*, MPH 2001: 7, Göteborg: Nordiska Hälsovårdshögskolan.
- Busch, T., E. Johnsen, K. K. Klausen og J. O. Vanebo (red.) (2001): *Modernisering av offentlig sektor. New Public Management i praksis*, Oslo: Univesitetsforlaget.
- Etzioni, A. (1984): *Moderne organisasjoner*, Oslo: Tanum-Norli.
- FOR 1996-12-06 nr 1127: *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)*.
- Freidson, E. (2001): *Professionalism. The Third Logic*, Cambridge: Polity Press.
- Grimsmo, A. (1996). *Norsk arbeidsmiljø i en endringstid*, AFI-rapport 4/96. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Grimsmo, A og B. A. Sørensen (2004): *Null-punkt-undersøkelse i sykehus*, AFI-notat 8/04. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Ihlen, F. (1994): *Internkontroll i praksis*, Oslo: Bedriftsøkonomenes forlag.
- Jacobsen, D. I. og J. Thorsvik (1997): *Hvordan organisasjoner fungerer. Innføring i organisasjon og ledelse*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsen, J. E. (2004): *Ledelse av helse, miljø og sikkerhet*, Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. (1997): *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Lian, O. S. (2003): *Når helse blir en vare*, Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- LOV 2005-06-17 nr 62: *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven)*.
- Matthiesen, S. B. og T. O. Asbjørnsen (1986): *Forekomst av burnout ved et norsk sentralsykehus*, Hovedfagsoppgave i psykologi, Bergen: Universitetet i Bergen.
- Mintzberg, H. (1989): *Mintzberg on Management. Inside Our Strange World of Organizations*. New York: The Free Press.
- NOU (1987:10): *Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet*, Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- Nylehn, B. (1997): *Organisasjonsteori. Kritisk analyse av utvalgte emner*, Oslo: Kolle Forlag.
- Repstad, P. (1998): *Mellom nærhet og distanse*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Scott, W. R. (1987): *Organizations. Rational, Natural and Open systems*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall International Editions.
- St.prp. nr. 1 (2006–2007) *For budsjettåret 2007. Nasjonal helseplan 2007–2010*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Torgersen, U. (1972): *Profesjonssosiologi*, Oslo: Universitetsforlaget.
- Versshuren, R., B. de Groot og S. Nossent (1995) *Working Conditions in Hospitals in the European Union*, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union.

Artikkel II

Arbeidslivet som arena for folkehelsearbeid

Mål og midler i HMS-arbeidet¹

Per-Christian Borgen og Bente Vibecke Lunde

The workplace as an arena for public health. Means and ends in systematic health, environment and safety (HES)-activities

In this article we examine the content of systematic HES activities by means of public health theory. The analysis is based on three different perspectives in public health science: (1) the prevention perspective, (2) the health promotion perspective, and (3) the perspective of rehabilitation and inclusive working conditions. Based on the objectives and requirements of the Working Environment Act, we study how the various aspects of public health work are carried out as part of HES-activities, in which internal control mechanisms are being employed as an organizational tool.

Per-Christian Borgen
Høgskolelektor
Høgskolen i Bodø
E-post: Per.Christian.Borgen@hibo.no

Bente Vibecke Lunde
Stipendiat
Høgskolen i Bodø
E-post: Bente.Lunde@hibo.no

Artikkelen fokuserer på innholdet i det systematisk HMS-arbeidet sett i lys av tre ulike folkehelsevitenskapelige perspektiver: (1) det forebyggende, (2) det helsefremmende og (3) det rehabiliterende og inkluderende perspektivet. Med utgangspunkt i arbeidsmiljøloven studerer vi hvordan de tre ulike delperspektivene blir ivaretatt i HMS-arbeidet, hvor internkontroll benyttes som organisatorisk verktøy. Bruk av internkontroll synes å innsnevre innholdet i det praktiske HMS-arbeidet, slik at det domineres av forebyggende arbeid. Helsefremmende arbeid og rehabiliterende og inkluderende arbeid utgjør en mindre del av HMS-arbeidet enn det man kunne forvente med utgangspunkt i arbeidsmiljøloven, samtidig som HMS-arbeidet fragmenteres gjennom måten det er organisert på.

Introduksjon

I Norge er full sysselsetting et viktig politisk mål og arbeidslinjen en sentral strategi (St.meld. nr. 35 1994–95). Det er rettet mye oppmerksomhet mot tiltak som kan redusere sykefravær og medvirke til et inkluderende arbeidsliv (NOU 2000:27; Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006–2009). Et dilemma i dette reformarbeidet er at fokuset på det ordinære helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-arbeidet) i virksomhetene synes å få for lite oppmerksomhet (St.meld. nr. 9 2006–2007). I denne artikkelen setter vi HMS-arbeid på dagsorden, men ut fra et perspektiv som tidligere har vært lite i fokus. Vi betrakter HMS-arbeid fra et folkehelseperspektiv. På denne måten knyttes arbeidslivet som arena til folkehelsearbeid generelt, en sammenheng som er understreket både nasjonalt og internasjonalt (WHO 1987; St.meld. nr.16 2002–2003; St.meld. nr. 9 2006–2007).

Tidsskrift for velferdsforskning, Vol. 12, No. 4, 2009, side 249–260.
© 2009 Fagbokforlaget

Arbeid og arbeidsmiljø kan fremme god helse og livskvalitet ved å gi grunnlag for økonomisk trygghet, sosialt fellesskap og personlig vekst og utvikling (NOU 1992:20; NOU 2000:27). Del-takelse i arbeidslivet kan imidlertid også medføre risiko for sykdom, skade eller sosiale problemer. I tillegg er det et problem at personer med funksjonsnedsettelse ikke kommer inn på arbeidsmarkedet (Ot.prp.nr. 49 2004–2005).

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern med videre (arbeidsmiljøloven) stiller krav til et systematisk HMS-arbeid i virksomhetene. Forløperen til forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften) trådte i kraft i 1992 og med den introduseres internkontroll som virkemiddel. Hensikten var å få økt og mer systematisk HMS-aktivitet. Plikten til internkontroll gjaldt arbeidsmiljøloven (AML) og flere andre lover (Internkontrollforskriften § 2), men medførte ikke at virksomhetene fikk flere (eller nye) lover å forholde seg til. Det nye ved innføringen av internkontrollforskriften (IK-forskriften) lå i kravet til egenkontroll, det vil si at virksomhetene må dokumentere at de oppfyller lovverkets krav (NOU 1987:10). Tilsynsmyndighetene skulle nå kontrollere at virksomhetene virkelig hadde fastsatt og tatt i bruk rutiner på HMS-området.

HMS-arbeid er et omfattende ansvarsområde. IK-forskriften skal fremme et forbedringsarbeid i virksomhetene gjennom å stille krav om systematisk gjennomføring av tiltak på tre delområder: 1) arbeidsmiljø og sikkerhet, 2) forebygging av helse-skade eller miljøforstyrrelse fra produkter eller forbrukertjenester – og 3) vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall (IK-forskriften 1996). I artikkelen avgrensner vi oss til det første punktet om arbeidsmiljø og sikkerhet.

HMS-litteraturen har i stor grad hatt fokus på internkontroll av helse, miljø og sikkerhet (IK-HMS) som et styringssystem for arbeidsgiversiden og som et lovpålagt verktøy i det systematiske HMS-arbeidet (Karlsen 2004:90; Klepper 1997:45). Med utgangspunkt i folkehelsevitenskapelig tenkning kan imidlertid systematisk HMS-arbeid også betraktes som praktisk folkehelsearbeid med arbeids-

livet som arena. Vi har valgt det sistnevnte perspektivet.

Vi har to formål med denne artikkelen. For det første ønsker vi å redegjøre for folkehelsevitenskapelig tenkning som et normativt utgangspunkt for HMS-arbeidet i virksomhetene. Vi skal presentere tre folkehelsevitenskapelige delperspektiver, (1) det forebyggende, (2) det helsefremmende og (3) det rehabiliterende og inkluderende perspektivet.

For det andre ønsker vi å belyse forholdet mellom mål og midler i HMS-arbeidet. Vi skal studere hvordan de tre folkehelseperspektivene ivaretas når internkontroll av HMS brukes som virkemiddel. Kan bruk av internkontroll som verktøy ha utilsiktede konsekvenser for innholdet i HMS-arbeidet?

Artikkelen er metodisk basert på en kvalitativ studie av dokumenter. Vi har gitt disse tekstene status som kilder eller data for undersøkelsen (Reps-tad 2007:103). De valgte dokumentene er det sentrale regelverket for den arbeidsmiljørelaterte delen av HMS-arbeidet, det vil si arbeidsmiljøloven (AML) og Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (IK-forskriften). Vi gjør en innholdsanalyse av deler av AML og IK-forskriften i lys av folkehelsevitenskapelig teori. Vi ønsker også å se på dokumenter i et utvidet perspektiv, som noe mer enn kun beholdere for innhold (Prior 2003:3). Dokumenter er ikke bare produsert, men blir også konsumert, og forskere bør også være opptatt av hvordan dokumenter fungerer i konkrete sammenhenger. Dokumenter må alltid leses av noen, og lesing innebærer at innhold vil være situert heller enn fast (Prior 2003:4). Menning blir et relasjonelt fenomen, som skapes i interaksjon mellom mennesker, mellom mennesker og tekst, og mellom ulike tekster (Mik-Meyer og Järvinen 2005:10).

I tillegg til denne introduksjonsdelen består artikkelen av seks deler. Del to er en gjennomgang av hovedlinjene i folkehelsevitenskapelig tenkning, hvor vi presenterer tre ulike delperspektiver. I den tredje delen ser vi nærmere på i hvilken grad innholdet i arbeidsmiljøloven gjenspeiler bredden i den folkehelsevitenskapelige tenkningen, det vil si samtlige av de tre delperspektivene. Deretter be-

nyttes del fire til å presentere internkontroll (IK) som lovpålagt, organisatorisk verktøy i HMS-arbeidet, før vi i den femte delen ser nærmere på forholdet mellom folkehelsevitenskapelig tenkning (ideologi) og internkontroll som organisatoriske verktøy i det systematiske HMS-arbeidet. Her ser vi på hvordan de tre delperspektivene ivaretas i HMS-arbeidet, når det utformes i henhold til i IK-forskriften. I den sjettede delen tar vi for oss hvordan organisatoriske forhold kan medvirke til at det generelle HMS-arbeidet og arbeid rettet mot sykefravær og inkluderende arbeidsliv, ikke blir sett i sammenheng. Helt til slutt følger en kort avslutning.

I artikkelen redegjør vi for kompleksiteten som ligger i de tre folkehelsevitenskapelige delperspektivene. De tre perspektivene bygger på ulike forutsetninger som gjør at de ikke er så enkle å forene. Videre argumenterer vi for at alle de tre delperspektivene er ivarettatt i arbeidsmiljøloven, mens IK-forskriften kan fungere slik at den innsnevrer innholdet i HMS-arbeidet, slik at det i hovedsak begrenses til forebyggende arbeid. Samtidig kan det samlede HMS-arbeidet fragmenteres gjennom den måten arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv er organisert på. Ut fra disse forholdene argumenterer vi for at et bredt folkehelseperspektiv forutsetter et HMS-arbeid som i større grad tar utgangspunkt i helsefremmende arbeid, samt at det inkluderende og rehabiliterende arbeidet må være en del av det ordinære HMS-arbeidet.

Folkehelsearbeid – bred satsning mot store målgrupper

Folkehelsearbeid er definert som samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelsen, og skal styrke verdier som gir det enkelte individ og grupper muligheter for ansvar, delaktighet, solidaritet, mestring og kontroll over eget liv og situasjon (NOU 1998:18). Folkehelsearbeid bygger på at alle samfunnssektorer og forvaltningsnivåer, både på politisk, administrativt og faglig plan, føler et ansvar for å fremme folkehelsen. Konkrete tiltak skal planlegges og iverksettes sammen med dem som blir berørt.

Vi har avgrenset oss til de delene av det samlede folkehelsearbeidet som foregår i arbeidslivet,

innenfor rammen av HMS-arbeidet. Vi skal se nærmere på innholdet i henholdsvis det forebyggende perspektivet, det helsefremmende perspektivet og det vi har kalt det rehabiliterende og inkluderende perspektivet. Artikkelen vil derimot ikke omhandle helsevesenets rolle og ansvar for behandling, pleie og omsorg, som Mæland (2005:18) beskriver som de øvrige elementene i folkehelsearbeidet.

Det forebyggende perspektivet

Forebyggende arbeid retter seg mot å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til at sykdom, skade eller sosiale problemer oppstår (NOU 1991:10). Sykdomsforebyggende arbeid har tradisjonelt vært hovedstrategien innen det forebyggende helsearbeidet (Mæland 2005:14). Sykdomsforebyggende arbeid bygger på en reduksjonistisk sykdomsmodell (Berg 1987:35), hvor sykdom beskrives som dysfunksjoner på organnivå eller celle-nivå. På bakgrunn av medisinsk ekspertkunnskap om biologiske prosesser og de risikofaktorene som kan være årsak til en sykdom, arbeider man for å forhindre et sykdomsforløp. Helse blir forstått som fravær av sykdom, og sykdom forstås som et avvik fra sunnhetensnormen (Gjernes 2004:146).

Forebyggende arbeid er imidlertid et videre begrep enn sykdomsforebyggende arbeid. Det omfatter også skadeforebyggende arbeid, ulykkesforebyggende arbeid og forebygging av sosiale problemer (St.meld. nr. 37 1992–93). Også forebyggende arbeid innenfor disse områdene baserer seg på ekspertkunnskap, men ikke nødvendigvis på medisinsk kompetanse.

Det helsefremmende perspektivet

Helsefremmende arbeid kan defineres som tiltak som tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene til å mestre de utfordringer og belastninger en utsettes for i dagliglivet (St.meld. nr. 37 1992–93). Begrepet er knyttet til «Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid» (WHO 1987). Målet for det helsefremmende arbeidet er å bidra til at folks helse blir en positiv ressurs i hverdagslivet, slik at de kan nå sine mål og øke sin livskvalitet. Helsen fremmes ved at folk selv deltar aktivt i sosi-

ale prosesser som gir dem større kontroll over sitt eget liv. De berørte parter deltar i arbeidet gjennom selv å definere problemer og forslag til løsninger. Helsefremmende arbeid utnytter og mobiliserer eksisterende menneskelige ressurser og er ikke styrt av eksperter, profesjoner eller ledere.

Helsefremmende arbeid tilbyr en alternativ tenkemåte til det (sykdoms-)forebyggende arbeidet, som fokuser på sykdommens årsaker, risiko og sykdomsfremkallende forhold, på «patogenesen». Helsefremmende arbeid tar sikte på å styrke de faktorene som virker helsefremmende, de «salutogene» faktorene (Antonovsky 2000:24). For Antonovsky (2000:30) er den patogenetiske og den salutogenetiske tilnærmingen komplementære. God helse kan ikke bare forklares av fravær av risikofaktorer, men også ved nærvær av salutogene faktorer som er forskjellige fra risikofaktorene.

Det rehabiliterende og inkluderende perspektivet

I en folkehelsevitenskapelig sammenheng har rehabilitering særlig vært knyttet til begrepet tertiærforebyggende arbeid (NOU 1991:10), som tar utgangspunkt i mennesker som allerede har vært i en sykdoms- eller problemsituasjon. Tiltakene er rettet mot å vedlikeholde et funksjonsnivå, hindre forverring av allerede eksisterende problemer eller motarbeide at de blir kroniske eller får tilbakefall. Denne tilnærmingen til rehabiliteringsbegrepet har hovedfokus på patogenese og sykdom. Rehabilitering er en individuell prosess, hvor individet skal gjennomgå en forandring for å bli funksjonsdyktig og passe inn i samfunnet.

I de siste ti årene er fokuset flyttet fra egenskaper ved individet til samfunnsskapte barrierers betydning for om et individ med nedsatt funksjon får mulighet til å fungere på lik linje med andre (Oliver 1996; St.meld. nr. 21 1998–99; NOU 2001:22). Samfunnet må ta høyde for at det består av individer som er forskjellige. Samfunnets betydning for individets mulighet til å delta peker også i retning av å vektlegge salutogenetiske trekk sterkere. Både individ og samfunn får oppmerksomhet, samt relasjonen mellom dem. I Rehabiliteringsmeldingen (St.meld. nr. 21 1998–99) beskrives en helhetlig rehabiliteringspolitikk, hvor målet er å

fremme selvstendighet og deltakelse, og et verdig liv og like sjanser for mennesker med funksjonsproblemer eller kronisk sykdom. Innholdet i rehabiliteringsbegrepet har her flere felles trekk med innholdet i helsefremmende arbeid, blant annet fokus på livskvalitet, selvbestemmelse og deltakelse i samfunnet på like vilkår.

Bakgrunnen for begrepet «inkluderende arbeidsliv» finnes blant annet hos Sandmanutvalget (NOU 2000:27) som var bekymret for en utvikling hvor stadig flere støtes ut av arbeidslivet, og går over på langvarige trygdeordninger eller uførepensjon. Begrepet rommer imidlertid også hensynet til dem som står utenfor arbeidslivet, men som ønsker seg inn (Ot.prp. nr. 49 2004–2005). Terskelen for å komme inn i arbeidslivet må være lav og gi rom for flest mulig, samtidig som færrest mulig skyves ut. Det krever noe mer enn et individfokus på den enkelte arbeidstaker. Det innebærer at man er opp-tatt av å bygge ned barrierene og skape et arbeidsliv med plass til et mangfold av befolkningen.

Inkluderende arbeid er i stor grad blitt assosiert med «Intensjonsavtalen om inkluderende arbeidsliv» (IA-avtalen 2006–2009), som er inngått mellom partene i arbeidslivet og regjeringen. For perioden 2006–2009 er de overordnede målene å forebygge sykefravær, øke fokus på jobbnærvær og hindre utstøting fra arbeidslivet, samt å øke rekrutteringen til arbeidslivet av personer som ikke har et arbeidsforhold (Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006–2009). NAV (2008) beskriver arbeidsplassen som hovedarenaen for IA-arbeidet. Hovedaktørene er arbeidsgiver og arbeidstaker, mens NAV har fått i oppgave å bistå virksomhetene. Når en virksomhet signerer en frivillig samarbeidsavtale med NAV, blir de en IA-virksomhet.

Vår gjennomgang av de tre perspektivene innen folkehelsevitenskapelig tenkning, viser den kompleksiteten som finnes i det samlede folkehelseperspektivet. Flere hensyn skal ivaretas samtidig. De tre perspektivene kan betraktes som komplementære, men kan også fremstå som motstridende og konkurrere om oppmerksomheten. Tankegangen perspektivene tar utgangspunkt i, er ulik. Det forebyggende perspektivet bygger i stor grad på ek-

spertkunnskap om patogene faktorer og andre risikofaktorer, mens de to øvrige delperspektivene legger stor vekt på deltagelse og salutogene faktorer.

Bredden i folkehelseperspektivet opprettholdes i arbeidsmiljøloven

I denne delen av artikkelen skal vi se nærmere på i hvilken grad de tre folkehelseperspektivene kan gjenfinnes i arbeidsmiljøloven. Den gamle arbeidsmiljølovens § 12, Tilrettelegging av arbeidet, representerte noe nytt da den kom i 1977, gjennom å vektlegge det helsefremmende perspektivet på det psykososiale området, i tillegg til forebyggingsperspektivet. Loven la vekt på både vern og medvirkning («protection and participation») (Karlsen og Lindøe 2006). Innholdet i § 12 forbindes i Norge ofte med Thorsruds og Emerys «psykologiske jobbkrav» (Thorsrud og Emery 1970:19). Både den enkelte arbeidstaker og selvstyrte grupper av ansatte skulle gjennom medbestemmelse ved beslutninger og økt kontroll over arbeidsprosessen, få en mer meningsfull arbeidssituasjon.

Den nye arbeidsmiljøloven ivaretar etter vår vurdering hele bredden i folkehelsearbeidet. Lovteksten med virkning fra 2006 har styrket både det helsefremmende og det rehabiliterende og inkluderende arbeidets plass i loven, og begrepene «helsefremmende» og «inkluderende arbeidsliv» brukes eksplisitt for første gang. Samtidig legger loven fortsatt stor vekt på det forebyggende arbeidet.

Arbeidsmiljøloven er en forebyggende lov

Det forebyggende perspektivet fremgår tydelig av formålsparagrafen (AML § 1), som slår fast at målet er å sikre et arbeidsmiljø som gir full trygghet mot både fysiske og psykiske skadevirkninger. Videre fremgår det at arbeidsmiljøet skal være fullt forsvarlig ut fra både en enkeltvis og samlet vurdering av faktorer som kan innvirke på arbeidstakerens helse og velferd (AML § 4-1). Arbeidet skal organiseres og tilrettelegges slik at arbeidstakerne ikke utsettes for uheldige fysiske eller psykiske belastninger og slik at sikkerhetshensyn ivaretas. Arbeidsmiljøloven stiller krav til systematisk HMS-arbeid i forhold til både fysiske, kjemiske, biologis-

ke, psykososiale og organisatoriske faktorer (AML §§ 4-1, 4-2, 4-3, 4-4, 4-5 og 5-4).

Arbeidsmiljøloven er en helsefremmende lov

Arbeidsmiljøloven skal sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet, samt trygge ansettelsesvilkår og likebehandling i arbeidslivet. Arbeidsgivere og arbeidstakere skal selv ivareta og utvikle sitt eget arbeidsmiljø i virksomhetene, i samarbeid med arbeidslivets parter og med nødvendig veiledning og kontroll fra offentlig myndighet. Loven stiller også krav til tilrettelegging, medvirkning og utvikling (AML § 4-2). Den enkelte arbeidstaker skal gis mulighet for faglig og personlig utvikling gjennom arbeidet, og det skal gis mulighet til variasjon og for å se sammenheng mellom enkeltoppgaver. Videre vektlegges også hensynet til den enkeltes integritet og verdighet, mulighet for kontakt med andre arbeidstakere og vern mot vold, trusler, trakassering og annen utilbørlig opptreden (AML § 4-3).

Arbeidsmiljøloven er en lov om rehabiliterende og inkluderende arbeid

Den nye formålsparagrafen nevner også eksplisitt at loven har som formål å bidra til et inkluderende arbeidsliv, og videre heter det at loven skal legge til rette for tilpasninger i arbeidsforholdet knyttet til den enkelte arbeidstakers forutsetninger og livssituasjon. Kravene til rehabiliterende og inkluderende arbeid som en del av det samlede HMS-arbeidet, fremgår blant av § 3-1 og § 4-6. Arbeidsgiveren skal sørge for systematisk arbeid med både forebygging av sykefravær og oppfølging av sykemeldte. Hvis en arbeidstaker har fått redusert arbeidsevne som følge av sykdom eller ulykke, skal arbeidsgiveren iverksette tiltak for at vedkommende skal kunne fortsette i sitt vanlige arbeid eller få annet passende arbeid.

Lovens kapittel 13, «Vern mot diskriminering», handler også om rehabiliterende og inkluderende arbeid. Forbudet mot diskriminering retter seg mot diskriminering på grunn av politisk syn,

medlemskap i arbeidstakerorganisasjon, seksuell orientering, funksjonshemming eller alder, samt diskriminering av arbeidstakere som arbeider deltid eller er midlertidig ansatt. I § 13-5 er det presisert at arbeidsgiver så langt det er mulig skal iverksette nødvendige tiltak for at arbeidstakere med funksjonshemming skal kunne få eller beholde arbeid, utføre og ha fremgang i arbeidet og ha tilgang til opplæring og annen kompetanseutvikling.

Verdt å merke seg er at Arbeidsmiljøloven oppfatter dem som allerede er arbeidstakere i en virksomhet, mens den frivillige IA-avtalen også har som et overordnet nasjonalt mål å øke rekrutteringen til arbeidslivet av personer som ikke har et arbeidsforhold (Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006–2009). Begrepet inkluderende arbeidsliv har derfor et noe utvidet innhold i IA-avtalen sammenliknet med i AML.

Internkontroll er et lovpålagt verktøy i HMS-arbeidet

Internkontroll (IK) er et generelt kvalitetssikringsprinsipp som skal sikre og dokumentere at en aktivitet utøves i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift (Ihlen 1994:24). Innen systematisk HMS-arbeid er internkontroll definert som «systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen» (IK-forskriften 1996).

Dagens utgave av IK-forskriften trådte i kraft med virkning fra 1. januar 1997. Forskriften beskriver hvordan den enkelte virksomhet skal organisere sitt HMS-arbeid for å nå målene i HMS-lovgivningen, som er definert som AML og sju andre lover, samt forskrifter fastsatt i medhold av disse (IK-forskriften 1996). I artikkelen har vi avgrenset oss til den delen av IK-HMS som er relatert til krav i arbeidsmiljøloven, og som utgjør det første av de tre målområdene som er nevnt i innledningen, arbeidsmiljø og sikkerhet.

Hovedansvaret for HMS-arbeidet påligger arbeidsgiveren. HMS-ledelse skal utøves i linjen som en integrert del av det samlede lederansvaret (Klepper 1997:45). Forbedringsarbeidet kjennetegnes

av at virksomheten peker ut mål for arbeidet og deretter forsøker å bringe tilstanden i bedriften i samsvar med målsettingen. Dette kan skje gjennom utarbeidelse av skriftlige handlingsplaner, som beskriver målene i den kommende perioden og hvilke tiltak som skal gjennomføres for å nå dem. Dette er et kontinuerlig arbeid, som ansvarliggjør både arbeidsgiver og arbeidstaker. Deltakelse fra de ansattes side er en viktig del av HMS-arbeidet. Arbeidstakerne har både rett og plikt til å delta i det organiserte arbeidet for å skape et trygt arbeidsmiljø, inklusive utarbeidelsen av virksomhetens internkontrollsystem.

Det systematiske HMS-arbeidet skal dokumenteres gjennom en samlet skriftlig oversikt, et såkalt «internkontrollsystem» (IK-system). IK-systemet skal være kjent og tilgjengelig for alle ansatte. Virksomhetene må selv kontrollere at de oppfyller kravene i lovverket. Avvik fra standarder gitt i lov, forskrift eller bedriftens eget IK-system, skal meldes til overordnede. Skriftlig dokumentasjon på forholdet skal registreres i IK-systemet. På denne måten skal en bedrift lære av egne feil og erfaringer. Melding av avvik er en forutsetning for iverksetting av korrigerende tiltak. Arbeidsprosessen kan beskrives som en syklisk prosess eller en lukket styringsløyfe (Karlsen 2001:168).

IK-forskriftens § 5 beskriver krav til innholdet i HMS-arbeidet og hvilke deler av det som skal dokumenteres skriftlig. Utgangspunktet er at internkontrollen skal være tilpasset den enkelte virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse, og at den skal dokumenteres i den form og i det omfang som er nødvendig.

Et IK-system kan fungere både som et styringsystem som holder oppmerksomheten rettet mot de definerte HMS-målene, et dokumentasjonssystem som viser hvor langt man er kommet i HMS-arbeidet og et kontrollsystem på HMS-området, både for virksomheten selv og for tilsynsmyndighetene.

Gir internkontroll innsnevring av bredden i HMS-arbeidet?

Hva skjer med innholdet i HMS-arbeidet, ut fra et folkehelsevitenskapelig perspektiv, når internkon-

troll introduseres som verktøy? I utgangspunktet er det rimelig å betrakte IK-HMS som et nøytralt virkemiddel, som i følge forskriften skal sikre at virksomhetens aktiviteter på HMS-området er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av HMS-lovgivningen (IK-forskriften § 3). Vi burde altså kunne forvente at den bredden i folkehelsearbeidet som arbeidsmiljøloven legger opp til, opprettholdes.

I en tidligere undersøkelse fant vi at det faglige innholdet i HMS-arbeidet i hovedsak kan beskrives som forebyggende arbeid, spesielt rettet mot fysisk-kjemiske arbeidsmiljøfaktorer (Borgen og Lunde 2001; 2007). Hvis det eksisterer en slik skjevhet i HMS-arbeidet, finnes det trekk ved internkontroll som virkemiddel og utformingen av IK-forskriften, som kan forklare en slik innsnevring i forhold til den brede målsettingen i arbeidsmiljøloven? Vi vil her presentere tre forhold som kan ha betydning.

Bygger IK-forskriftens tankegang og arbeidsmetode på det forebyggende perspektivet?

Vi innleder med å ta utgangspunkt i tankegangen og arbeidsmetoden som kjennetegner internkontroll som verktøy. Kan det være slik at tenkningen internkontroll bygger på og den arbeidsmetoden som benyttes, styrker det forebyggende perspektivets plass i det samlede HMS-arbeidet, og i mindre grad ivaretar det helsefremmende perspektivet og det inkluderende og rehabiliterende perspektivet, som bygger på en annen tankegang?

Forebyggende arbeid handler om å fjerne, hindre eller stenge for faktorer som kan føre til sykdom, skade eller sosiale problemer. Internkontroll handler om å kartlegge årsaker til sykdom og andre risikofaktorer og iverksette tiltak for å redusere risiko. Den nære sammenhengen i tenkemåte mellom forebyggende arbeid og internkontroll, gjør det enkelt å arbeide forebyggende innenfor rammen av systematisk HMS-arbeid.

Dette gjelder spesielt forebyggende arbeid som retter seg mot fysiske, kjemiske og biologiske faktorer, som i motsetning til psykososiale faktorer har et kvantitativt preg som gjør dem lett målbare og takknemlige å innpasse i et system som bygger

på registrering av avvik fra etablerte standarder. Bruk av internkontroll som verktøy kan forsterke oppmerksomheten mot de arbeidsmiljøfaktorene som passer best til den tankegangen arbeidsmetoden bygger på, mens betydningen av andre forhold i arbeidsmiljøet tones ned og får mindre oppmerksomhet (Borgen og Lunde 2007).

Skaar (1994:43) mener at internkontrollreformen har i seg en spenning mellom to vidt forskjellige måter å tenke på. Som teknisk-administrativt styringssystem for effektiv måloppnåelse, bygger IK-HMS på ingeniørenes tankemåte. Avvik fra en standard skal rettes opp av korrigerende rutiner, og oppmerksomheten rettes i større grad mot verktøyet selv enn mot brukerne. Men IK-HMS bygger i følge Skaar også på arbeidsmiljølovens idégrunnlag. Her betraktes virksomheten som et sosialt system, hvor motivasjon, mobilisering av lokale ressurser, betydningen av læring og troen på lokale løsninger, står sentralt. Dette er begreper som er sentrale i det helsefremmende perspektivet.

Bjørnstad (2002) finner at HMS-arbeidet i for stor grad har bidratt til å rette oppmerksomheten mot det forebyggende arbeidet. Det legges for lite vekt på aktiviteter og strategier som kan fremme de ansattes totale helse, til tross for at både Arbeidsmiljøloven og IK-forskriften legger vekt på involvering av de ansatte og deres kunnskaper om hva som er viktig for eget arbeidsmiljø og egen helse. Thomassen (2006) skriver at IK-forskriften representerer en patogenetisk tilnærming, hvor fokuset ensidig rettes mot årsaker til sykdom og uhelse, det vil si risikofaktorer. Samtidig forsømmes den salutogene tilnærmingen, som retter fokus mot forhold som bidrar til å opprettholde og fremme helsen. Både Bjørnstad og Thomassen savner et tydeligere nærvær av det helsefremmende perspektivet i HMS-arbeidet.

Innskrenker IK-forskriftens dokumentasjonskrav innholdet i HMS-arbeidet?

Dokumentasjon er en viktig del av IK-HMS, og deler av HMS-arbeidet skal som nevnt dokumenteres skriftlig (IK-forskriften § 5). Dette gjelder blant annet virksomhetens HMS-mål og fordeling av arbeidsoppgaver, ansvar og myndighet på

HMS-området. Også forebyggende aktiviteter som å kartlegge og redusere farer og problemer, risikovurdering og iverksettelse av rutiner for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av HMS-krav, skal dokumenteres. Dessuten skal virksomheten dokumentere skriftlig hva man gjør for å sikre at IK-systemet fungerer som forutsatt.

Virksomheten skal også sørge for at de aktuelle delene av HMS-lovgivningen er tilgjengelig for de ansatte, at arbeidstakerne har tilstrekkelige kunnskaper og ferdigheter i HMS-arbeid, herunder informasjon om endringer, og for at arbeidstakerne medvirker slik at deres kunnskap og erfaring utnyttes. Virksomheten er imidlertid ikke pålagt å dokumentere dette skriftlig (IK-forskriften § 5). I dette avsnittet spør vi om IK-forskriftens dokumentasjonsplikt innskrenker innholdet i HMS-arbeidet.

I en tidligere undersøkelse (Borgen og Lunde 2001) så vi nærmere på strategi og praksis i det systematiske HMS-arbeidet ved tre somatiske sykehus i Nordland. En gjennomgang av deler av sykehuseierens overordnede IK-system og de tre sykehuses egne IK-systemer, viste at målene som var fastsatt for HMS i hovedsak la vekt på forebygging av fysiske og psykiske belastninger, ulykker, forurensning, miljøforstyrrelser og skader forårsaket av produkter og forbrukertjenester. De tre sykehuse-ene hadde alle valgt å definere egne HMS-mål som lå nært opp mot IK-forskriftens formålsparagraf. I sine strategier og overordnede handlingsplaner hadde sykehusene valgt ut de delene av IK-forskriftens § 5 som er underlagt dokumentasjonsplikt, og lagt seg svært nær de formuleringene forskriften benytter. Det helsefremmende perspektivet, med vekt på personlig utvikling, læring, medvirkning og andre salutogene faktorer, var vanskelig å få øye på.

Vi vet ikke hvor styrende mål og strategier på institusjonsnivå eller bestemte dokumentasjonskrav er for innholdet i det praktiske HMS-arbeidet. Men når de delene av en paragraf som skal dokumenteres blir svært sentrale for mål og strategier, mens de delene av samme paragraf som ikke må dokumenteres nesten ikke blir nevnt, er det nærliggende å spørre seg om de forholdene som skal dokumenteres kan bli oppfattet som viktigst, og prio-

ritert på bekostning av det som ikke skal dokumenteres. En slik praksis kan svekke både de ansattes mulighet til å medvirke og kvaliteten på virksomhetens HMS-arbeid.

Det er også en fare for at IK-forskriftens dokumentasjonskrav kan bidra til at for mye oppmerksomhet konsentreres mot arbeidet med dokumentasjon, sertifisering og selve IK-systemet, på bekostning av det praktiske HMS-arbeidet ute i virksomheten. Dette kan skje hvis det legges for mye vekt på å utarbeide omfattende systemer for IK-HMS, kvalitetssikring og andre strukturelle pålegg, og for lite vekt på lederskap som kan skape felles kultur og verdier, ansvarsfølelse, motivasjon og mestring. Lars G. Wessel Johnsen kaller dette en ubalanse mellom struktur og kultur (Johnsen 2005:102). Andre har pekt på at selv om internkontroll setter verne- og miljøarbeidet i system, kan det likevel svekke de ansattes opplevelse av medvirkning, som er en viktig dimensjon ved både helsefremmende, rehabiliterende og inkluderende arbeid. Det kan utvikle seg en profesjonalisering eller ekspertstyring av HMS-arbeidet i virksomhetene. HMS blir et ansvar for ledelsen og myndighetene, på et nivå som ligger utenfor de ansattes rekkevidde (Karlsen 2004:108).

Hvis dette er riktig, vil det favorisere internkontroll som styringsprinsipp ovenfra på bekostning av deltakelse nedenfra, og derved svekke den bedriftsdemokratiske dimensjonen som ligger i medvirkning. Lindøe (1997:17) skriver at det er viktig at de ansattes erfaringer og kunnskaper tas i bruk, inklusive den «tause kunnskapen» som er opparbeidet gjennom praktisk erfaring, og som derfor ikke kan erstattes av verken ledelsen eller innleide eksperter. De ansatte skal være en konstruktiv, men kritisk deltager i HMS-arbeidet. En slik forståelse av deltakelse og medvirkning, synes å ligge nært de tankene som vi tidligere har beskrevet som sentrale innenfor både helsefremmende og rehabiliterende og inkluderende arbeid.

Bjørnstad (2002) mener at troen på at eksperter utenfra er de som skal foreskrive de riktige løsningene, er erstattet med en erkjennelse av at de ansatte må involveres i planleggings- og strategiprosesser. Dette er det sentrale i tenkningen rundt

«helsefremmende arbeidsplasser», slik den beskrives i Luxemburg-deklarasjonen av 1997 (ENW-HP 1997). Den norske oppfølgingen av denne deklarasjonen førte frem til Lillestrøm-erklæringen av 2002 (Statens arbeidsmiljøinstitutt 2002), hvor partene i arbeidslivet og myndighetene (blant annet LO, NHO, Arbeids- og administrasjonsdepartementet og Helsedepartementet) vedtok en erklæring som fremhever at:

Helsefremmende arbeidsplasser skapes når arbeidsplasser åpner opp for og imøtekommer den enkeltes behov, ressurser og potensial, og kan utvikles gjennom deltakerstyrte prosesser.

En innarbeiding av tenkningen i Lillestrøm-erklæringen i IK-forskriften, kunne ha styrket både det helsefremmende og det inkluderende og rehabiliterende perspektivets plass i HMS-arbeidet.

Leder IK-forskriftens språk oppmerksomheten mot det forebyggende perspektivet?

Vi har tidligere lagt vekt på at både tankegangen som kjennetegner internkontroll og IK-forskriftens dokumentasjonskrav, kan bidra til å rette oppmerksomheten mot forebyggende arbeid. Men kan det også tenkes at selve språket som benyttes i IK-forskriften, styrer HMS-arbeidet i samme retning? Har internkontrollterminologien et preg som leder oppmerksomheten mot forebyggende arbeid?

I IK-forskriftens formålsparagraf benyttes begreper som sikkerhet, forebygging og vern, og i de påfølgende paragrafene legges det vekt på farer, problemer, risiko, overtredelser av krav og systematisk overvåkning. Dette er begreper som benyttes innenfor forebyggende arbeid. Selv om forskriften også inneholder et begrep som medvirkning og sier at de ansattes kunnskap og erfaring skal utnyttes i HMS-arbeidet, er det færre begreper som peker mot helsefremmende, rehabiliterende og inkluderende arbeid enn mot det forebyggende perspektivet.

Solveig Skaar skrev allerede i 1994 at store og ressurssterke virksomheter med risiko- og skadeproblematikk var kommet lengst i sitt HMS-ar-

beid. I mange virksomheter med HMS-problematikk av mer organisatorisk art, som høy arbeidsbelastning og manglende læringsmuligheter, ble ikke slike forhold ansett for å ha noe med HMS å gjøre (Skaar 1994). Språk og tradisjon dreier oppmerksomheten mot forebygging av sykdom og skader. Arbeidsmiljøarbeidet har tradisjonelt blitt omtalt som «vernearbeid». Arbeidstakerne skulle vernes mot sykdom, eksponering for farlige stoffer og andre uheldige belastninger, det vil si vernes mot risikofaktorer. Tørvatn, Forseth og Andersen (2007:3) skriver, i en rapport om verneombudets funksjon i virksomhetene, at «vern» er noe mange i dag kanskje ikke føler at de har behov for. Begrepet gir assosiasjoner til verneutstyr, og i mindre grad til vern mot f.eks. uheldige omstillingsprosesser.

Karlsen (2004:88) skriver at de store endringene i arbeidslivet har gjort psykososiale problemer og fravær til dagens store utfordringer, og at internkontrollregimet må brukes der gevinsten er størst. Karlsen spør hvorfor man ikke har like klare ambisjoner om å kvalitetssikre den psykososiale delen som den fysiske delen av arbeidsmiljøet, og etterlyser en mer innovativ bruk av internkontroll.

Medfører IA-avtalen organisatorisk fragmentering av HMS-arbeidet?

Vi har tidligere vist at HMS-arbeidet bør omfatte både det helsefremmende, det forebyggende og det rehabiliterende og inkluderende perspektivet for å ivareta arbeidsmiljølovens intensjoner om et helhetlig folkehelsearbeid i arbeidslivet. En slik helhetlig tenkning forutsetter organisatoriske løsninger som understøtter og fremmer dette i praktisk HMS-arbeid. I dette avsnittet stiller vi spørsmål om de aktuelle virkemidlene understøtter en slik helhetlig tenkning.

Sykefraværet i det norske arbeidslivet koster mye penger og får mye oppmerksomhet, både fra politiske myndigheter, arbeidsgivere og fagbevegelse. IA-avtalen kan betraktes som et nyttig virkemiddel, som kommer i tillegg til IK-forskriften. Økt fokus på det rehabiliterende og inkluderende arbeidet kan styrke HMS-arbeidet, spesielt dersom sammenhengen mellom den frivillige, tidsavgrensede IA-avtalen og det lovpålagte, kon-

tinuerlige HMS-arbeidet i virksomhetene tydeliggjøres.

Det er imidlertid tegn som tyder på at IA-avtalen også kan svekke oppmerksomhet som rettes mot det ordinære HMS-arbeidet, og gjøre rehabiliterende og inkluderende arbeid til noe som foregår på siden av HMS-arbeidet. Det inkluderende arbeidet regnes som så viktig at det gjennom IA-avtalen nærmest fremstår som et eget arbeidsområde. Å være en IA-bedrift er knyttet opp mot goder i form av tilskudd og veiledning, uten at det er koblet til det ordinære HMS-arbeidet. Faren er at samarbeidet mellom NAV og virksomhetene får en form der IA-arbeidet blir til en egen oppgave som ikke ses i sammenheng med det faste HMS-arbeidet. Dersom HMS-arbeidet stykkes opp og dekobles organisatorisk, kan det representere en svekkelse av både statusen og slagkraften til det samlede HMS-arbeidet. Hvis dette er tilfelle, kan man si at IA-avtalen har en uønsket effekt ved å virke fragmenterende.

Torvatn mfl. (2007:9) gir et eksempel på en slik fragmentering av det lokale arbeidsmiljøarbeidet. Deres analyse av sentrale dokumenter og aktiviteter viser at verneombudet ikke har noen klare oppgaver i IA-arbeidet, til tross for at dette burde være en naturlig del av verneombudets rolle. Derved svekkes verneombudets posisjon. Torvatn og medforfattere understreker imidlertid at de kjenner til gode lokale løsninger som trekker verneombudene inn i IA-arbeidet, men at det neppe har vært gunstig at de sentrale aktørene har dreid oppmerksomheten vekk fra de tradisjonelle verneombudsoppgavene.

Avslutning

Temaet for denne artikkelen har vært folkehelsearbeid med arbeidslivet som arena. Vi har sett nærmere på innholdet i det systematiske HMS-arbeidet i et folkehelsevitenskapelig perspektiv. Vi har benyttet tre ulike delperspektiver, henholdsvis det forebyggende, det helsefremmende og det rehabiliterende og inkluderende perspektivet, som utgangspunkt for analysen. Vi har tatt utgangspunkt i de mål og krav til iverksetting av et aktivt HMS-arbeid som fremgår av dagens arbeidsmiljølov, og

hvordan disse ivaretas i praktisk HMS-arbeid med utgangspunkt i IK-forskriften.

IK-forskriften synes å favorisere det forebyggende perspektivet. Dette representerer en *inn-snevring* i forhold til arbeidsmiljølovens bredere tilnærming. Valget av internkontroll som verktøy i HMS-arbeidet kan fungere som et «filter» som bare slipper i gjennom deler av arbeidsmiljølovens krav og intensjoner. Artikkelen skal imidlertid ikke leses slik at det forebyggende arbeidet ikke er viktig.

IK-forskriften er ikke det eneste virkemiddelet i HMS-arbeidet. Gjennom intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv, har myndighetene og partene i arbeidslivet forpliktet seg til å arbeide systematisk på det området vi i denne artikkelen har kalt rehabiliterende og inkluderende arbeid. De samme partene har gjennom å slutte seg til Lillestrøm-erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser, også erklært at de ønsker å arbeide i tråd med idealene innenfor det helsefremmende perspektivet. IA-avtalen og erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser kan sies å representere viktige og nødvendige supplement til IK-forskriften. Med utgangspunkt i arbeidsmiljølovens mål og krav til arbeidsmiljødelen av det systematiske HMS-arbeidet, kan imidlertid bruken av så ulike virkemidler for å nå målene i lovgivningen beskrives som en *fragmentering* av HMS-arbeidet.

Dagens utgave av IK-forskriften trådte i kraft i 1997, og er følgelig vesentlig eldre enn den nåværende arbeidsmiljøloven. I den nye arbeidsmiljøloven er det helsefremmende og det rehabiliterende og inkluderende perspektivet styrket. For å oppfylle lovens intensjoner må disse perspektivene også styrkes i det systematiske HMS-arbeidet. Internkontrollforskriften er her av stor betydning.

Med henvisning til den nye arbeidsmiljølovens presisering av at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende, spør Thomassen (2006) om ikke også IK-forskriften bør revideres, slik at det helsefremmende perspektivet bringes inn i forskriften. En slik revidering bør etter vår mening også ha som ambisjon å tydeliggjøre myndighetenes krav til rehabiliterende og inkluderende arbeid i IK-forskrif-

ten, slik også denne delen av folkehelsearbeidet er blitt tydeliggjort i arbeidsmiljøloven.

HMS-tenkningen hviler på tre ulike folkehelseperspektiver som hver på sin måte stiller krav til det praktiske HMS-arbeidet. Det gjør det krevende å få til et HMS-arbeid som ivaretar hele bredden. De som skal arbeide med dette må være i stand til å håndtere tre ulike tilnærminger samtidig, både tankemessig og organisatorisk. Dette er en svært ambisiøs målsetting og en krevende utfordring for virksomhetene.

Litteratur

- Antonovsky, A. (2000): *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag.
- Berg, O. (1987): *Medisinens logikk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Bjørnstad, O. (2002): «Helsefremmende arbeidsplasser». *Idébanken for sykefraversarbeidet*. Ark nr. 53. Oslo: Tiden Norsk Forlag AS.
- Borgen, P.C. og B.V. Lunde (2001): *Problemet er å få systemet til å leve*. MPH 2001: 7, Göteborg: Nordiska Hälsövärdshögskolan.
- Borgen, P.C. og B.V. Lunde (2007): Sykehus er en meget spesiell opplevelse. Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10(4):234–245.
- ENWHP (1997): *Luxembourg Declaration on Workplace Health Promotion in the European Union*. Lesedato 01.05.08: www.enwhp.org/index.php?id=29
- FOR 1996–12–06 nr. 1127: *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter* (Internkontrollforskriften/IK-forskriften).
- Gjernes, T. (2004): Helsemodeller og forebyggende helsearbeid. *Sosiologisk tidsskrift*, 12(2):143–165.
- Ihlen, F. (1994): *Internkontroll i praksis*. Oslo: Bedriftsøkonomenes forlag.
- Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006–2009*. Lesedato 02.06.08: <http://www.nav.no/1073747561.cms> (IA-avtalen).
- Johnsen, L.G.W. (2005): *Balansert risikostyring*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karlsen, J.E. (2001): *Metoder for HMS-regulering*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Karlsen, J.E. (2004): *Ledelse av helse, miljø og sikkerhet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsen, J.E. og P.H. Lindøe (2006): «The Nordic OSH model at a turning point?» *Policy and Practice in Health and Safety*, 4(1):17–30.
- Klepper, J. (1997): *Internkontrollhåndboken*. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.
- Lindøe, P.H. (1997): *Medvirkning til kvalitetsforbedring*. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.
- LOV 2005–06–17 nr. 62: *Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* (Arbeidsmiljøloven/AML).
- Mik-Meyer, N. og M. Järvinen (2005): Indledning: Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv, i Järvinen, M. og N. Mik-Meyer (red.), *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*, København: Hans Reitzels forlag.
- Mæland, J.G. (2005): *Forebyggende helsearbeid*. 2. utgave, Oslo: Universitetsforlaget.
- NAV (2008): *Hva er IA?* Lesedato 12.05.08: www.nav.no/page?id=307
- NOU 1987:10 *Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- NOU 1991:10 *Flere gode levekår for alle. Forebyggingsstrategier*. Oslo: Sosialdepartementet.
- NOU 1992:20 *Det gode arbeidsmiljø er lønnsomt for alle. Innstilling fra Arbeidsmiljølovutvalget*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- NOU 1998:18 *Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOU 2000:27 *Sykefravær og uførepensjonering. Et inkluderende arbeidsliv*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.
- NOU 2001:22 *Fra bruker til borger*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Oliver, M. (1996): *Understanding disability*. New York: Palgrave.
- Ot.prp.nr. 49 (2004–2005): *Om lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.* Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet, 2005.
- Prior, L. (2003): *Using Documents in Social Research*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE Publications.
- Repstad, P. (2007): *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaar, S. (red.) (1994): *Internkontroll? ørkenvandring eller veien til det forfjettede land?* Trondheim: SINTEF IFIM.

- Statens arbeidsmiljøinstitutt (2002): *Lillestrøm-erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser*. Lesedato 01.05.08: www.stamiweber.no/hefa/Lille_erklar.htm
- St.meld. nr. 37 (1992–93): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid*. Oslo: Sosialdepartementet, 1993.
- St.meld. nr. 35 (1994–95): *Velferdsmeldingen*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1995.
- St.meld. nr. 21 (1998–99): *Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet, 1998.
- St.meld. nr. 16 (2002–2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2003.
- St.meld. nr. 9 (2006–2007): *Arbeid, velferd og inkludering*. Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2006.
- Thomassen, O.J. (2006): Hvordan skape et helsefremmende arbeidsmiljø? *Arbeidervern* (Arbeidstilsynets fagblad). Lesedato 02.06.08. www.arbeidstilsynet.no/c26985/artikkel/vis.html?tid=29343
- Thorsrud, E. og F. Emery (1970): *Mot en ny bedriftsorganisasjon*. Oslo: Tanum.
- Torvatn, H., U. Forseth og T.K. Andersen (2007): *Partner for arbeidsmiljø – det norske verneombudets rolle og funksjon*. Sammendrag av rapport. SINTEF Teknologi og samfunn.
- WHO (1987): *Ottawa-charteret om helsefremmende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet.

Note

- 1) Forfatterne ønsker å takke professor Ståle Seierstad for nyttige kommentarer og støtte i arbeidet med artikkelen.

Artikkel III

«En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene». Systematisk HMS-arbeid i sykehus som translasjonsprosess

Per-Christian Borgen
Universitetet i Nordland

Norske virksomheter er pålagt å arbeide systematisk med helse, miljø og sikkerhet (HMS). Arbeidsgiveren har hovedansvaret, men HMS-arbeidet skal gjennomføres i samarbeid med arbeidstakerne. I en tidligere studie foretatt ved tre sykehus i Nordland, var ett av hovedfunnene at HMS-aktiviteten var svært lav. I denne artikkelen vender jeg tilbake til det empiriske materialet og benytter Callons translasjonsmodell til å gi en beskrivelse av samspillet mellom aktørene. Internkontroll av HMS betraktes som en ny type teknologi, som er utgangspunkt for en translasjon når den introduseres i sykehusene. Translasjonsprosessen har som mål å resultere i dannelsen av et aktør-nettverk som kan spre den nye teknologien. Konkurransen fra andre aktør-nettverk synes å være en av årsakene til at translasjonen ikke blir vellykket.

Nøkkelord: Helse, miljø og sikkerhet, internkontroll, sykehus, Callon, translasjon

«One of my duties is actually selling the ideas». Systematic HES Activities in hospitals as a translation process

Norwegian enterprises are obligated to work systematically with Health, Environmental and Safety (HES) activities. Although the employer is primarily responsible, HES activities must be implemented in collaboration with employees. In a previous empirical study conducted at three hospitals in Nordland County (Norway), one of the main findings was that HES activity was inadequate. In this article, I return to the empirical material of the former study using Callon's concept of «translation» to describe the interaction between the different actors. This description is then used to explain why HES activities are frustrated.

Keywords: systematic health, environmental and safety (hes) activities, internal control, hospitals, Callon, translation

Innføringen av *Forskrift om internkontroll* i 1992 er sammen med *Arbeidsmiljøloven* av 1977 og *Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv* (IA-avtalen) av 2001, blitt beskrevet som de tre store reformene i norsk arbeidsliv i nyere tid (Torvatn m.fl., 2007). Med forløperen til dagens *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter* (Internkontrollforskriften), ble internkontroll (IK) introdusert som et lovpålagt virkemiddel i arbeidsmiljøarbeidet. Hensikten var å få mer systematisk egenaktivitet på området helse, miljø og sikkerhet (HMS). Plikten til IK medførte imidlertid ikke at virksomhetene fikk flere (eller nye) lover å forholde seg til. Det nye ved innføringen av intern-

kontrollforskriften (IK-forskriften) lå i kravet om at virksomhetene selv må dokumentere at de oppfyller alle krav i lovverket (Kommunal- og arbeidsdepartementet, 1987). Tilsynsmyndighetene skulle nå kontrollere at virksomhetene virkelig hadde utviklet og tatt i bruk systemer og rutiner på HMS-området.

HMS-lovgivningen (IK-forskriften § 2), som arbeidsmiljøloven (AML) er en del av, stiller krav om et systematisk arbeid i virksomhetene for å skape et trygt og godt arbeidsmiljø for alle ansatte. Det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-arbeidet) skal både fremme de ansattes fysiske, psykiske og sosiale helse, og forebygge sykdom, skader og sosiale problemer. Inkluderende arbeid, bl.a. for ansatte som er sykemeldte, er også en viktig del av HMS-arbeidet (Borgen og Lunde, 2009). Arbeidsgiveren har hovedansvaret for å innføre og utøve systematisk HMS-arbeid i virksomheten (AML § 3-1), og HMS-arbeidet skal utøves i linjen som en integrert del av det samlede lederansvaret. Dette skal gjøres i samarbeid med arbeidstakerne, som både har rett og plikt til å medvirke i det systematiske HMS-arbeidet (AML § 2-3). I denne artikkelen rettes søkelyset mot hvordan internkontroll av helse, miljø og sikkerhet (IK-HMS) utøves – eller ikke utøves – når arbeidsplassen er et sykehus.

Ansatte i europeiske sykehus kan være utsatt for en rekke ulike arbeidsmiljøfaktorer (Vershuren m.fl., 1995). Blant de viktigste risikofaktorene i arbeidsmiljøet finnes både fysiske, kjemiske og biologiske faktorer, som tunge og ensidige belastninger, risiko for skader og ulykker, kjemiske substanser og biologiske smittestoffer. Også uheldige organisatoriske, psykiske og sosiale arbeidsmiljøfaktorer, som tidspress, uregelmessig arbeidstid, konflikter med andre ansatte og relasjoner til alvorlig syke og døende mennesker, beskrives blant de viktigste risikofaktorene for ansatte i sykehus. Driften innebærer også døgnbasert turnusarbeid for mange. Alle disse forholdene kan medføre helsefare og indikerer behov for et systematisk HMS-arbeid. Det er derfor viktig at også ledere og ansatte i sykehus gjør HMS-arbeid til en integrert del av sin praksis.

I en kvalitativ undersøkelse foretatt ved tre somatiske sykehus i Nordland (Borgen og Lunde, 2007, 2001), var ett av hovedfunnene at det var vanskelig å få til et aktivt og «levende» HMS-arbeid, til tross for at det var etablert systemer som beskrev organisering, ansvar og arbeidsfordeling. Den faktiske HMS-aktiviteten var ofte svært lav og varierte betydelig, både sykehusene imellom og mellom ulike avdelinger ved samme sykehus. Den vanligste forklaringen blant informantene på den lave HMS-aktiviteten var stort tidspress, stramme økonomiske rammer, knapphet på personell og manglende HMS-kompetanse blant linjeledere med HMS-ansvar. Det er likevel et paradoks at organisasjoner bestående av profesjonelle helsearbeidere ikke var kommet lenger i det arbeidet som skulle ivareta deres

egen og deres kollegers helse. Mange av de ansatte er høyt utdannede spesialister innen helse og sykdom, med stor påvirkning på organiseringen av eget arbeid. Ledere og ansatte i sykehus skulle i utgangspunktet ha svært gode forutsetninger for HMS-arbeid.

I denne artikkelen, som jeg bygger på det empiriske materialet fra den tidligere studien som er beskrevet ovenfor, skal jeg benytte begrepet «translasjon» for å tilnærme meg spørsmålet om hvorfor HMS-arbeidet i sykehusene stopper opp. Jeg skal ta utgangspunkt i Michel Callons translasjonsmodell, slik den fremstilles i hans berømte artikkel om kamskjell, fiskere og forskere (Callon, 2001). Translasjonsbegrepet fremstår som spesielt relevant, ettersom jeg skal betrakte IK-HMS som en ny type teknologi som introduseres i virksomhetene. IK-HMS er utgangspunkt for en translasjonsprosess eller «oversettelse», hvor det blir forsøkt bygget opp et nettverk av lojale aktører for å spre den nye teknologien i sykehusene. Vi vet lite om systematisk HMS-arbeid i sykehus generelt, og det synes ikke å ha vært foretatt andre studier som benytter translasjonsbegrepet for å beskrive innføring og utøvelse av IK-HMS i sykehus.

Det kan tenkes flere mulige forklaringer på den lave HMS-aktiviteten. En antagelse er at den skyldes de årsakene som oftest ble nevnt av informantene, dvs. knappe ressurser og mangelfull HMS-kompetanse blant ledere med HMS-ansvar. En annen mulighet kan være at HMS-arbeidet har stoppet opp fordi arbeidsgiversiden og arbeidstakerne ikke klarer å samarbeide om HMS, selv om lovgivningen krever det. En tredje mulig forklaring er at arbeidsgiversiden ikke har prioritert dette arbeidet, sammenliknet med sykehusenes mål på andre områder, som økonomiske resultatmål og produksjonsmål innen pasientbehandling. En fjerde mulighet er at de ansatte selv har nedprioritert arbeidet som skal ivareta deres egen helse, til fordel for direkte pasientrettede arbeidsoppgaver.

I tillegg til denne innledningen består artikkelen av sju deler. Del to tar for seg internkontroll av helse, miljø og sikkerhet, mens del tre handler om profesjoner, ledelse og HMS-arbeid i sykehus. Del fire presenterer noen hovedlinjer innen aktør-nettverk-teori, mens jeg i del fem ser nærmere på Callons translasjonsmodell. Deretter følger metodedelen, før jeg i del sju (analysen) studerer systematisk HMS-arbeid i sykehus som translasjonsprosess. I diskusjonen oppsummeres funnene med referanse til antagelsene som er skissert foran.

Internkontroll av helse, miljø og sikkerhet

IK er et generelt kvalitetssikringsprinsipp og i rettslig sammenheng en plikt til å påse at krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift blir overholdt (Graver, 1995). Internkontroll kan beskrives som en institusjonalisert organisasjonsoppskrift, dvs. en oppskrift på hvordan en bestemt del av en organisasjon bør utformes (Røvik, 1998: 13). Organisasjonsoppskrifter er generelle ideer, som derfor er gjenstand for lokale tolkninger og omforminger. Internkontroll er en prosedyre- og prosessoppskrift, og tilhører en familie av oppskrifter som omtales som New Public Management (NPM) (Karlsen, 2004; Røvik, 1998). NPM beskriver offentlig sektor som for stor, ineffektiv og byråkratisk, og foreskriver reformer basert på forbilder fra privat sektor (Jessen, 2007; Klausen og Ståhlberg, 1998).

Innen HMS-arbeid er IK definert som systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av HMS-lovgivningen (IK-forskriften § 3). HMS-lovgivningen består av arbeidsmiljøloven og sju andre lover, samt forskrifter fastsatt i medhold av disse (IK-forskriften § 2). Formålet med IK-forskriften (§ 1) er å fremme et forbedringsarbeid gjennom å stille krav om systematiske tiltak på tre områder: 1) arbeidsmiljø og sikkerhet, 2) forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelse fra produkter eller forbrukertjenester, og 3) vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall. I denne artikkelen skal jeg i hovedsak avgrense meg til det første punktet om arbeidsmiljø og sikkerhet.

Skaar (1994: 43) skriver at internkontroll av helse, miljø og sikkerhet har innebygd i seg en spenning mellom to vidt forskjellige måter å tenke på. Innenfor det første perspektivet betraktes IK-HMS som et teknisk-administrativt styringssystem, et lederverktøy som skal fremme effektiv måloppnåelse. Avvik fra en standard skal rettes opp av korrigerende rutiner, og oppmerksomheten rettes mer mot verktøyet enn mot brukerne. I et slikt perspektiv blir innføringen av IK-HMS en top-down-prosess, i form av en organisasjonsoppskrift som skal «installeres» og deretter ha styrende virkning på arbeidet i organisasjonen (Røvik, 1998: 146).

Det andre perspektivet tar utgangspunkt i at IK-HMS også bygger på idégrunnlaget i arbeidsmiljøloven av 1977. Loven representerte noe nytt da den kom, ved å vektlegge både forebyggende og helsefremmende arbeid. Den skulle ikke bare verne de ansatte mot negative påvirkninger, men la også vekt på deltakerdemokrati og medvirkning fra de ansatte i en bottom-up-prosess. Virksomheten betraktes som et sosialt system, hvor læring, lokale løsninger, motivasjon og personlig utvikling står sentralt (Karlsen og Lindøe, 2006; Lindøe, 2003). Internkontrollreformen kan derfor oppfattes som både tvetydig og motsetningsfull.

IK-forskriften anbefaler at HMS-arbeidet innledes av en *igangsettingsfase*. Arbeidsgiveren tar initiativ til HMS-arbeidet og informerer og motiverer de ansatte, som er viktige deltakere i prosessen. I denne fasen skal virksomheten både definere mål for HMS-arbeidet (skriftlig) og beskrive hvordan ansvar, myndighet og arbeidsoppgaver er fordelt i organisasjonen. Arbeidet bør ivaretas av en bredt sammensatt gruppe med både arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentanter. Deretter følger *kartleggingsfasen*, som kjennetegnes av at virksomheten skaffer seg oversikt over både hvilke lover og forskrifter som gjelder for dem, hvilke HMS-rutiner som allerede finnes i organisasjonen, og hvilke utfordringer og problemer som finnes på HMS-området. I den tredje fasen skal partene samarbeide om å *planlegge og prioritere tiltak*. Tiltakene skal bringe tilstanden i organisasjonen i samsvar med HMS-målene, ved hjelp av systematisk egenaktivitet. Dette skal skje gjennom å utarbeide en skriftlig handlingsplan som beskriver målene i den kommende perioden, hvilke tiltak som skal gjennomføres for å nå målene, hvem som er ansvarlig for gjennomføringen, og når arbeidet skal være avsluttet. I den fjerde og siste fasen, *følge opp*, gjennomføres tiltakene. Det foretas løpende kontroll med resultatene som oppnås på bakgrunn av tiltakene. HMS-resultatene sammenlignes med virksomhetens HMS-mål, og avvik fra målene fører til planlegging og gjennomføring av korrigerende tiltak (Karlsen, 2010: 104–108; IK-forskriften). Forbedringsarbeidet skal veves inn i den daglige driften og er en kontinuerlig prosess.

Det systematiske HMS-arbeidet skal kvalitetssikres og dokumenteres gjennom etablering av et «internkontrollsystem» (IK-system), dvs. en samlet skriftlig oversikt over alle HMS-rutiner, HMS-aktiviteter og den delen av HMS-lovgivningen som angår virksomheten (Skaar, 1994). IK-systemet skal være kjent og tilgjengelig for alle ansatte. Avvik fra standarder gitt i lov, forskrift eller virksomhetens eget IK-system skal meldes til overordnede på eget skjema og registreres i IK-systemet, slik at organisasjonen kan lære av sine erfaringer. Systematisk melding av avvik er en forutsetning for iverksetting av korrigerende tiltak. IK-systemet skal være tilpasset virksomhetens art, aktiviteter, størrelse og risikoforhold (IK-forskriften § 5). HMS-arbeid i sykehus må følgelig tilpasses sykehuset som organisasjonstype.

Profesjoner, ledelse og HMS-arbeid i sykehus

Sykehus er store, sammensatte og spesialiserte virksomheter bestående av en mengde ulike enheter. Disse er igjen dannet av ulike profesjoner, posisjoner og personer. Enhetene kan ha varierende mål og verdier, og skal operasjonalisere ulike deler av den offisielle målsettingen. Noen arbeidsoppgaver er rettet direkte

mot pasienter, mens andre kan være uten direkte pasientkontakt. Innenfor sine økonomiske rammer skal et sykehus både drive diagnostisering, behandling, pleie, opplæring, administrasjon og personalpolitikk (Måseide, 1983: 79, 98).

Det utøves ulike typer autoritet ved ulike typer beslutninger. Byråkratisk autoritet kan være avgjørende i økonomiske spørsmål, mens medisinsk autoritet er avgjørende i kliniske spørsmål. Det er imidlertid ikke så enkelt å avgrense autoritetsdomenene, og det kan lett oppstå spenninger mellom autoritetsformene og de som representerer dem (Berg, 1987).

Historisk sett har helseprofesjonene, særlig legene, hatt stor autonomi i utøvelsen av yrket, uten sterk politisk eller administrativ kontroll (Lian, 2003). Makten har i større grad ligget hos leger, sykepleiere og annet helsepersonell enn hos den administrative ledelsen. Sykehus betegnes ofte som profesjonelle organisasjoner eller «profesjonsbyråkratier» (Mintzberg, 1989), dvs. virksomheter med stabile, men kompetansekrevede oppgaver (Nylehn, 1997). Profesjonsbyråkratier preges av utstrakt delegering og desentralisering av beslutningsmyndighet nedover i organisasjonen. Det er stor handlefrihet blant de ansatte, basert på deres profesjonelle kvalifikasjoner (Jacobsen og Thorsvik, 2007). Profesjonsidealene tilsier en fri faglig vurdering av den enkelte pasient. Profesjonene styres ikke av budsjettensyn eller interne regler, men bruker sitt faglige skjønn i møtet med den enkelte klient (Svensson, 2008: 134). De bringer med seg sine egne faglige normer og etiske verdier inn i organisasjonen utenfra, og er først og fremst forpliktet av faglige idealer, hensynet til sine kolleger og klientenes beste. Dermed kan de ikke være like forpliktet av budsjett eller resultatmål i organisasjonen (Laursen, 2004: 27). Byråkratiske pålegg oppfattes ikke nødvendigvis som legitime (Svensson, 2008: 140; Nylehn, 2002: 64; Flermoen, 2001: 178, 179).

Sykehusene har følgelig vært regnet som vanskelige å styre, og politisk ledelse og administrasjon har gitt uttrykk for behov for større grad av innsyn og styring i sykehus. Det er innført økt grad av styring ovenfra og utenfra gjennom tiltak som ny lovgivning og nye styringssystemer hentet fra det private næringsliv. Markeds-tenkning og byråkratisk organisering har fått gjennomslag på bekostning av profesjonsstyring (Freidson, 2001).

Berg, Byrkjeflot og Kvåle (2010) bruker begrepet «hybridledere» om ledere i sykehus med helsefaglig utdanning som går inn i en ny type lederrolle, som innebærer en kombinasjon av faglig ledelse og generell ledelse. Begrepet er ifølge forfatterne særlig blitt aktualisert som følge av reformer i offentlig sektor som kan knyttes til New Public Management. Ett av hybridledernes ansvarsområder er IK-HMS. Ledelse i sykehus, også HMS-ledelse, handler om å skape samhandling og kommunikasjon mellom ulike grupper, og om å avveie ulike hensyn mot hver-

andre. Hybridledernes troverdighet blant de mange ulike gruppene av ansatte i sykehusene vil være avhengig av hvordan andre oppfatter deres kompetanse og integritet.

Prosjektrapporten *God vakt! – Arbeidsmiljø i sykehus* (Arbeidstilsynet, 2006) er et resultat av Arbeidstilsynets tilsyn i samtlige av landets sykehus i 2005. Rapporten oppsummerer med at det synes å være en utfordring å innføre og utøve et vel-fungerende systematisk HMS-arbeid ved norske sykehus. Hovedmålet for satsingen var at sykehusene skulle organisere arbeidet slik at de ansatte ikke utsettes for fysiske eller psykiske belastninger som kan medføre helseskade, og ha fungerende internkontrollsystemer for HMS-arbeidet. Gjennom tilsynene kom det frem en rekke forhold ved både arbeidsmiljøet og HMS-arbeidet som sykehusene ble pålagt å rette opp. Rapporten beskriver både negative faktorer i arbeidsmiljøet og fravær av HMS-rutiner. Arbeidstilsynet beskriver også flere årsaker til hvorfor sykehusene ikke har fått til et tilfredsstillende HMS-arbeid. De legger særlig vekt på arbeidstakernes opplevelse av tidspress i organisasjonen, og at HMS-arbeidet synes å mangle status, aksept og anerkjennelse som lederverktøy og redskap i sykehusenes endringsarbeid.

Grimsmo og Sørensen (2004) finner i sin «Null-punkt-undersøkelse» fra norske sykehus, som gikk forut for «God vakt»-kampanjen, både positive og negative forhold i arbeidsmiljøet. Svært mange opplever at de jobber med interessante arbeidsoppgaver og at de kan lære noe nytt i jobben. Men rapporten beskriver også økt tidspress i sykehusene, og helsepersonellet var i liten grad fornøyd med måten omstillinger ble gjennomført på. Samlet sier 45 % seg enige eller delvis enige i at «hos oss kommer som oftest økonomiske hensyn foran hensynet til HMS». Det var ingen forskjeller av betydning mellom de tre yrkesgruppene som deltok i undersøkelsen (hjelpepleiere, sykepleiere og leger) på dette punktet.

Jeg skal komme tilbake til både forholdet mellom økonomiske hensyn og HMS, og hvordan tidspress påvirker prioriteringen av HMS-arbeidet i sykehusene, men først skal jeg se litt nærmere på aktør-nettverk-teori, som er den tradisjonen Callon arbeider innenfor, og translasjonsbegrepet.

Noen hovedlinjer innen aktør-nettverk-teori

Aktør-nettverk-teori (ANT) er en del av det tverrfaglige forskningsfeltet vitenskaps- og teknologistudier STS («science and technology studies», eller «science, technology and society»). Forskere innenfor STS har det til felles at de studerer vitenskap og teknologi som historisk og kulturelt betingete, samfunnsformede

praksiser, med et lokalt og spesifikt preg (Asdal m.fl., 2001: 10, 12). ANT ble utviklet på 1980-tallet, hovedsakelig av Bruno Latour og Michel Callon ved École des Mines i Paris, senere også med bidrag fra blant andre engelske John Law (Asdal, 2004; Sørensen, 2004; Hess, 1997). Allerede på 1970-tallet foretok imidlertid Latour og Woolgar (1979) observasjonsstudier av hvordan kunnskap produseres i laboratorier, eller «den uferdige kunnskapen» («Science in the Making») (Latour, 1987: 4). Forskerne fant ingen egen rasjonalitet eller logikk i laboratoriene, men ulike lokale prosesser og praksiser. Produksjon av vitenskapelig kunnskap er en ordensskapende virksomhet, som konstruerer fakta og objekter gjennom fortolkninger og forhandlinger. Virkelighet skapes, heller enn å bli oppdaget eller avdekket. I den grad fakta og objekter er i stand til å forflytte seg mellom ulike kontekster, skjer det alltid små «oversettelser», i form av forandringer og tilpasninger til en ny kontekst (Asdal m.fl., 2001: 10, 15, 30).

Aktør-nettverk-teori bryter med det tradisjonelle skillet mellom menneskelige og ikke-menneskelige aktører. Mennesker er ikke alltid subjekter, og ting er ikke alltid objekter. Kategorier som subjekter, objekter og aktører må forstås som resultater eller effekter, de verken kan eller bør defineres a priori (Asdal m.fl., 2001: 34). Vi lever ikke bare omgitt av menneskelige subjekter, og derfor burde vi heller ikke forske som om det var tilfellet (Asdal, 2004: 38). Dette poenget går vi glipp av hvis sosiologien begrenser seg til bare å være opptatt av det rent sosiale (Sørensen, 2004: 20, 21). ANT bringer derimot enheter, som kan være både mennesker, ikke-menneskelige aktører, teknologi, naturfenomener, objekter og tekster, sammen i materielt heterogent nettverk. Disse enhetene påvirker andre ut fra sin plassering i nettverket (Asdal m.fl., 2001: 29).

ANT har som utgangspunkt at enheter bare får mening i relasjon til andre enheter. Aktørene har flere identiteter og kan bare defineres gjennom relasjonene i nettverket. Det finnes ingen innebygde egenskaper, essens eller faste punkter. En hvilken som helst type enhet kan være årsak eller opphav til at noe skjer. Det handler om prosesser og bevegelse, om noe som blir til, som tilskrives egenskaper, posisjoner og relasjoner av nettverket, og som stadig er i forandring (Johnsen, 2004; Sørensen, 2004: 13; Asdal m.fl., 2001: 34, 36). ANT handler ikke om individer eller strukturer, men om nettverk som produseres gjennom oversettelsesprosesser (Johnsen, 2004: 50).

En påstand er i seg selv verken sann eller usann. Det blir den etter hvert, gjennom andre aktørers handlinger. Skjebnen til det vi gjør og sier, er i senere brukes hender («in later users' hands»). Konstruksjonen av fakta er en kollektiv prosess (Latour, 1987: 25, 29). Fakta må kommuniseres og spres, og kvaliteten viser seg ved at andre lar seg overbevise. Gjennom oversettelsesprosessen kan oppfatninger

og praksis bli transformert til vitenskapelig sannhet gjennom koblinger til tekniske hjelpemidler, måleresultater, prøvetaking og politiske og økonomiske beslutningsprosesser. Eller de blir usanne, hvis de transformeres til løse påstander og overtro. Det gjelder med andre ord å etablere handlinger og utsagn som riktige og sanne ved hjelp av alliansebygging og mobilisering av ressurser (Johnsen, 2004: 51). Samfunnsendring skjer ikke ved å utvikle ny kunnskap eller teknologi, men ved å arbeide for å endre samfunnet gjennom ulike translasjonsaktiviteter (Sørensen, 2004: 12).

Når et nettverk fungerer så bra at forbindelsene og de ulike aktørenes identiteter ikke lenger er synlige, fremstår nettverket som en aktør. Da har vi med et aktørnettverk å gjøre (Nilsen, 2007: 106).

Translasjon

Michel Callons translasjonsmodell er en beskrivelse av de utfordringer som vitenskapelige faktapåstander eller ny teknologi møter på sin vei, før de blir akseptert eller avvist (Sørensen, 2004: 11, 12). Begrepet translasjon («oversettelse») dreier seg om hvordan uensartede aktører og materialer veves sammen til helheter (nettverk) som oppfattes som enhetlige aktører. Selve oversettelsen består av alle de forhandlinger, maktspill, utsagn og handlinger som en aktør bruker for å få makt, autoritet og legitimitet til å handle på vegne av andre (Johnsen, 2004: 50). Oversettelsen er en prosess hvor aktørenes identiteter, samhandlingsmuligheter og handlingsrom forhandles om og avgrenses. «Oversettelsessosiologi», dvs. ANT, er derfor anvendelig i studier av vitenskapens og teknologiens rolle i struktureringen av maktforhold (Callon, 2001: 91, 97). Callon deler translasjonsprosessen, som har som mål å resultere i dannelsen av et aktør-nettverk, inn i fire faser som kan overlappe hverandre.

Den første fasen kalles «problematisering». Her konstrueres og defineres et system av aktører og forbindelser mellom dem (Callon, 2001: 101). Men den aktøren Latour (1987) kaller «the fact-builder», «faktabyggeren», eller kanskje heller «nettverksbyggeren», nøyer seg ikke bare med å identifisere og definere de andre aktørene. Nettverksbyggeren vil også overbevise de andre om at de har felles interesser og at de vil ha en større mulighet til å nå sine mål gjennom å inngå i en allianse. Et viktig kjennetegn ved problematiseringsfasen er at nettverksbyggeren, gjennom å definere de andre aktørenes roller og identiteter, plasserer seg selv som et knutepunkt i det nettverket av forbindelser som bygges opp, og der ved blir et såkalt «obligatorisk passasjepunkt» (OPP) (Callon, 2001: 98). Proble-

matisering dreier seg derfor om å definere en sak slik at andre aktører aksepterer OPPs definisjon av problemet og fremgangsmåte for å løse det. For nettverksbyggeren handler det om å gjøre seg selv uunnværlig (Callon, 2001: 97), som den som kan noe – eller har noe – andre bare kan få hos deg (Sørensen, 2004: 13). Hensikten er ifølge Hess (1997: 109) at den nye teknologien skal bli godtatt som et nødvendig middel for å løse de problemene de andre aktørene har på det aktuelle området. Hess skriver videre, med henvisning til Callon, at målet er å overbevise de andre om at «vi vil det samme som deg, og hvis du støtter oss, vil du ha en større sjanse for å oppnå det du vil». En allianse vil derfor være en fordel for alle parter.

Den andre fasen kalles «interessering» eller «interesseskaping», og er de handlingene en aktør utfører for å forsøke å fremtvinge og stabilisere de andre aktørenes identiteter, slik disse er definert gjennom problematiseringen. De identifiserte aktørene eksisterer, men på dette tidspunktet i translasjonsprosessen eksisterer forbindelsene mellom dem bare på papiret. Målet er å sette alliansen på plass, dvs. virkeliggjøre den og låse den, selv om bare fremtiden kan vise hvor holdbar problematiseringen er (Callon, 2001: 101). En aktør kan enten la seg integrere i nettverksbyggerens plan, eller avvise den ved å definere sin egen identitet og sine egne mål og interesser på en annen måte. Hvis interesseringen lykkes, bekrefter det gyldigheten av problematiseringen og den alliansen den definerer. De partnerne nettverksbyggeren vil ha, kan imidlertid også være gjenstand for andre aktørers interessering. Andre kan ha definert deres identitet og mål på en konkurrerende måte. For å fange de ønskede partnernes interesse, må man derfor plassere seg selv mellom dem man ønsker som en del av sitt nettverk og konkurrerende nettverk (Callon, 2001: 104).

Den tredje fasen kalles «innrullering», og er det stadiet hvor aktører forankres til og blir en del av nettverket gjennom de relasjonene de tildelte rollene gir dem (Hess, 1997: 109). Men interessering fører bare til innrullering når den lykkes, når de aktørene som er gjenstand for interesseringen aksepterer de rollene de er tiltenkt i alliansen. Rollene kan være nye eller etablerte. Innrullering kan kreve omfattende forhandlinger, den kan skje gjennom frivillig tilslutning, eller ved å utøve vold mot inntrengere som forsøker å bryte alliansen. Defineringen og fordelingen av roller i nettverket er et resultat av forhandlinger, hvor aktørenes roller og identitet bestemmes, koordineres og utprøves (Callon, 2001: 104, 107).

Den fjerde og siste fasen kalles «mobilisering». Mobilisering er anstrengelser som skal sikre at de innrullerte aktørene ikke blir sviaktet av de kollektivene de representerer. Bare et fåtall aktører deltar nemlig i selve translasjonsprosessen. Disse kan betraktes som talsmenn eller representanter for gruppene de represente-

rer. Spørsmålet er, skriver Callon (2001: 108), om massene, f.eks. arbeidsgivere eller arbeidstakere, vil følge sine representanter eller forråde dem. Er talsmennene virkelig representative for de kollektivene de opptrer på vegne av?

Metode

Analysen bygger på et empirisk materiale fra en kvalitativ undersøkelse foretatt ved tre sykehus i Nordland (Borgen og Lunde, 2007, 2001). Formålet med studien var å studere arbeidsgiversidens strategi og praksis i utviklingen av det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene, og hvilke forhold som virket hemmende og fremmende i dette arbeidet. De tre sykehusene i undersøkelsen kalles henholdsvis Sykehus A, B og C. I alt ble 18 informanter intervjuet. De fleste av dem var ledere på ulike nivåer. Ved hvert av sykehusene bad vi om å få intervju den systemansvarlige for IK-HMS (tre informanter), representanter for den øverste ledelsen ved sykehuset (dvs. direktøren eller medlemmer av direktørens stab, i alt fem informanter), ledere på avdelingsnivå (fire informanter) og sykehusets hovedverneombud (tre informanter). Samtlige av disse var sentrale i det lokale HMS-arbeidet. Dessuten intervjuet vi to ansatte i sentraladministrasjonen hos (den daværende) sykehuseieren og den av de ansatte ved Arbeidstilsynet i Nordland som jobbet spesielt med sykehusene. I tillegg gjennomførte vi dokumentstudier, bl.a. av deler av sykehusenes IK-systemer.

I denne artikkelen vender jeg tilbake til dette empiriske materialet. Denne gangen benytter jeg Michel Callons translasjonsmodell i analysen, til tross for at materialet ikke er innhentet med dette i tankene. Innen ANT er det et hovedprinsipp at observatøren skal følge aktørene, uansett hvor de beveger seg, og ikke påtvinge dem et ferdig analyseskjema (Callon, 2001: 95). Å følge aktører handler om å rekonstruere forbindelser, og derved kartlegge hvilke allianser som bygges opp. Hvilke aktører som skal følges, er avhengig av studiens formål og forskningsspørsmål (Nilsen, 2007: 105; Asdal m.fl., 2001: 33). Jeg skal ikke gjøre noen gjennomgripende ANT-analyse, men bruke translasjonsmodellen til å beskrive samspillet mellom aktørene.

Den forskningsmetodiske tilnærmingen kan beskrives som abduktiv og hermeneutisk. Abduksjon (Alvesson og Sköldberg, 1994: 42) kan betraktes som en kombinasjon av induksjon og deduksjon. Abduksjon utgår fra empiriske fakta, men uten å avvise teoretisk forforståelse hos forskeren. En abduktiv tilnærming kjennetegnes av at forskeren beveger seg frem og tilbake mellom empiri og teori, forståelsen vokser frem gjennom gjentatt pendling mellom «empiriladet teori» og

«teoriladet empiri» (Alvesson og Sköldberg, 1994: 47). Abduksjon kan forstås som en hermeneutisk prosess, som en tolkning av fakta vi allerede har en teoretisk forforståelse av. Vi «arbeider» oss inn i empirien ved hjelp av vår forforståelse, samtidig som vi utvikler teorien.

Systematisk HMS-arbeid som translasjonsprosess

Organisasjonsoppskrifter er gjenstand for tolkninger og omforminger når de skal tilpasses til lokale forhold i den enkelte virksomhet (Røvik, 1998). Innføring og utøvelse av IK-HMS i sykehus har flere likhetstrekk med etablering og vedlikehold av et aktør-nettverk, slik translasjonsprosessen er beskrevet hos Callon (2001). I begge tilfeller dreier det seg om aktører som bevisst blir forsøkt knyttet sammen i en allianse, i den hensikt å introdusere og spre en idé eller ny type teknologi. Nilsen (2007: 104) ser imidlertid en klar forskjell mellom ANT, hvor alle oversettelsesprosesser betraktes som lokale og unike, og en organisasjonsoppskrift som gjennomgår en viss lokal tilpasning hver gang den «pakkes ut» (se også Røvik, 2007).

I problemstillingen stiller jeg spørsmål om hvorfor HMS-arbeidet stopper opp i sykehusene. Problemstillingen, og utgangspunktet for drøftingen av den nedenfor, kan tydeliggjøres ved å ta i bruk den terminologien Callon benytter: Hvorfor blir ikke translasjonen vellykket? Hvorfor lykkes det ikke å etablere handlinger og utsagn som riktige og sanne ved hjelp av alliansebygging og mobilisering av ressurser? Blir HMS-nettverket utkonkurrert av andre aktør-nettverk? Og hvor i oversettelsesprosessen er det at bevegelsen stopper opp? Jeg skal strukturere drøftingen ved å ta utgangspunkt i Callons fire faser.

Problematiseringsfasen

Callons problematiseringsfase har flere likhetstrekk med igangsettingsfasen ved IK-HMS. Den enkelte virksomhet skal ved innføringen av IK-HMS lage en beskrivelse av den formelle organisasjonsstrukturen på HMS-området, dvs. en skriftlig oversikt over aktørene og hvilke forbindelser det skal være mellom dem. Oversikten skal vise fordelingen av ansvar, oppgaver og myndighet (IK-forskriften § 5). På dette stadiet av HMS-arbeidet kommer det formelle IK-systemet på plass, men foreløpig befinner det seg bare «på papiret», på samme måte som aktør-nettverket innledningsvis bare finnes som en teoretisk konstruksjon hos nettverksbyggeren. Det finnes ingen garanti for at IK-systemet virkelig skal finne veien fra organisasjonskart, HMS-permer og dataprogrammer og bli en integrert del av det daglige

arbeidet rundt omkring på sykehusene, hvor det lokale HMS-arbeidet skal utøves av linjeledere og ansatte.

Gjennom problematiseringen blir en rekke aktører definert som en del av systemet. På arbeidsgiversiden finnes det (i tillegg til sykehuseier) definerte HMS-aktører på flere nivåer. Den rollen eller posisjonen som skal ivareta den daglige driften av IK-systemet, kalles Systemansvarlig IK-HMS. Vedkommende representerer sykehusets øverste ledelse på HMS-området, og skal informere om IK-HMS og motivere andre aktører til innsats. Alle de tre systemansvarlige var plassert i sykehusdirektørens stab, og skulle fungere som et bindeledd mellom sykehuseieren, direktøren, linjelederne, de ansatte og deres representanter – og IK-forskriften. Systemansvarlig IK-HMS er den posisjonen som kommer nærmest etablering av et obligatorisk passasjepunkt, i betydningen «posisjonen som definerer og forvalter det som oppfattes som sann kunnskap om feltet» (Johnsen, 2004: 51). Øvrige aktører på arbeidsgiversiden er først og fremst linjeledere på klinikk-, avdelings- eller postnivå. På arbeidstakersiden finner vi de vanlige ansatte og deres valgte representanter. Verneombud og hovedverneombud er tillitsvalgte i HMS-spørsmål for alle ansatte i et verneområde. Arbeidsmiljøutvalget (AMU) er sammensatt av representanter for de to partene og er et organ med beslutningsmyndighet i HMS-saker.

IK-forskriften er i seg selv en viktig aktør i oversettelsesprosessen og selve utgangspunktet for det nettverket som blir forsøkt bygget opp. Forskrifter og andre dokumenter kan fungere som ikke-menneskelige aktører, ettersom de er gitt fullmakt til å påvirke menneskelige handlinger gjennom representasjon (Hess, 1997: 108). Dokumenter skal ikke bare betraktes som beholdere av innhold. De er ikke bare blitt produsert, men blir også konsumert. Forskere bør derfor også være opptatt av hvordan dokumenter fungerer i konkrete sammenhenger. Dokumenter må alltid leses av noen, og lesing innebærer at innholdet vil være situert heller enn fast (Prior, 2003: 3, 4). Det skjer med andre ord en oversettelse. Mening blir et relasjonelt fenomen, som skapes i interaksjon mellom mennesker, mellom mennesker og tekst, og mellom ulike tekster (Mik-Meyer og Järvinen, 2005: 10).

Mulige eksterne aktører i nettverket er bedriftshelsetjenesten (BHT) og fire ulike tilsynsmyndigheter. BHT har en fri og uavhengig stilling og en rådgivende funksjon overfor både arbeidsgiveren og arbeidstakerne. Ingen av sykehusene var på tidspunktet for intervjuene tilknyttet en bedriftshelsetjeneste som fungerte som rådgiver innen IK-HMS, noe flere av våre informanter opplevde som en hemmende faktor i HMS-arbeidet. Dermed manglet også Systemansvarlig IK-HMS en verdifull samarbeidspartner, som kunne deltatt i arbeidet for å overbevise både linjeledere og ansatte om at deltagelse i HMS-nettverket ville være en fordel for

alle parter. IK-HMS er nødvendig hvis man skal løse sykehusenes arbeidsmiljøproblemer, og begge parter bør derfor inngå i en allianse for å fremme den nye teknologien (Hess, 1997). Tilsynene, hvorav Arbeidstilsynet antas å være mest kjent, skal både drive rådgivning og utadrettet virksomhet med systemtilsyn som tilsynsmetodikk. I denne drøftingen skal jeg i hovedsak konsentrere meg om arbeidsgiver- og arbeidstakerrepresentantene.

Interesseringsfasen

I denne fasen skjer det minst to ting som er viktige i et HMS-perspektiv, og som gjør det interessant å studere intervjumaterialet i lys av translasjonsmodellen. For det første er det i interesseringsfasen at man skal sette nettverket, eller IK-systemet, i bevegelse. De relasjonene som er definert «på papiret» i problematiseringsfasen, skal gjøres til virkelighet gjennom å vekke aktørenes interesse. Interesivering fører til press mot de enhetene som skal innrulleres. I vårt materiale skulle dette skje ved både å tydeliggjøre HMS-mål og ansvar i organisasjonene generelt, og ved å tilby alle med personalansvar opplæring i IK-systemet. Mens HMS-aktiviteten i problematiseringsfasen var relativt lik, i den forstand at alle sykehus og avdelinger hadde etablert de formelle systemene, var det større variasjon i interesseringsfasen. Noen steder var det liten aktivitet for å skape interesse for lokalt HMS-arbeid, og derved heller ingen stabilisering av aktørenes identiteter, slik de var definert i sykehusets IK-system. Ved andre enheter ble det gjort noe mer for å sette HMS-nettverket i bevegelse. Det empiriske materialet tyder likevel ikke på at Systemansvarlig IK-HMS ved noen av de tre sykehusene på dette tidspunktet fungerte som et obligatorisk passasjepunkt (OPP), selv om det var forskjeller mellom dem. Arbeidet for å skape interesse syntes ikke å foregå i stor nok skala til å kunne «fremtvinge og stabilisere de andre aktørenes identiteter, slik disse er definert gjennom problematiseringen». De systemansvarlige skulle både forholde seg til det som kom av signaler fra sykehuseieren, tilsynsmyndighetene og nasjonale politiske myndigheter, og skape interesse for IK-HMS innad i egen organisasjon. Alt dette skulle foregå innenfor beskjedne stillingsbrøker i kombinasjon med mange andre gjøremål, eller som en ren ekstrajobb.

Ingen av de tre systemansvarlige deltok i det daglige HMS-arbeidet i de enkelte avdelingene. Det er uklart hvor mye tid de faktisk brukte på å overbevise de andre aktørene. Utgangspunktet er at HMS-ansvaret skal være en integrert del av det å være leder, og den HMS-ansvarlige lederen forventes å ha de kunnskapene som skal til for å drive avdelingen i henhold til lover og regler. Dette får også konsekvenser for hvordan de systemansvarlige oppfatter sin egen rolle, og arbeidsdelingen med linjelederne. Som systemansvarlig skal man, ifølge Systemansvarlig IK-

HMS ved Sykehus A, ikke gå rundt på verneområdene og løpende kontrollere hvordan HMS-ansvaret ivaretas:

«Det kan ikke komme noen utenfra flaksende inn for å se hvordan de takler det. Det gjør vi ved å gå inn en gang i året og spørre om det fungerer. De må skriftlig svare tilbake om det fungerer i henhold til lovverket. Det er nok for oss.»

Rollen som Systemansvarlig IK-HMS var for hans del kommet i tillegg til de ordinære arbeidsoppgavene, og var ikke tilgodesett med noen egen stillingsressurs. Hans personlige engasjement som «ildsjel» var avgjørende for at oppgavene ble ivaretatt (Systemansvarlig Sykehus A):

«Jeg har hatt veldig glede av arbeidet og har aldri talt timene. Det har gjort at jeg antagelig både har jobbet lørdag og søndag mange ganger, og også om kveldene. Jeg har hatt en familie og en kone som har hatt forståelse for det. Jeg har trivdes her, og det har gjort at jeg aldri har talt timer på dette. Jeg har aldri satt noe krav om å ha ekstra betaling for dette. Det har vært betaling nok at det har fungert. Dette har jeg gjort ved siden av min vanlige jobb.»

I noen avdelinger var det sentrale aktører som arbeidet for å skape interesse for HMS-arbeidet i de kollektivene de representerte i nettverket. En av dem vi intervjuet var både sjeflege i direktørens stab og klinisk arbeidende overlege ved Sykehus C, og i tillegg arbeidsgiverrepresentant i arbeidsmiljøutvalget. Han arbeidet bevisst for å skape interesse for HMS blant sine kolleger (Sjeflege Sykehus C):

«En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene. Det spørres hvordan man selger dem, hvordan de blir pakket inn. Det er ikke noe problem hvis jeg får noe jeg skal selge, [f. eks.] en tanke eller en idé på HMS-arbeid, [å selge det] på en slik måte at det blir stemplet som bare tull og kastet i søppelbøtta. Eller å selge det på en slik måte at det blir mer positivt.»

For det andre er det i denne fasen at nettverksbyggeren forsøker å utkonkurrere andre nettverk som har definert de ønskede partnernes roller annerledes (Callon, 2001: 104). Og i den konkurransen synes det som om andre ideer og nettverk har et forsprang på IK-HMS. Kvalitetssikring av helsetjenester er ikke vesensforskjellig fra systematisk HMS-arbeid (som kan beskrives som kvalitetssikring av helse, miljø og sikkerhet), men oppfattes likevel som en mer naturlig del av arbeidet. En av avdelingssykepleierne (Avdelingssykepleier Sykehus A) sier det slik:

«Ja, det kom jo i samme tidsepoken, slik jeg husker det. Der [når det gjelder kvalitetssikring av helsetjenester] er vi kommet adskillig lenger. Det går vel på at det er mer fag vi jobber med og at det blir litt mer spennende.»

Profesjonene som lederne rekrutteres fra, kan oppfattes som konkurrerende nettverk, som avsporer hybridledere fra den generelle ledergjerningen. En viktig forut-

setning for å kunne fremtvinge og stabilisere linjeledernes identiteter i henhold til problematiseringen, er at de slutter med å oppfatte seg selv primært som profesjonsutøvere. De sterke profesjonsidealene lederne bringer med seg, kan overdøve de rollene de er tildelt i HMS-nettverket. Systemansvarlig IK-HMS ved Sykehus B ønsker seg en større grad av bevissthet blant linjelederne om hele bredden i sykehusets målsetting, og ikke bare lojalitet mot den delen som er direkte pasientrettet (Systemansvarlig Sykehus B):

«Vi må få helsefolk til å være ledere når de søker på lederjobber, ikke bare for å få et par lønnstrinn. [...] Et mål i det daglige er å ansvarliggjøre ledere og avdelingssykepleiere, poengtere at de også har ansvar for HMS. De vil helst være helsepersonell, ikke ledere.»

Innrulleringsfasen

Interessering fører til innrulling når den lykkes. Innrulling handler om å forankre aktørene til nettverket, og kan beskrives som ulike former for «forhandlinger, styrkeprøver og triks» som følger med interesseringen, og som skal sørge for at interessering virkelig resulterer i innrulling (Callon, 2001: 105). I denne fasen forhandles det om virkelighetsdefinisjoner, relevans, prosedyrer og materielle strukturer. Det dreier seg om å bryte ned motforestillingene blant de ønskede partnerne (Johnsen, 2004: 52). Spredning av organisasjonsoppskrifter som IK-HMS betraktes som en konsekvens av nettverksbyggende aktiviteter. Oppskriften blir «mektigere» jo flere som lar seg innrulle i nettverket. Makt er en konsekvens av, og ikke en forutsetning for handling (Nilsen, 2007: 103, 106).

Interesseringsarbeidet kan imidlertid også innebære at de som er tiltenkt en plass i nettverket ikke lar seg overbevise, og unnlater å føre oppskriften videre. Da stopper spredningen opp, og vi får ingen kollektiv prosess hvor IK-HMS blir transformert til sannhet. I det empiriske materialet finner vi flere eksempler på at sykehusenes sentrale HMS-systemer ikke utløser lokal HMS-aktivitet på den enkelte arbeidsplass. Avdelingssykepleieren ved Sykehus A sier det slik:

«Nei, HMS ligger dødt i denne avdelingen ... Det er ikke noe system i HMS-arbeidet i det hele tatt. Det kommer mye sentralt fra administrasjonen på HMS, men det er ikke på dagsordenen. Vi har snakket om det mange ganger, om å komme i gang, men det ligger brakk – slik som jeg ser det som avdelingssykepleier. Det hender seg at jeg får en kopi fra dette kontoret [Systemansvarlig IK-HMS] av et eller annet som er kommet ut, som vi skal lese.»

Lover og regelverk, kvalitetssystemer og kontroll- og disiplineringsinstitusjoner er eksempler på ulike innrullingsmekanismer (Johnsen, 2004: 53). Innrulling av ikke-humane aktører som IK-forskriften, med etablering av nye rutiner og

bestemte samhandlingsmønstre, kan i seg selv betraktes som en form for kontroll (Nilsen, 2007: 110). Flere av informantene gav likevel uttrykk for at resultater på HMS-området ikke var gjenstand for samme grad av kontroll og disiplineringstiltak som resultatene på andre områder. Dette kan være en mulig forklaring på den lave HMS-aktiviteten vi fant i vår studie. Eierne og ledere høyere opp i linjen signaliserer ikke at HMS-arbeid skal tas alvorlig, når de ikke etterspør de HMS-resultatene som er oppnådd på avdelingene. Hvis linjeledere ikke ansvarliggjøres på HMS-området, kan det medføre at arbeidsoppgaver som kontrolleres blir prioritert, mens HMS nedprioriteres. Systemansvarlige IK-HMS ved Sykehus C kommer med følgende hjertesukk:

«... Du får straff dersom du ikke har regnskapet ditt i orden på kroner og øre. Du kan få fengsel for det. Men hvis det er noe som foregår i denne biten [HMS], så har jeg ikke inntrykk at det ligger slik. Økonomi er alfa og omega.»

Det synes å være langt enklere å forankre aktørene til to andre allianser som allerede er etablert i sykehusene, og som vi her kan kalle henholdsvis «profesjonsnettverket» og «økonominettverket». IK-HMS synes nærmest å stå uten naturlig allierte i sykehusene, slik situasjonen beskrives av en av våre informanter i sykehuseierens sentraladministrasjon:

«Jeg tror, eller har en feeling av, at kvalitetssikringsforskriften [kvalitetssikring av helse-tjenester] har blitt mer en faggreie enn HMS-forskriften. Det er mer interessant for doktorene og pleierne å gå inn i det materialet enn det som går på et rent arbeidsmiljø. Det er en stabsfunksjon som disse administratorene får ta seg av. Jeg tror det er en slik holdning. [...] For medisinerne er det nok medisin, og for pleierne er det nok pleie [som er viktigst]. Og slik er det. Men hvis vi går over til forvaltningsmenneskene, så tror jeg nok at økonomi kommer [først], økonomi er nok det som får størst oppmerksomhet uansett.»

Mobiliseringsfasen

De som har latt seg innrullere i aktør-nettverket som skal spre den nye teknologien (IK-HMS), utgjør bare et lite mindretall av dem som arbeider i sykehusene, både på arbeidstaker- og arbeidsgiversiden. Spørsmålet er om talsmennene har støtte blant de vanlige ansatte, og blant linjeledere som har fått delegert ansvaret for å iverksette HMS-arbeidet på sine arbeidsplasser.

Mange av dem som var tildelt en rolle i HMS-nettverket gjennom problematiseringen, opptrer på tidspunktet for intervjuene ikke som en del av nettverket (Borgen og Lunde, 2007, 2001). Hovedverneombudene opplevde manglende HMS-kompetanse blant avdelingslederne som et stort problem. Et av dem hadde

sett seg lei på ledere som etter å ha meldt seg på sykehusets HMS-kurs gjentatte ganger, trakk seg hver eneste gang, fordi det stadig dukket opp andre arbeidsoppgaver som ble gitt høyere prioritet. Dermed måtte verneombudene forholde seg til avdelingsledere med mindre HMS-kompetanse enn det som er ønskelig (Hovedverneombud Sykehus C):

«Samtlige avdelingsledere burde også ha vært på det kurset. Det har de nemlig ikke! Og 40-timers-kurset var bra. Jeg kommer til å gå inn for at alle avdelingsledere og verneombud på de ulike avdelingene skal gå sammen på kurs.»

Også sentrale personer på arbeidsgiversiden var av den oppfatning at mange linjeledere svikter HMS-arbeidet. Personalsjefen ved Sykehus A hadde god kjennskap til den delen av HMS-arbeidet som omfatter sykefraværsoppfølging, attføring og omplassering. Han opplevde ikke innsatsen ved avdelingene som tilfredsstillende, noe som fikk betydning for resultatet av det videre arbeidet:

«Vi sitter vel med en følelse av at det [HMS-arbeidet] i avdelingene blir tatt veldig lite seriøst. I det daglige er det vel ikke alltid at de følger opp de sykemeldte som de etter reglene skal gjøre..? Det innebærer at vi ofte kommer inn i bildet på et så sent tidspunkt at mulighetene for å tilbakeføre disse i en arbeidssituasjon er dårligere enn det ellers ville ha vært.»

Når arbeidsgiversidens representanter i aktør-nettverket blir «ferråd» av linjeledere lenger ned i sykehusorganisasjonen, blir det oppfattet som et svært uheldig signal til de ansatte. HMS-arbeid har ikke prioritet. Dermed blir det også lettere for de vanlige ansatte å svikte arbeidstakerrepresentantene som er innrullert i nettverket.

Både det empiriske materialet og Arbeidstilsynets tilsyn i norske sykehus i 2005 og 2008 (Arbeidstilsynet, 2008, 2006) tyder på at tidspresset i sykehusene var svært stort, både blant ledere og ansatte. Førstelinjeføderne skal realisere sykehusets mål på en rekke områder, bl.a. innen produksjon, kvalitet, økonomi og personaladministrasjon. Mellomledere og lavere linjeledere har ifølge Hovden (1995) vist seg å være det mest problematiske leddet i organisasjonen ved innføring av IK-HMS. De blir ofte «syndebukker» i virksomheten, og de som mest direkte opplever kortsiktige produksjonskrav og HMS-hensyn som en konflikt.

Hvis kollektivene svikter sine talsmenn, kan nettverket rakne. Bevegelsen kan stoppe opp. Den posisjonen som var ment å fungere som et obligatorisk passasjepunkt, fremstår ikke som et knutepunkt med svar på spørsmål som er viktige for organisasjonen. Også det systematiske HMS-arbeidets skjebne er i «senere brukes hender», uavhengig av om ideen og teknologien er god eller dårlig. Latour skiller i *Science in action* (1987) mellom to ulike «translasjonsaktiviteter». I den første

fasen, «translating interests», skal man få aktørene interessert. I den andre fasen, «keeping the interested groups in line», skal man etablere kontroll over aktørene, slik at de opptrer i tråd med intensjonene. «Interesseringen» i den første fasen er bare halve jobben. «Kontrolleringen» i den andre fasen, som skal føre frem til forutsigbar adferd, er langt vanskeligere (Nilsen, 2007: 110; Latour, 1987: 108, 121).

Diskusjon

Hvorfor stopper HMS-arbeidet opp i sykehusene, til tross for at den nye teknologien både skal hjelpe arbeidsgiveren til å oppnå økt effektivitet og samtidig fremme bedriftsdemokrati og medvirkning fra arbeidstakernes side? Hvorfor resulterer ikke oversettelsesprosessen i dannelsen av et aktør-nettverk, en allianse av lojale aktører som sprer den nye teknologien i sykehusene? Som analytisk verktøy bringer Callons translasjonsmodell inn nye innfallsvinkler og begreper, og modellen er derfor egnet til å beskrive sammenhenger i materialet som jeg ikke har fått frem tidligere ved bruk av andre tilnærminger. Translasjonsmodellen representerer et nytt blikk, som gjør det interessant å vende tilbake til en tidligere studie av innføring og utøvelse av IK-HMS i sykehus. Gjennom bruk av Callons modell får jeg en beskrivelse av hvordan samspillet mellom aktørene foregår, en beskrivelse jeg kan bruke til å forklare hvorfor translasjonen ikke ble vellykket og HMS-arbeidet stoppet opp.

Den første antagelsen, som forklarer lav aktivitet på HMS-området med manglende ressurser og mangelfull HMS-kompetanse hos den enkelte leder, utfordres av en teoretisk modell som legger vekt på beskrivelser av samspillet mellom aktørene, kollektive prosesser og maktforhold i organisasjonene. Lav HMS-aktivitet til tross for klare ansvarsforhold, er en effekt av nettverksbygging som ikke lykkes. HMS-nettverket har ikke makt til å handle på vegne av andre.

Samarbeidet mellom arbeidsgiversiden og arbeidstakerne om IK-HMS er tidligere beskrevet som et møte mellom en top-down-prosess som skal fremme effektivitet, og en bottom-up-prosess som skal fremme demokratisk medvirkning. Internkontrollreformen har en innebygd spenning i seg. Beskrivelsen kan gi leseren inntrykk av at HMS-arbeidet stopper opp fordi de to gruppene er uenige om hvordan HMS-arbeidet skal organiseres og hvilket innhold det skal ha. Ved å se det empiriske materialet i lys av translasjonsmodellen, tegnes det derimot et annet bilde enn den tradisjonelle konfliktlinjen som beskrives i den andre antagelsen. Det dreier seg ikke om arbeidsgivere som står mot arbeidstakere, men om et aktør-nettverk bestående av representanter for begge parter som ikke klarer å

skape engasjement rundt en ny type teknologi, i konkurranse med andre nettverk og andre mål.

De to øvrige antagelsene synes i større grad å få støtte når materialet sees i lys av translasjonsbegrepet. En av årsakene til at oversettelsesprosessen ikke resulterer i dannelsen av et fungerende aktør-nettverk, kan være fravær av et obligatorisk passasjepunkt. Systemansvarlig IK-HMS er verken gitt arbeidsforhold eller en nettverksbyggerrolle som er egnet til å fremtvinge og stabilisere de andre aktørenes identiteter, slik disse er definert i problematiseringsfasen. Systemansvarlig IK-HMS fremstår ikke som en posisjon ledere og ansatte ikke kan klare seg uten, og synes i liten grad å inneha ressurser og maktmidler som muliggjør disiplinering og kontroll av de øvrige aktørene.

I tillegg synes det å være minst to andre og mer etablerte aktør-nettverk i sykehusene, et økonominettverk og et (eller en gruppe av) profesjonsnettverk. Disse nettverkene har allerede definert og forhandlet frem andre identiteter og mål for de samme aktørene som HMS-nettverket ønsker seg som medlemmer av sin allianse. De kan derfor oppfatte HMS-nettverket som et konkurrerende nettverk, som en inntrenger de bør forsvare seg mot. I det empiriske materialet har HMS-nettverket store problemer med å hevde seg i kampen om oppmerksomheten, og kunnskapene om IK-HMS blir mindre jo lenger bort fra kollektivens talsmenn vi kommer.

Dette leder oss over til et annet poeng som tydeliggjøres ved bruk av translasjonsmodellen som teoretisk utgangspunkt. Det daglige HMS-arbeidet skal utøves lokalt på den enkelte arbeidsplass, av dem som arbeider der. Det betyr samtidig at arbeidet i stor grad skal utføres av helt andre enn sykehusets øverste ledelse, Systemansvarlig IK-HMS, arbeidsgiversidens og arbeidstakernes representanter i AMU og andre sentrale aktører som har latt seg innrullere i HMS-nettverket. Når IK-HMS legges i hendene på senere brukere, kan resultatet bli at kollektivene svikter sine representanter, og at bevegelsen dermed stopper opp.

De tre nettverkene kjemper om oppmerksomheten til både sykehusdirektører, ledere og vanlige ansatte, tilsynelatende ut fra adskilte målsetninger og hver sin rasjonalitet. Men det er ikke vanntette skott mellom nettverkene. Det er forbindelser mellom dem, og de kan også ha positiv innvirkning på hverandre (Moser, 2011: 716). HMS-arbeidet må være en integrert del av aktørens praksis, som ikke blir nedprioritert når det blir mye å gjøre. Tradisjonell HMS-tenkning tilsier heller ikke etablering av en egen ansvars- og kommunikasjonslinje for HMS, hvor arbeidsmiljøspørsmål ikke sees i sammenheng med økonomiske og produksjonsmessige krav. Tvert imot, internkontroll av helse, miljø og sikkerhet må integreres i de systemene som allerede finnes for ledelse, innkjøp, materialflyt og kvalitets-

kontroll. Dette er en vesentlig forutsetning for at HMS-arbeidet ikke skal bli liggende «utenpå» det daglige arbeidet (Klepper, 1997).

Arbeidet for å nå resultatmål innen økonomi og produksjon må planlegges slik at det ikke setter de ansattes helse i fare. På samme måte må det å medvirke i det systematiske HMS-arbeidet være en del av de ansattes oppfatning av hva det vil si å utøve god og profesjonell praksis. IK-HMS må med andre ord bli akseptert av både økonominettverket og profesjonsnettverket. For at dette skal skje, trengs det talsmenn som får frem HMS-arbeidets relevans og betydning i de kollektivene de representerer, som ser det som en del av jobben sin «å selge tankene» og derved transformere HMS til vitenskapelig sannhet. Det er vanskelig å tenke seg et sykehus som over tid lykkes på et av de tre områdene, uten samtidig å ha arbeidet målbevisst for å oppnå tilfredsstillende resultater på de to øvrige. De tre nettverkene trenger hverandre for at sluttresultatet skal bli bra, både for pasienter, ledere og arbeidstakere.

Om artikkelen

Takk til Ann Therese Lotherington for veiledning i arbeidet med artikkelen. Takk også til både redaksjonen i *Sosiologisk tidsskrift* og de to anonyme konsulentene, som gjennom sine kommentarer gjorde artikkelen bedre enn den ellers ville ha blitt.

Om forfatteren

Per-Christian Borgen er utdannet cand.polit. (samfunnsvitenskap hovedfag, studieretning sosiologi/sosialpolitikk) ved Universitetet i Tromsø i 1993. Han arbeider som førstelektor ved Profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordland. Borgens undervisnings- og forskningsområder er helse, miljø og sikkerhet (HMS) og ulike folkehelsevitenskapelige emner.

E-post: per.christian.borgen@uin.no

Referanser

- Alvesson, M. og Skoldberg, K. (1994) *Tolkning och reflektion*. Lund: Studentlitteratur.
- Arbeidstilsynet (2006) *God vakt! – Arbeidsmiljø i sykehus*. Prosjektrapport. Oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005. Bodø: Arbeidstilsynet.
- Arbeidstilsynet (2008) 'God vakt! Arbeidsmiljø på sykehus. Hovedfunn fra tilsynene i 2008', *arbeidstilsynet.no*, <http://www.arbeidstilsynet.no/artikkel.html?tid=78766> (lesedato 16.03.2010).
- Asdal, K. (2004) 'Positivismekritikk kontra post-konstruktivisme. Hans Skjervheim kontra Bruno Latour', *Sosiologi i dag*, 34(2): 27–47.
- Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (2001) 'Introduksjon: Teknovitenskapelige kulturer', i Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (red.) *Teknovitenskapelige kulturer* (s. 9–90). Oslo: Spartacus Forlag.
- Berg, O. (1987) *Medisinsens logikk*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Berg, L. N., Byrkjeflot, H. og Kvåle, G. (2010) 'Hybridledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen', *Nordiske organisasjonsstudier*, 12(3): 30–49.
- Borgen, P. C. og Lunde, B. (2001) *Problemet er å få systemet til å leve. En studie av arbeidsgiversidens strategi og praksis i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet*. Master of Public Health-oppgave. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.
- Borgen, P. C. og Lunde, B. V. (2007) 'Sykehus er en meget spesiell opplevelse. Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus', *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10: 234–245.
- Borgen, P. C. og Lunde, B. V. (2009) 'Arbeidslivet som arena for folkehelsearbeid. Mål og midler i HMS-arbeidet', *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12: 249–260.
- Callon, M. (2001) 'Elementer til en oversettelses sosiologi: kamskjell, fiskere og forskere', i Asdal, K., Brenna, B. og Moser, I. (red.) *Teknovitenskapelige kulturer* (s. 91–124). Oslo: Spartacus Forlag.
- Flermoen, S. (2001) *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- FOR 1996-12-06 nr 1127: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften).
- Freidson, E. (2001) *Professionalism. The Third Logic*. Cambridge (UK): Polity Press.
- Graver, H. P. (1995) 'Sikkerhets- og miljørett', i Hermansen, J. (red.) *Miljøledelse* (s. 200–263). Oslo: Tano.
- Grimsmo, A. og Sørensen, B. A. (2004) *Null-punkt-undersøkelse i sykehus*. AFI-notat 8/04. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Hess, D. J. (1997) *Science Studies*. New York NY: New York University Press.
- Hovden, J. (1995) 'HMS-ledelse i bedrifter', i Hermansen, J. (red.) *Miljøledelse* (s. 350–364). Oslo: Tano.
- Jacobsen, D. I. og Thorsvik, J. (2007) *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jessen, J. T. (2007) 'Mindre frihet og skjønn i forvaltning av velferd?', *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10: 246–261.
- Johnsen, J. P. (2004) 'Latour, natur og havforskere – hvordan produsere natur?', *Sosiologi i dag*, 34(2): 47–67.
- Karlsen, J. E. (2004) *Ledelse av helse, miljø og sikkerhet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsen, J. E. (2010) *Systematisk HMS-arbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Karlsen, J. E. og Lindøe, P. H. (2006) 'The Nordic OSH model at a turning point?', *Policy and Practice in Health and Safety*, 4: 17–30.
- Klausen, K. K. og Ståhlberg, K. (1998) 'New Public Management', i Klausen, K. K. og Ståhlberg, K. (red.) *New Public Management i Norden* (s. 9–31). Odense M: Odense Universitetsforlag.
- Klepper, J. (1997) *Internkontrollhåndboken*. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.
- Kommunal- og arbeidsdepartementet (1987) *Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet*. NOU 1987:10. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- Latour, B. (1987) *Science in Action*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Latour, B. og Woolgar, S. (1979) *Laboratory Life*. Beverly Hills CA: Sage.
- Laursen, P. F. (2004) 'Hvad er egentlig pointen ved professioner? Om professionernes samfundsmæssige betydning', i Hjort, K. (red.) *De professionelle – forskning i professioner og professionsuddannelser* (s. 21–32). Gylling: Roskilde Universitetsforlag.
- Lian, O. S. (2003) *Når helse blir en vare – medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Lindøe, P. H. (2003) *Erfaringslæring og evaluering*. Oslo: Tiden Norsk Forlag.

- LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (Arbeidsmiljøloven).
- Mik-Meyer, N. og Järvinen, M. (2005) 'Indledning: Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv', i Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (red.) *Kvalitative metoder i et interaksjonistisk perspektiv* (s. 9–24). København: Hans Reitzels forlag.
- Mintzberg, H. (1989) *Mintzberg on Management*. New York NY: The Free Press.
- Moser, I. (2011) 'Dementia and the Limits to Life: Anthropological Sensibilities, STS Interferences, and Possibilities for Action in care', *Science, Technology, and Human Values*, 36: 704–722.
- Måseide, P. (1983) *Medisinsk sosiologi*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Nilsen, E. A. (2007) *Oversettelsens mikroprosesser. Om å forstå møtet mellom en global idé og lokal praksis som dekontekstualisering, kontekstualisering og nettverksbygging*. Doktoravhandling. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Nylehn, B. (1997) *Organisasjonsteori. Kritisk analyse av utvalgte emner*. Oslo: Kolle Forlag.
- Nylehn, B. (2002) 'Kan profesjonelle samarbeide?', i Nylehn, B. og Støkken, A. M. (red.) *De profesjonelle* (s. 52–68). Oslo: Universitetsforlaget.
- Prior, L. (2003) *Using Documents in Social Research*. London: SAGE Publications.
- Røvik, K. A. (1998) *Moderne organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K. A. (2007) *Trender og translasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaar, S. (1994) 'Internkontroll ifølge forskriften', i Skaar, S. (red.) *Internkontroll – ørkenvandring eller veien til det forjettede land?* (s. 37–43). Trondheim: SINTEF IFIM.
- Svensson, L. G. (2008) 'Profesjon og organisasjon', i Molander, A. og Terum, L. I. (red.) *Profesjonsstudier* (s. 130–143). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørensen, K. H. (2004) 'Tingenes samfunn. Kunnskap og materialitet som sosiologiske korrektiver', *Sosiologi i dag*, 34(2): 5–25.
- Torvatn, H., Forseth, U. og Andersen, T. K. (2007) *Partner for arbeidsmiljø – det norske verneombudets rolle og funksjon*. Sammendrag av rapport. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Versshuren, R., de Groot, B. og Nossent, S. (1995) *Working Conditions in Hospitals in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Union.

Artikkel IV

Systematisk HMS-arbeid i sykehus som modernisering av offentlig sektor

Per-Christian Borgen

Cand.polit. i samfunnsvitenskap, førstelektor ved Profesjonshøgskolen, Universitetet i Nordland
per.christian.borgen@uin.no

Artikkelen bygger på en kvalitativ, longitudinell studie av det systematiske HMS-arbeidet i tre sykehus i Nordland. I artikkelen sammenliknes empiriske data innhentet med 15 års mellomrom (1998 – 2013). Resultatene viser at HMS-aktiviteten er høyere og mer systematisk enn tidligere, og gjenspeiler bredden i arbeidsmiljølovens målsetting og sykehusenes HMS-utfordringer på en bedre måte. Endringene i HMS-arbeidet ses i lys av NPM-inspirerte reformer i sykehussektoren spesielt og offentlig sektor generelt, og forstås som en del av en generell moderniseringsprosess i offentlig sektor.

På 1980-tallet gikk mange land i gang med omfattende reformer i offentlig sektor, i form av bevisste forsøk fra politiske og administrative aktører på å endre strukturelle eller kulturelle trekk ved organisasjonene.¹ Offentlig sektor skulle reduseres i omfang, og styrings- og organisasjonsformene skulle moderniseres og effektiviseres (Karlsen 2004:96; Christensen, Lægreid, Roness & Røvik 2009:149). Mange av reformene skulle iverksettes ved hjelp av institusjonaliserte organisasjonsoppskrifter, dvs. oppskrifter på hvordan en organisasjon bør utformes. Institusjonalisert betyr i denne sammenheng at oppskriften innenfor en periode oppfattes som riktig, effektiv og moderne. En organisasjonsoppskrift beskriver vanligvis ikke totalløsninger, men begrenser seg til et bestemt utsnitt av organisasjonen, f.eks. formell organisasjonsstruktur, ledelse, organisasjonskultur, personalpolitikk eller arbeidsmiljø (Røvik 2007:13,14). Organisasjoner må ofte forholde seg til slike sosialt skapte normer for utforming, og dermed blir de mer like hverandre, i det minste på overflaten (Christensen mfl. 2009:75).

Mange av reformene i offentlig sektor fra 1980-tallet og fremover kan knyttes til New Public Management (NPM). NPM er beskrevet som en «familie» av oppskrifter (Røvik 2007) for å modernisere offentlig sektor, basert på forbilder fra privat sektor (Christensen mfl. 2009:80,156). NPM visker ut noen av skillene mellom offentlige og private organisasjoner. Det legges mer vekt på styring og resultater, og mindre vekt på politikk og prosess. NPM blir ofte oppfattet som en form for omstilling av styringen (ledelse, rapportering og regnskap) i offentlig sektor. Styringsmodeller som forbindes med NPM er bl.a. mål- og resultatstyring, kvalitetsstyring, aktivitetsbasert finansiering og fritt brukervalg, hvor pengene følger bru-

keren (Johnsen 2005:275; Kjekshus, Byrkjeflot & Torjesen 2013:105). Sentralt står også ideer om oppsplitting av virksomheter i flere selvstendige resultatenheter og profesjonell ledelse, dvs. ledere med kunnskaper om ledelse og myndighet til å ta egne avgjørelser (Røvik 2009:34). Ledere skal ha «rett til å lede», men skal også ansvarliggjøres. Resultater skal rapporteres videre og vurderes opp mot de målene de styrer mot (Hippe & Trygstad 2012:9).

Sykehusene er en del av offentlig sektor hvor det har vært gjennomført flere NPM-inspirerte reformer de siste årene, bl.a. innføring av innsatsstyrt finansiering i 1997, enhetlig ledelse i spesialisthelsetjenesten i 1999, fritt sykehusvalg i 2001 og Helseforetaksreformen i 2002 (Hippe & Trygstad 2012:28; Kjekshus mfl. 2013). Helseforetaksreformen (Helseforetaksloven) medførte at sykehusene, som i hovedsak var eiet av fylkeskommunene, ble overtatt av staten og organisert som helseforetak. Norge ble delt inn i helseregioner med regionale helseforetak (RHF), som igjen eier alle lokale helseforetak (HF). Et av målene med foretaksreformen var å skape en sterkere politisk (statlig) styring av sykehusene. Politikerne var bekymret for kostnadsveksten, og det ble oppfattet som uryddig at fylkeskommunene var sykehuseiere, samtidig som staten finansierte driften. Reformen skulle effektivisere driften av sykehusene. Et annet mål var å myndiggjøre ledere gjennom økt kompetanse, rolleforståelse og gjennomføringsevne. Foretaksreformen var følgelig også en lederreform. Sykehusledere skulle lede og ta ansvar. Samtidig skulle profesjonenes makt begrenses (Hippe & Trygstad 2012). Profesjonene skulle ikke lengre «styre» ledelsen (Iversen & Gammelsæter 2012).

Graden av endring og stabilitet over tid er knyttet til eksisterende kulturelle trekk ved organisasjonene (Christensen mfl. 2009:150). En rekke reformer med tilknytning til NPM-tradisjonen har bidratt til å endre strukturelle og kulturelle trekk ved sykehusene. I denne artikkelen tar jeg utgangspunkt i en av disse reformene, nemlig internkontroll av helse, miljø og sikkerhet (IK-HMS). Jeg studerer endring i det systematiske HMS-arbeidet i sykehus over en periode på 15 år, og viser hvordan HMS-arbeidets utvikling over tid kan bidra til å belyse det NPM-inspirerte endringsarbeidet i sykehus spesielt og offentlig sektor generelt.

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Intenkontrollforskriften) trådte i kraft i 1997, men forgjengeren til dagens forskrift ble innført allerede i 1992. I Norge ble imidlertid internkontroll (IK) som virkemiddel først benyttet innen petroleumsvirksomheten, hvor IK-HMS utgjorde en del av selskapenes totale kvalitetssikringssystemer (Karlsen 2004). På bakgrunn av disse erfaringene ønsket myndighetene å introdusere IK-HMS i alle landbaserte virksomheter. Hensikten var å øke den systematiske egenaktiviteten. Innføringen av IK-HMS som organisatorisk verktøy skulle ikke erstatte det eksisterende verne- og miljøarbeidet, men medførte et tilleggskrav til virksomhetene om selv å dokumentere overfor myndighetene at det foregikk et systematisk arbeid i samsvar med lovverkets intensjoner (NOU 1987:10). IK-reformen inne-

bar også en overgang til mindre detaljerte forskrifter og større vekt på at virksomhetene selv skulle finne måter å innfri HMS-kravene på. Denne formen for selvregulering, som også skulle gi kostnadsbesparelser for myndighetene, er hovedkonseptet i HMS-reformen og viser tilknytningen til NPM-tradisjonen (Karlsen 2010:17,19).

Internkontroll innebærer en plikt til å påse at krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift blir overholdt, og kommer følgelig i tillegg til plikten til å etterleve lover og forskrifter (Graver 1995). Det er et generelt kvalitetssikringsprinsipp som benyttes på mange områder, som et ledd i moderniseringen av offentlig sektor. Innen HMS-arbeid er IK definert som systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av HMS-lovgivningen (IK-forskriften § 3). HMS-lovgivningen består av arbeidsmiljøloven (AML) og sju andre lover samt forskrifter fastsatt i medhold av disse (IK-forskriften § 2). IK-forskriften beskriver hvordan virksomhetene skal organisere sitt HMS-arbeid. Formålet (IK-forskriften § 1) er å fremme et forbedringsarbeid gjennom å stille krav om systematiske tiltak på tre områder, 1) arbeidsmiljø og sikkerhet, 2) forebygging av helseskade eller miljøforstyrrelse fra produkter eller forbrukertjenester og 3) vern av det ytre miljø mot forurensning og en bedre behandling av avfall. Jeg skal i denne studien avgrense meg til punktet om arbeidsmiljø og sikkerhet.

En tidligere studie av HMS-arbeid i sykehus basert på data fra 1998 og 1999, viste at HMS-aktiviteten både var lav og skjev (Borgen & Lunde 2001, 2007, 2009; Borgen 2012). En av forklaringene var at eksisterende kulturelle trekk (Christensen mfl. 2009:150) ved sykehuset som profesjonell organisasjon vanskeliggjorde HMS-arbeidet. Femten år senere synes det å ha skjedd en endring. HMS-aktiviteten er høyere og HMS-arbeidet er blitt en mer integrert del av arbeidet i sykehusene, i følge dem som arbeider med det til daglig.

Min analyse omfatter resultater fra en longitudinell studie av HMS-arbeid i sykehus (1998–2013). Resultater fra den første fasen av studien er dokumentert tidligere (Borgen & Lunde 2001, 2007, 2009; Borgen 2012). I denne artikkelen sammenliknes resultater fra den tidlige fasen med resultatene fra 2013. I tillegg til innledningen, som er artikkelens del en, består artikkelen av fem deler. Del to handler om systematisk HMS-arbeid, mens del tre presenterer sykehus som organisasjoner. I del fire beskrives case og metode, før jeg i del fem presenterer resultatene fra studien som del av analysen. Del seks er oppsummering og konklusjon.

Sentrale aktører, arbeidsmetoder og innholdet i det systematiske HMS-arbeidet

Hovedansvaret for det systematiske HMS-arbeidet påligger arbeidsgiveren (AML § 3-1), og HMS-ledelse skal utøves i linjen som en integrert del av det samlede

lederansvaret (Karlsen 2004:3, 102). Partssamarbeid er imidlertid en forutsetning, og arbeidstakerne har både rett og plikt til å medvirke (AML § 2-3, § 4-2), f. eks. gjennom deltakelse i kartleggingsarbeid, risikovurdering, utarbeiding av handlingsplaner og forslag til tiltak (Karlsen 2004). Medvirkning fra arbeidstakerne omfatter også rapportering av avvik, som gir oppdatert informasjon om de faktiske forholdene på arbeidsplassen og er avgjørende for iverksetting av tiltak (Karlsen 2010: 56, 84). Som en del av den organiserte vernetjenesten skal det velges verneombud, som er arbeidstakernes tillitsvalgte i arbeidsmiljøspørsmål (AML § 6-1).

Arbeidsprosessen kjennetegnes av at virksomheten peker ut mål for HMS-arbeidet og deretter forsøker å bringe tilstanden på arbeidsplassen i samsvar med målene. Det utarbeides en handlingsplan som beskriver målene i den kommende perioden, hvilke tiltak som skal gjennomføres for å nå målene, hvem som er ansvarlig for gjennomføringen, og når arbeidet skal være ferdig. Deretter gjennomføres tiltakene og det foretas løpende kontroll med resultatene av arbeidet. Mangelfull måloppnåelse fører til korrigerende tiltak, eventuelt til utpeking av nye mål. HMS-arbeid er en kontinuerlig forbedringsprosess (Karlsen 2010:104).

Det systematiske HMS-arbeidet skal kvalitetssikres og dokumenteres gjennom etablering av et internkontrollsystem (IK-system), dvs. en samlet skriftlig oversikt over alle HMS-rutiner, HMS-aktiviteter og de delene av HMS-lovgivningen som angår virksomheten (Skaar 1994). Systemet skal være kjent og tilgjengelig for alle ansatte. Avvik fra standarder gitt i lov, forskrift eller eget IK-system skal meldes til arbeidsgiver, slik at organisasjonen kan lære av sine erfaringer. Skriftlig dokumentasjon på forholdet skal registreres i IK-systemet. Problemer bør løses så nært kilden som mulig, i samarbeid med dem som jobber der. HMS-arbeidet skal foregå lokalt og være tilpasset de utfordringene som finnes i organisasjonen. Det er derfor viktig å kjenne arbeidsmiljøet og kulturen i virksomheten, f. eks. i sykehuset.

Det faglige innholdet i HMS-arbeidet har tradisjonelt vært dominert av forebyggende arbeid, og flere forskere har etterlyst en større vekt på helsefremmende arbeid (Bjørnstad 2002; Thomassen 2006; Borgen & Lunde 2009). Karlsen (2004:88) skriver at endringer i arbeidslivet har gjort psykososiale problemer og fravær til de store utfordringene, og ønsker seg en mer innovativ bruk av internkontroll. De siste årene har imidlertid dokumenter som «Lillestrøm-erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser» (Statens arbeidsmiljøinstitutt 2002) og «Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv» (IA-avtalen) (NAV 2014) vist at både myndighetene og partene legger økt vekt på helsefremmende og inkluderende arbeid. Dessuten bruker Arbeidsmiljøloven av 2005 for første gang begrepene helsefremmende (og meningsfylt) arbeidssituasjon og inkluderende arbeidsliv i lovens formålsparagraf (AML § 1).

Sykehus som organisasjoner i endring

Sykehusene har tradisjonelt blitt betegnet som profesjonsbyråkratier (Mintzberg 1989), med utstrakt delegering av beslutningsmyndighet blant de ansatte, med utgangspunkt i deres profesjonelle kvalifikasjoner (Jacobsen & Thorsvik 2013). Standardisert oppgaveløsning sikres gjennom strenge krav ved rekruttering, ikke ved bruk av rutiner. Det er liten grad av formalisering, mens uformelle normer i stor grad påvirker det de ansatte gjør (Flermoen 2001). Profesjoner styres ikke av regler, men bruker sitt faglige skjønn (Svensson & Karlson 2008:261). Sykehusets administrasjon har derimot blitt beskrevet som et maskinbyråkrati, med hierarkisk struktur, klare linjer for ledelse, standardiserte arbeidsoppgaver og styring gjennom skriftlige regler (Mintzberg 1989; Jacobsen & Thorsvik 2013). Profesjonene har hatt stor grad av autonomi, og den byråkratiske og politiske kontrollen med sykehusenes ressursbruk har vært beskjeden. Dette bildet har endret seg. Helsevesenet har blitt underkastet sterkere ekstern kontroll, noe som har redusert profesjonenes autonomi (Brante 2005:31). Samtidig er sykehusets ledelse blitt sterkere (Svensson & Karlson 2008). Sykehus kan dermed fremstå som hybride organisasjoner med motsetningsfylte relasjoner eller krav, enten det dreier seg om mål, midler, kultur eller praksisformer. Resultatet blir indre motsetninger som må håndteres i organisasjonen (Engelstad & Steen-Johnsen 2010:3).

Tidligere undersøkelser i norske sykehus har vist at det også pågår en utvikling i HMS-arbeidet. Grimsmo og Sørensen (2004) fant i sin «Null-punkt-undersøkelse» at svært mange opplevde at de jobbet med interessante arbeidsoppgaver og at de lærte noe nytt i jobben. Men rapporten beskrev også stort arbeidspress, betydelige psykiske belastninger, slitasje pga. hyppige omstillinger og mangel på medvirkning. Arbeidstilsynets påfølgende kampanje, «God vakt», innebar tilsyn ved samtlige norske sykehus i 2005. Prosjektrapporten viste at det var betydelige utfordringer knyttet til både negative faktorer i arbeidsmiljøet og fravær av fungerende HMS-rutiner (Arbeidstilsynet 2006). Rapporten la særlig vekt på arbeidstakernes opplevelse av tidspress, og at HMS-arbeidet syntes å mangle status og aksept som lederverktøy i sykehusenes endringsarbeid. En ny runde med tilsyn i 2008 viste at HMS-arbeidet var styrket på mange områder (NOU 2010:13). De regionale helseforetakene var engasjerte i arbeidet og ledere på alle nivåer hadde fått tydeliggjort sitt HMS-ansvar. Det var etablert systemer, verktøy, rutiner og opplæringsplaner, og gjennom etablering av møteplasser og organiseringen av vernetjenesten var forutsetningene for medvirkning fra arbeidstakerne til stede. IA-avtalen var kjent for både ledere og ansatte, og ble fulgt opp. Arbeidspresset var imidlertid fortsatt stort, og HMS-arbeidet ble nedprioritert av lederne når andre oppgaver presset på. Mange HMS-rutiner var ukjente for de ansatte og lojaliteten til rutinene varierte. Det var også stor underrapportering av avvik og mangelfull oppfølging av avviksmeldingene.

Sykehusene har arbeidet med kvalitetssikring av helsetjenester omtrent like lenge som med IK-HMS. God kvalitet betyr bl.a. at helsetjenestene er virkningsfulle, trygge, involverer brukerne, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene godt, samt er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Sosial- og helsedirektoratet 2005). Det legges vekt på kontinuerlig og systematisk forbedringsarbeid, og det henvises til en modell som nesten er identisk med den anbefalte fremgangsmåten i IK-forskriftens brukerveiledning. Et viktig poeng er at forbedringsarbeid setter krav til kulturen i organisasjonen. Forbedring krever kritisk refleksjon rundt egen praksis, samt tid og ressurser. Sykehus omfattes også av Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008–2009), hvor også kvalitet og kontinuitet i helse-tjenesten er sentrale mål.

Gjennomføringen av IK-reformen har følgelig pågått samtidig med en rekke andre reformer. De endringene på HMS-området jeg analyserer i artikkelen, kan derfor også forstås som uttrykk for generelle endringsprosesser i sykehusene og i offentlig sektor for øvrig.

Case og metode

Artikkelen bygger på en longitudinell studie av HMS-arbeidet i tre somatiske sykehus i Nordland. Longitudinelle studier undersøker sosiale fenomener og prosesser over tid. Det innhentes empiriske data om det samme fenomenet på mer enn ett tidspunkt, f. eks. data om hvordan meninger eller handlingsmønstre forandrer seg. Noen studier følger en prosess kontinuerlig og samler inn data fortløpende, mens andre beskriver stabilitet og endring ved å sammenlikne data om samme fenomen på ulike tidspunkt. Longitudinelle studier gir sikrere slutninger om endring enn studier der data er innhentet på ett enkelt tidspunkt (Grønmo 2004).

Sykehusene i studien kalles henholdsvis Sykehus A, Sykehus B og Sykehus C. To strategiske utvalg, bestående av 18 informanter hver, ble intervjuet på to ulike tidspunkt. Informantene er valgt ut blant dem som har en formell rolle i det systematiske HMS-arbeidet. Sykehusene er de samme begge ganger, men ingen informanter har deltatt mer enn en gang.

Det første feltarbeidet ble foretatt fra mai 1998 til april 1999. Ved hvert av sykehusene intervjuet min kollega og jeg den systemansvarlige for sykehusets internkontrollsystem for HMS (tre informanter), representanter for den sentrale ledelsen (fem informanter), ledere på avdelingsnivå (fire informanter) og sykehusets hovedverneombud (tre informanter). Vi intervjuet også to ansatte i Nordland fylkeskommune (daværende sykehuseier) og en av de ansatte ved Arbeidstilsynet i Nordland. I tillegg til kvalitative intervjuer gjennomførte vi dokumentstudier av de politiske vedtakene i Nordland fylkeskommune på HMS-området og deler av sykehusenes IK-systemer (Borgen & Lunde 2001, 2007, 2009; Borgen 2012).

Det andre feltarbeidet ble foretatt fra mai til desember i 2013. De tre sykehusene er i dag deler av to ulike helseforetak. Foretakene er organisert etter ulike organisasjonsmodeller, som vil bli beskrevet senere. Sykehus A og Sykehus C tilhører «Fjordsykehuset helseforetak» (Fjordsykehuset HF). Ved Fjordsykehuset HF ble åtte informanter intervjuet. Fire tilhører arbeidsgiversiden: Leder for HMS-seksjonen, Kvalitetsrådgiver, Enhetsleder Sykehus A og Enhetsleder Sykehus C. De fire andre representerer arbeidstakersiden: Hovedverneombud, Klinikkverneombud, Verneombud Sykehus A og Verneombud Sykehus C.

Sykehus B tilhører «Fastlandssykehuset helseforetak» (Fastlandssykehuset HF), hvor jeg intervjuet seks informanter. Tre av dem tilhører arbeidsgiversiden: HMS-rådgiver, Personlrådgiver Sykehus B og Enhetsleder Sykehus B. De tre andre representerer de ansatte: Hovedverneombud, Plassansvarlig verneombud Sykehus B og Verneombud Sykehus B.

Jeg har også intervjuet en representant for det regionale helseforetaket (HMS-ansvarlig leder RHF), konsernverneombudet i det regionale helseforetaket (Konsernverneombud RHF), en representant for Arbeidstilsynet i Nord-Norge og en representant for bedriftshelsetjenesten hvor Fjordsykehuset HF er kunde. Hvert av de kvalitative (semistrukturerte) intervjuene hadde en varighet på en time. To av dem ble foretatt over telefon.

De to utvalgene er satt sammen med utgangspunkt i organiseringen av sykehusene på tidspunktene for intervjuene, og de er ikke helt like med tanke på informantenes funksjoner, stillingskategorier og profesjonstilhørighet. Begge utvalgene består imidlertid av informanter med formelle roller i HMS-arbeidet, deres sentrale posisjon i arbeidet er selve utgangspunktet for deltakelsen i utvalget. Jeg har ønsket å få frem hvordan aktører med HMS-ansvar selv beskriver HMS-arbeidet på de to tidspunktene. Jeg oppfatter derfor data som sammenliknbare.

Materialet gir ikke sikre svar på hvordan HMS-tilstanden faktisk er, men gjennom informantenes egne beskrivelser av tilstanden får vi en indikasjon på stabilitet eller endring over tid. I den nyeste delen av materialet er det like mange representanter for arbeidsgiver- og arbeidstakersiden, og de arbeider på ulike nivåer i foretakene. Hensikten har vært å få frem et variert materiale, som kan åpne for alternative versjoner og ulike tolkninger (Malterud 2013).

Transkriberingen og analysen av intervjuene har vært foretatt løpende. Gjennom analyseprosessen har jeg gått fra rådata til resultater, ved at materialet har blitt organisert, fortolket og sammenfattet. Jeg har benyttet resultatene fra studiens del 1 som mal og analytisk utgangspunkt for presentasjonen av resultatene fra del 2.

Analyse

Hensikten med analysen er å få frem eventuelle endringer over tid. Resultatene fra de to fasene av undersøkelsen sammenliknes på fem punkter.

1. HMS-arbeidets omfang og kvalitet

Et av hovedfunnene i den første delen av studien var at HMS-aktiviteten ofte var lav, selv om den varierte betydelig, både mellom sykehusene og mellom avdelinger ved samme sykehus. To avdelingssykepleiere ved ulike sykehus erklærte uavhengig av hverandre at HMS-arbeidet «lå dødt» i deres avdeling. Dette har endret seg. I dag er det en utberedt oppfatning at det jobbes godt med HMS, selv om kvalitet og omfang fortsatt varierer noe. Informanten ved Arbeidstilsynet har fulgt utviklingen i Fjordsykehuset HF, spesielt i Sykehus A, de siste ti årene: «Hovedinntrykket er at det er mye bedre. (...) Men det betyr jo ikke at verden er problemfri og bildet entydig. Det er alltid noen som ikke gjør jobben sin i systemet.»

Materialet viser endringer i linjeledernes evne og vilje til å ta ansvar for HMS-arbeidet. HMS-arbeidet fremstår som forankret i ledelsen og ses i større grad enn før i sammenheng med andre arbeidsoppgaver. Dette er helt i tråd med IK-reformens tydeliggjøring av at HMS-ansvaret skal ivaretas i linjen (Karlsen 2010:15). Berg, Byrkjeflot & Kvåle (2010) bruker begrepet «hybridledere» om ledere i sykehus med helsefaglig utdanning som går inn i en ny type lederrolle, som innebærer en kombinasjon av faglig og generell ledelse (drift, økonomi og personalansvar). Begrepet er i følge Berg mfl. (2010) særlig blitt aktualisert som følge av NPM-inspirerte reformer i offentlig sektor. Slik Leder HMS-seksjonen i Fjordsykehuset HF ser det, er en av de viktigste endringene at linjelederne i større grad forventes å ha de kunnskapene som skal til for å ivareta HMS-ansvaret i sin enhet:

Hvis det var tid for å gå vernerunde, ble det sendt ut budskap fra ... om ikke akkurat keiser Augustus, så ... i alle fall, på noen utpregede, klassiske HMS-aktiviteter så ble det ganske godt sentralstyrt og det var forholdsvis lett å forstå hva som skulle gjøres. I dag ligger det større forventninger til at lederne er i stand til å se mer av dette selv, enn at det skulle sitte en sånn sentral person og sende ut direktiver.

HMS-arbeidet har ikke bare blitt mer systematisk, men også mer synlig gjennom bruk av faste arbeidsprosedyrer. Flere forteller at HMS alltid er det første punktet på personalmøter, og at arbeidet er organisert som et fast «årshjul» av oppfølgingsrutiner og kartlegging (vernerunder, Questback-undersøkelser o.l.) som resulterer i en HMS-handlingsplan. Enhetsleder Sykehus B synes det er viktig å vise sine ansatte at HMS-arbeidet er en del av det daglige arbeidet: «Jeg har blitt mer påpasselig med å si at dette er en HMS-sak, selv om det er en dagligdags sak.»

Verneombudene ved samtlige av de tre sykehusene beskriver høyere HMS-aktivitet enn tidligere, mer systematikk i arbeidet, en arbeidssituasjon med mer tid til HMS-arbeid, og ikke minst, godt samarbeid med sine nærmeste ledere. Verneombud Sykehus A har jobbet ved sykehuset i nesten hele perioden mellom de to intervjuundene og har sett klare endringer i forutsetningene for medvirkning: «(...) Hvis ledelsen tror at jeg bør være med, så er jeg spurt og informert. Slik tror jeg ikke verneombudet hadde det den gangen jeg begynte her.»

Et viktig punkt i den direkte medvirkningen i HMS-arbeidet fra de ansattes side, er melding av avvik. Avviksmeldinger er en kilde til informasjon for ledelsen og utgangspunkt for iverksetting av tiltak. Her synes det å være mer å hente ved alle de tre sykehusene, noe som også sammenfaller med funnene i God vakt-kampanjen i 2008 (NOU 2010:13).

De største avvikene blir både rapportert og behandlet, men kunnskapene om innholdet i IK-systemet, de enkelte rutinene og hvordan man rent praktisk bruker systemet, varierer mye. Selv om det er delte meninger om hvor lett tilgjengelig det elektroniske IK-systemet faktisk er, oppfatter mange det som så tungvint at det i seg selv er en kilde til underrapportering av avvik. Personalerådgiver Sykehus B er en av dem:

Det er flaut, jeg er nesten ikke inne der. Jeg synes det er vanskelig å forholde meg til det, og å jobbe med avvik i det. Jeg synes det er et lite brukervennlig system. Det er mitt personlige inntrykk, et tungt system ... det er jeg sikker på at du har fått unison!

Plassansvarlig verneombud Sykehus B beskriver derimot underrapportering av avvik som en reaksjon på at tidligere innleverte avviksmeldinger ikke har ført til at ledelsen har iverksatt tiltak: «Det skjer ingenting, det bare fortsetter på samme vis, det blir bare litt støy der og da, og så er vi tilbake til det samme. Derfor har vi fått en avvikstrøtthet blant folk.»

2. HMS-arbeidets innhold

Et annet viktig funn i studiens første del var at HMS-aktiviteten var skjev, sammenliknet med den brede målsettingen i Arbeidsmiljøloven og utfordringene i arbeidsmiljøet. HMS-arbeidet ble dominert av forebyggende arbeid rettet mot fysiske, kjemiske og biologiske faktorer. Helsefremmende arbeid på det psykososiale området og inkluderende arbeid var lite synlig.

Også her peker materialet i retning av at det har skjedd endringer. Ved begge de to helseforetakene er det nå bedre balanse i det faglige innholdet, og det er ingen store forskjeller i oppfatning mellom arbeidsgiverrepresentanter og arbeidstakere på dette punktet. Det psykososiale arbeidsmiljøet får like mye oppmerksomhet som det fysisk-kjemiske. Hovedverneombud Fastlandssykehuset HF sier

det slik: «Psykososialt arbeidsmiljø, der er vi veldig på hugget. Det er kanskje det feltet som vi er mest på hugget i forhold til.» Ved Sykehus A foregår det imidlertid en utbygging av sykehuset parallelt med at driften skal gå som normalt. Utbyggingen er et så dominerende innslag i de ansattes arbeidsmiljø, at det fysisk-kjemiske miljøet tvinger seg frem og setter dagsorden. Støy, støv og lekkasjer er blant de forhold både ansatte og pasienter må forholde seg til, og tar mye av tiden til både ledere, vernetjenesten og HMS-seksjonen ved Fjordsykehuset HF, som Sykehus A er en del av.

Et viktig funn i det nye materialet er at IA-arbeidet er blitt en sentral del av HMS-arbeidet. Etter at IA-avtalen ble inngått, har arbeidet for et mer inkluderende arbeidsliv blitt et satsingsområde i de regionale helseforetakene. Linjelederne rapporterer resultatene videre og holdes ansvarlige, i henhold til NPM-tradisjonen. Plassansvarlig verneombud Sykehus B tror de store kostnadene som er forbundet med sykefravær, kan forklare noe av satsingen. Dessuten er sykefraværstall lette å registrere og kontrollere. Konsernverneombud RHF sier det slik:

De lederne som er engasjerte og har kunnskaper om HMS, de har fokus på andre ting enn bare inkluderende arbeidsliv. De lederne som ikke har den kunnskapen, der opplever jeg kanskje at HMS-arbeidet reduseres til de helt klare kravene som kommer via IA-avtalen og også helt grunnleggende sikkerhetsrutiner som går på dette med stikkskader og sånn, som på en måte er enkelt formulert i forhold til at du skal gjøre sånn og sånn.

I den første delen av undersøkelsen fremsto helsefremmende arbeid som en del av HMS-arbeidet som fikk lite oppmerksomhet. Det nye materialet viser at det pågår arbeid ved alle de tre sykehusene i samsvar med tankene i «Lillestrøm-erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser» (Statens arbeidsmiljøinstitutt 2002). Utgangspunktet er bl.a. at oppmerksomheten i større grad skal rettes mot forholdet mellom mennesker og muligheter for utvikling, og at dette skal bidra til å bygge organisasjonskulturer hvor dialog, gjensidig respekt og åpne prosesser er viktige elementer. Sykehus B var først ute av sykehusene med sitt «verdiarbeid». «God vakt»-undersøkelsen i 2005 hadde vist at de ansatte ved Sykehus B ikke var helt fornøyde med omgangstonen seg i mellom. Ledelsen ønsket å gjøre noe med det, samtidig som man var litt usikker på hvordan man skulle komme i gang, i følge Personlrådgiver Sykehus B: «Hvordan skal vi snakke om adferd og verdier i en kunnskapsbedrift, uten at det blir moraliserende?». Gjennom arbeidet oppdaget de at Sykehus B allerede hadde definert kvalitet, omsorg og respekt som sykehusets kjerneverdier, uten at noen hadde noe forhold til det. Personlrådgiver Sykehus B forteller: «Jeg satt sentralt på personalavdelingen og jeg hadde ikke fått noe forhold til våre verdier. (...) Når ikke jeg har et forhold til disse ordene, hva har da de ute i sykehuset?». Dette ble startskuddet for en arbeidsprosess, hvor målet var å bruke de negative resultatene i «God vakt»-undersøkelsen som

utgangspunkt for å fylle de definerte verdiene med et positivt innhold. Hva betyr egentlig kvalitet, omsorg og respekt for oss i praksis? Arbeidet resulterte i utarbeidelse av lokale kjøreregler for hvordan man skal oppføre seg mot hverandre, regler som stadig er «levende» i Sykehus B. Senere har også andre sykehus i helseregionen gjennomført tilsvarende prosjekter. Verneombud Sykehus C bekrefter eierskapet de ansatte føler til sine lokale spilleregler:

Jeg tror det er helt lokale kjøreregler, jeg tror ikke det finnes i det elektroniske kvalitetssystemet. (...) I bunnen ligger det vanlig folkeskikk og omtanke for hverandre (...). Jeg tror vi har et nærmere forhold til dette, fordi det er noe vi selv har laget.

3. HMS-arbeid og sykehusets organisasjonskultur

Et av funnene i den eldste delen av materialet var at sider ved sykehusets organisasjonskultur vanskeliggjorde HMS-arbeidet. De ansatte tilhørte en rekke ulike profesjoner, og det var begrenset kommunikasjon over profesjonsgrensene. Verneombudene hadde mest kontakt med sin egen yrkesgruppe, selv om de skulle representere alle. Og selv om sykehusene hadde innført enhetlig ledelse, foretrakk mange å forholde seg til sine tidligere ledere fra egen profesjon, noe som vanskeliggjorde linjetenkning. Dessuten ble ikke IK-rutiner oppfattet som et egnet virkemiddel i en organisasjon som tradisjonelt har vært basert på utøvelse av skjønn.

I det nye materialet mener et stort flertall at IK-HMS passer like godt i sykehus som andre steder. Profesjonene kan være uenige seg i mellom, men dette preger ikke samarbeidet i netjenesten, i følge Hovedverneombud Fjordsykehuset HF. Enhetsleder Sykehus C går enda lengre: «Sykehusorganisasjonen er som skapt for å drive et godt HMS-arbeid. (...) Jeg tror alle forstår at vi må ha gode systemer for å sikre pasientene og oss selv (...)».

En av informantene mener derimot at sykehusets organisasjonskultur (fremdeles) hemmer HMS-arbeidet. HMS-rådgiveren ved Fastlandssykehuset HF har, i likhet med noen av dem som var tydeligst på dette punktet forrige gang, lang arbeidserfaring fra andre typer organisasjoner. Beskrivelsen vitner om at reformer kan møte motstand fra andre aktører i organisasjonen (Christensen mfl. 2009) og har mye felles med funnene i studiens første del:

Jeg tror det har noe å gjøre med at det dreier seg om sterke faggrupper som er vant til å handle på egen hånd og ta store avgjørelser, og de er ikke så interesserte i å forholde seg til internkontrollsystemet. De mener at de skal stå litt friere. Jeg har jobbet flere steder, jeg har bakgrunn fra å se på ulike kulturer. Jeg har aldri jobbet noe sted hvor det er så mange sterke faggrupper, som ofte er i interne diskusjoner. Det er mange sterke faggrupper, ikke bare legene, selv om de er i en særstilling når det gjelder å gjøre det de synes er nødvendig for pasienten ... «Skal jeg fylle ut et skjema før jeg kan gjøre noe?» Det er helt uvesentlig for dem.

Innføring av IK-HMS i sykehus kan beskrives som et møte mellom to ulike logikker, den tradisjonelle medisinske profesjonslogikken og den nye foretakslogikken (Bjørnstad 2014). Selv om det har pågått et større endringsarbeid i sykehussektoren de siste 15 årene, kan vi ikke avvise at det finnes stabile kulturelle trekk ved sykehusene som vanskeliggjør HMS-arbeidet. Det de fleste av informantene imidlertid er enige om, er det spesielle ved den sektoren hvor de jobber. Hensynet til pasientene overskygger hensynet til egen helse, og dette skiller helsevesenet fra andre typer organisasjoner, slik Verneombud Sykehus B ser det:

Du har jo hele tiden hensynet til pasienten, til en tredjepart som må gå foran, uansett hva det er, og det kan jo være lettere i industrien, der du har en død gjenstand, f. eks. en bjelke, kontra et levende menneske. Noe passer vel bedre i industrien enn hos oss. Vi må bestandig ta hensyn til pasienten først, før vi tar hensyn til andre ting. Det er snakk om liv og død her.

4. HMS-arbeid og kvalitetssikring av helsetjenester

Både internkontroll og kvalitetssikring omtales som «prosedyre- og prosessoppskrifter» (Røvik 2007), og begge forbindes med NPM-tradisjonen. Den første intervjurunden viste imidlertid at kvalitetssikring av helsetjenester var langt mer kjent blant informantene enn systematisk HMS-arbeid og ble i større grad oppfattet som en naturlig del av fagutøvelsen. I det nye materialet fremstår kvalitetssikring som en enda større del av det samlede forbedringsarbeidet. Det er to ulike oppfatninger av hvordan HMS-arbeidet påvirkes av kvalitetssikringsarbeidet. Noen mener at HMS blir utkonkurrert. Kvalitetsrådgiveren ved Fjordsykehuset HF mener derimot at HMS får drahjelp av felles tankegang og terminologi:

Kanskje har kvalitet og pasientsikkerhet fortrent litt av det fokuset som HMS hadde som lederoppgave. Samtidig kan det være to sider av samme sak. (...) Jeg håper og tror at IK og kvalitetsutvikling, det blir litt sånn at når det regner på presten, så drypper det på klokkeren.

Leder HMS-seksjonen Fjordsykehuset HF kunne imidlertid ha ønsket seg langt mer drahjelp:

Slik jeg oppfatter det, er det kanskje mest festtalepreg relatert til hvor grunnleggende viktig arbeidsmiljøet er for å kunne levere kvalitativt gode tjenester. Vi har fortsatt mye å gå på for å få ekte anerkjennelse og forståelse for at arbeidsmiljøet er grunnleggende viktig, reelt sett.

Fire forhold går igjen når et flertall av informantene forklarer hvorfor de opplever at HMS-arbeidet har en svak stilling sammenliknet med kvalitetssikring. For det

første sammenfaller målet med kvalitetssikring til beste for pasientene med profesjonenes idealer og tradisjoner.

For det andre har det i følge Plassansvarlig verneombud Sykehus B vært gjennomført en nasjonal pasientsikkerhetskampanje, uten at det har vært noen tilsvarende HMS-kampanje:

«Trygg kirurgi»-prosjektet gir også status utover sykehuset. Det blir sett på fra Helsedepartementet: Oj, Fastlandssykehuset har gjennomført det så bra! Derfor blir det en sak som kanskje får mer oppmerksomhet enn hvordan personalet på operasjonsstuen har det.

Fjordsykehuset HF har dessuten hatt en stor intern pasientsikkerhetskampanje, etter mye negativ oppmerksomhet pga. en sak som gjaldt pasientbehandling. Saken medførte flere endringer, bl.a. fikk foretaket ny direktør. Leder HMS-seksjonen Fjordsykehuset HF forteller:

Saken utløste et betydelig ressursforbruk knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet som HMS-arbeidet ikke har vært i nærheten av. (...) Da vi fikk direktørskifte var det kjempeviktig for dem at vi snudde det inntrykket som var skapt i befolkningen av hvordan tilstanden var her. Folk kan jo bli skremt av å lese om disse tingene i avisen. Det var et strategisk grep som de var veldig bevisste på, direktørene, at dette arbeidet måtte virkelig styrkes og gjøres på en ordentlig synlig måte.

For det tredje tillegges kvalitetssikring av helsetjenester, i motsetning til HMS-arbeid, stor vekt i myndighetenes oppdragsdokument. Konsernverneombud RHF forklarer det slik:

Vi har en organisering hvor vi får vårt oppdrag først fra Helse- og omsorgsdepartementet, og så går det via det regionale helseforetaket, og derfra et nytt oppdrag ut til helseforetakene. Det som er saken er jo at det ikke er et eneste HMS-krav som kommer fra oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. De kravene som stilles til helseforetakene, kommer fra de regionale helseforetakene, og jeg mener at allerede der sliter man litt i forhold til at øverste eier ikke engang stiller noen krav til denne biten i det hele tatt. Allerede der tenker jeg at vi er utkonkurrert, av alle de kravene til pasientsikkerhet og pasientkvalitet som man skal måles på.

Det fjerde forholdet som ofte nevnes, er måten foretakene har organisert det løpende arbeidet med rapportering av resultater, informasjon og planlegging på. Resultatdokumentasjon viser hva man faktisk har fått til og er viktig for forbedringsarbeidet (Karlsen 2010:124). Her har foretakene endt opp med ulike løsninger. Fastlandssykehuset HF har nylig forlatt en ordning med felles kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg (KVAM-utvalg), både på sykehusnivå og på fore-

taksnivå, hvor man kombinerte arbeidet med kvalitetssikring og HMS i samme forum. Nå er man tilbake til ordningen med separate kvalitetsutvalg og Arbeidsmiljøutvalg (AMU). Hovedverneombud Fastlandssykehuset HF mener at ordningen bidro til at HMS-saker ble overdøvet av kvalitetssikring, og da foretaket gikk tilbake til den gamle ordningen, var det ingen uenighet mellom partene: «I fellesmøtene var det kvalitetssaker som dominerte og HMS-sakene som ble nedprioritert, det ble en skjevfordeling, rett og slett, slik vi så det». Fjordsykehuset HF har derimot fortsatt KVAM-utvalg på klinikknivå, i kombinasjon med et tradisjonelt AMU på foretaksnivå. Intervjuene ved Fjordsykehuset HF gir ikke et like tydelig bilde som ved Fastlandssykehuset HF, men kvalitetssikringsaker synes å være i flertall.

5. HMS-arbeid og omorganisering av sykehussektoren

Da fylkeskommunen var sykehuseier, hadde samtlige sykehus både sin egen ledelse, sitt eget hovedverneombud og eget arbeidsmiljøutvalg. De nye foretakene er organisert på ulike måter.

Fjordsykehuset HF har valgt en «klinikkmodell» med linjeorganisering, hvor helseforetaket er delt inn i klinikker med aktivitet ved tre ulike geografiske lokasjoner. Fastlandssykehuset HF, som også har virksomhet ved tre ulike lokasjoner, har derimot valgt en modell med «stedlig organisering». Hvert av sykehusene som inngår i Fastlandssykehuset HF fremstår i større grad enn ved Fjordsykehuset HF som et eget sykehus. Dette gir to ulike måter å organisere HMS-arbeidet på. HMS-ansvarlig leder RHF synes i utgangspunktet å foretrekke klinikkmodellen:

Ved Fastlandssykehuset er det stedlig ledelse på de tre lokasjonene, mens Fjordsykehuset har linjeledelse, og da er vernetjenesten knyttet naturlig opp mot linjen. I Fastlandssykehuset blir det litt mer tungvint i forhold til linjen og litt kronglete organisert, og det kan by på noen utfordringer for oss, men det er fullt mulig å løse det.

Men selv om klinikkmodellen ser mest ryddig ut sett fra det regionale helseforetaket, byr den på utfordringer lengre ned i organisasjonen. Hele foretaksledelsen, alle klinikkledere og klinikkverneombud, samt hovedverneombudet, er plassert ved Sykehus A. Sykehus C har noen ledere med ansvar for flere enheter, men i all hovedsak enhetsledere og vanlige verneombud. Hovedverneombud Fjordsykehuset HF utdyper situasjonen for vernetjenesten:

Det er organisert med ett hovedverneombud (...). Og så er et av verneombudene ved hver klinikk såkalt «Klinikkverneombud». (...) I min første periode som hovedverneombud var det også «Koordinerende verneombud» ved de øvrige to sykehusene i Fjordsykehuset HF som jeg etablerte kontakt med. (...) Men de hadde ingen å kommunisere med på ledelses-

nivå. (...) Nå står disse vervene ubesatte. (...) Det er ingen av verneombudene som vil ta på seg den rollen.

Kvalitetsrådgiver Fjordsykehuset HF er også opptatt av de geografiske avstandene i foretaket:

Det som er en utfordring for Fjordsykehuset, det er at vi har tre ulike lokasjoner, det har vi nesten konstant dårlig samvittighet for, i hvert fall fra klinikkledelsens side.

Intervjueren: Fordi?

Fordi det er en fjord i mellom! (...) Telestudioene har fungert litt variabelt. Det blir fort slik at når det blir noe med teknikken, eller den ene er bortreist, så blir det liksom ikke så viktig. Vi må vokte oss litt for den holdningen der, for reaksjonen fra de øvrige lokasjonene er at nå ønsker de seg faktisk stedlige ledere, for alle direktører og alt sånt ble jo borte (...).

Enhetsleder Sykehus C savner fordelene ved å ha en egen, fysisk tilstedeværende ledelse:

Jeg vil tro at klinikkledelsen vil hevde noe annet (...). Men hvis du jobber i samme korridor eller etasje, så kan du bare stikke innom. (...) Det kan du aldri når du er «over fjorden». (...) Vi har jo levd med egen direktør i mange år, og vi vet jo hvor mye kortere veien er til beslutninger når vi bare kan gå to minutter fra arbeidspulten vår, for å se om direktøren var til stede, og han hadde en «åpen dør»-mentalitet. (...) Og var han ledig, så fikk du svar.

Ved Fastlandssykehuset HF er derimot store deler av ledelsen og vernetjenesten plassert ved det enkelte sykehus, samtidig som det er et mål at ting skal gjøres mest mulig likt ved de tre sykehusene i foretaket. Informantene ved Fastlandssykehuset fremstår som mer fornøyde med sin organisasjonsmodell enn informantene ved Fjordsykehuset. Modellen som er mest kronglete på papiret, fremstår som mest velfungerende i praksis. Hvert sykehus i foretaket har sin egen lokale direktør og sitt eget lokale «hovedverneombud», som kalles «plassansvarlig verneombud». Hovedverneombud Fastlandssykehuset HF mener deres modell fremmer HMS-arbeidet: «Det at vi har plassansvarlige verneombud ved hvert sykehus som jobber nært opp mot den lokale direktøren, det er en ideell måte å jobbe på for oss.»

Den ene modellen synes å gi en bedre organisering av HMS-arbeidet enn den andre. Store geografiske avstander hemmer kontakten mellom de ulike nivåene i Fjordsykehuset HF, både i linjeledelsen og i vernetjenesten. Ikke alle tror imidlertid at forklaringen er fullt så enkel. Konsernverneombud RHF mener at ledelsens fokus på HMS er det viktigste, ikke valg av organisasjonsmodell. Og Hovedverne-

ombud Fjordsykehuset HF opplever utbyggingen av Sykehus A som så krevende for hele foretaket, at det foreløpig er vanskelig å vurdere hvor egnet klinikkmodellen egentlig er: «Å bygge mer organisatorisk struktur på vernetjenesten, det må gjøres i en hverdag, ikke i den hektiske tiden vi er inne i nå».

Oppsummering og konklusjon

I denne artikkelen har jeg studert endring i det systematiske HMS-arbeidet i sykehus over en periode på 15 år, og vist hvordan HMS-arbeidets utvikling over tid kan bidra til å belyse det NPM-inspirerte endringsarbeidet i sykehus spesielt og offentlig sektor generelt. Jeg har gjennomført en longitudinell studie i tre sykehus i Nordland. Hensikten har vært å beskrive stabilitet og endring, gjennom å sammenlikne data innhentet med 15 års mellomrom.

Beskrivelsen informantene i de to utvalgene gir av det systematiske HMS-arbeidet i sykehusene, tyder på at det har skjedd en endring i den perioden undersøkelsen strekker seg over. HMS-arbeid har gått fra å være en fremmed fugl til å bli oppfattet som en del av det daglige arbeidet. HMS-aktiviteten er høyere og mer systematisk, og det faglige innholdet i HMS-arbeidet fremstår ikke lengre som like skjevt. Dessuten utøves HMS-arbeidet i større grad som en del av det samlede lederansvaret i linjen.

Endringen i HMS-arbeidet med utgangspunkt i internkontrollreformen har skjedd parallelt med en rekke andre reformer, både i sykehussektoren spesielt og i offentlig sektor generelt. Dette er et viktig poeng. Det har vært tydelige endringer i HMS-arbeidet, men vi vet ikke i hvilken grad endringene er et resultat av IK-reformen eller de øvrige reformene i samme periode. Økt satsing på HMS kan også forstås som et resultat av den ansvarliggjøringen av linjeledere i sykehus som har fulgt med NPM-inspirerte reformer som enhetlig ledelse og helseforetaksreformen, og arbeidet med kvalitetssikring av helsetjenester har kanskje vært viktigere for utbredelsen av tankegangen og begrepene som benyttes ved IK-HMS enn IK-reformen selv. IK-reformen synes også å ha fått drahjelp av IA-avtalen, en annen reform som i likhet med den selv er felles for både offentlig og privat sektor. IA-avtalen har vært med på å endre innholdet i HMS-arbeidet, slik at det reflekterer hele bredden i AML (Borgen & Lunde 2009) på en bedre måte, uten å være en del av IK-reformen.

Endringen i det systematiske HMS-arbeidet i sykehus kan forstås som en del av et større bilde, som en del av en generell moderniseringsprosess i offentlig sektor. Dette er i tråd med det såkalte «myteperspektivet» (Christensen mfl. 2009:75), som vektlegger at organisasjoner må forholde seg til skiftende sosiale normer i omgivelsene for hvordan de bør være utformet. Dermed blir organisasjonene mer like hverandre, i det minste på overflaten. Men selv om sykehusene har gjennomgått endringer, bl.a. på HMS-området, har de også stabile trekk. Dette er i tråd

med det såkalte «kulturperspektivet» (Christensen mfl. 2009:75), som legger vekt på at verdier og normer som har vokst frem internt i organisasjoner over lang tid, gjør dem stadig mer ulike.

I studiens første del etterlyste daværende personalsjef ved Sykehus B en sterkere forpliktelse hos ledere med helsefaglig bakgrunn når det gjaldt HMS og andre målområder som ikke var knyttet direkte til pasientene, og oppsummerte sin oppfatning slik: «De vil helst være helsepersonell, ikke ledere». Flere av informantene med helsefaglig bakgrunn mente på sin side at sykehusledelsen var mest opptatt av budsjetter og økonomiske resultater (Borgen & Lunde 2001, 2007). Siden den gang har de tidligere omtalte reformene vært gjennomført og IK-HMS har fått virke i ytterligere 15 år. Basert på funnene som er blitt presentert her, er ikke sykehusene lengre en like «spesiell opplevelse» (Borgen & Lunde 2007). Linjeledere med helsefaglig bakgrunn synes i større grad å ha blitt virkelige «hybridledere», i den betydning at de er lojale mot hele bredden av mål i sykehusorganisasjonen, også HMS-mål og budsjetter.

Fremveksten av en linjeledelse bestående av hybridledere er en av de største endringene i sykehusene i den perioden studien strekker seg over. Sykehusene har likevel ikke ensidig overtatt ideene som preger NPM-tradisjonen. Påvirkningen synes å ha gått begge veier. Samtidig har nemlig de administrative lederne også blitt mer «hybride». Toppledelsen er ikke bare opptatt av økonomi, men også av kvaliteten på helsetjenestene, noe som tradisjonelt har vært profesjonenes fremste anliggende. Her forenes de ansattes faglige idealer med krav i helsedepartementets oppdragsdokument, nasjonale kampanjer, forventninger i befolkningen og de lokale direktørenes engasjement for å levere gode resultater på området kvalitet og pasientsikkerhet. Kvalitet og økonomi har blitt felles kriterier for både eiere, direktører og ledere med helsefaglig bakgrunn når man vurderer sykehusenes resultater.

Analysen av endringen i HMS-arbeidet i sykehusene gir en indikasjon på at de NPM-inspirerte reformene har bidratt til å endre offentlig sektor. Men skal endringsarbeidet bli vellykket, synes endring også å handle om tilpasning til eksisterende verdier og normer i organisasjonene.

Noter

- 1 Takk til Ann Therese Lotherington for veiledningen i arbeidet med artikkelen. Takk også til både den anonyme konsulenten og redaksjonen i *Søkelys på arbeidslivet*, som gjennom sine kommentarer bidro til å gjøre artikkelen bedre enn den ellers ville ha blitt.

Referanser

- Arbeidstilsynet (2006). *God vakt! - Arbeidsmiljø i sykehus*. Oppsummering etter tilsyn i landets sykehus 2005. Prosjektrapport. Bodø: Arbeidstilsynet.
- Berg, L.N., H. Byrkjeflot & G. Kvåle (2010). Hybridledelse i sykehus – en gjennomgang av litteraturen. *Nordiske organisasjonsstudier*, 12(3):30–49.
- Bjørnstad, O. (2002). *Helsefremmende arbeidsplasser*. Idébanken for sykefraværarbeidet. Ark nr. 53. Oslo: Tiden Norsk Forlag AS.
- Bjørnstad, T.C. (2014). Aktive sykehus? *Søkelys på arbeidslivet*, 31(1-2):136–156.
- Borgen, P.C. & B. Lunde (2001). *Problemet er å få systemet til å leve*. Master of Public Health-oppgave. Göteborg: Nordiska hälsovårdshögskolan.
- Borgen, P.C. & B.V. Lunde (2007). «Sykehus er en meget spesiell opplevelse». Utfordringer i HMS-arbeidet i sykehus. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 10(4):234–245.
- Borgen, P.C. & B.V. Lunde (2009). Arbeidslivet som arena for folkehelsearbeid. Mål og midler i HMS-arbeidet. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 12(4):249–260.
- Borgen, P.C. (2012). «En av mine oppgaver er egentlig å selge tankene». Systematisk HMS-arbeid i sykehus som translasjonsprosess. *Sosiologisk tidsskrift*, 20(4):219–313.
- Brante, T. (2005). Staten og professionerne. I: Eriksen, T.R. og A.M. Jørgensen (red.) *Professionsidentitet i forandring* (s. 16–35). København: Akademisk Forlag.
- Christensen, T., P. Lægred, P.G. Roness & K.A. Røvik (2009). *Organisasjonsteori for offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Engelstad, F. & K. Steen-Johnsen (2010). Hva er det med hybride organisasjoner? *Nordiske organisasjonsstudier*, 12(3):3–7.
- Flermoen, S. (2001). *Søkelys på organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- FOR 1996-12-06 nr 1127: Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften). Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet.
- Graver, H.P. (1995). Sikkerhets- og miljørett. I: J. Hermansen (red.) *Miljøledelse* (s. 200–253). Oslo: TANO.
- Grimsmo, A. & B.A. Sørensen (2004). *Null-punkt-undersøkelse i sykehus*. AFI-notat 8/04. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hippe, J.M. & S.C. Trygstad (2012). *Ti år etter. Ledelse, ansvar og samarbeid i norske sykehus*. Fafo-rapport 2012:57. Oslo: Fafo.
- Iversen, H. P. og Gammelsæter, H. (2012). Reformen i utakt. Selvorganisering eller avstandsledelse i psykisk helsevern? *Nordiske organisasjonsstudier*, 14(1): 28–50.
- Jacobsen, D.I. & J. Thorsvik (2013). *Hvordan organisasjoner fungerer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johnsen, Å. (2005). Økonomisk organisasjonsteori og ny offentlig styring. I: E. Døving & Å. Johnsen (red.) *Organisasjonsteori på norsk* (s. 263–286). Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsen, J.E. (2004). *Ledelse av helse, miljø og sikkerhet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Karlsen, J.E. (2010). *Systematisk HMS-arbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

- Kjekshus, L.E., H. Byrkjeflot & D.O. Torjesen (2013). Organisering og ledelse av sykehus etter NPM – legenes tilbaketrekning? I: A. Tjora & L. Melby (red.) *Samhandling for helse* (s. 105–119). Oslo: Gyldendal.
- LOV 2005-06-17 nr 62: Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.(Arbeidsmiljøloven).
- LOV 2001-06-15-93: Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven).
- Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management*. New York (USA): The Free Press.
- NAV (2014). Hva er inkluderende arbeidsliv (IA)? Lesedato 09.09.14. Avtaleteksten til Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2014–2018 hentes frem ved å klikke på Relatert informasjon. <https://www.nav.no/no/Bedrift/Inkluderende+arbeidsliv/Hva+kan+NAV+hjelpe+med/Hva+er+inkluderende+arbeidsliv>
- NOU (1987:10). *Internkontroll i en samlet strategi for arbeidsmiljø og sikkerhet*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet.
- NOU (2010:13). *Arbeid for helse*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Røvik, K.A. (2007). *Moderne organisasjoner*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (2009). *Trender og translasjon*. Oslo: Universitetsforlaget
- Skaar, S. (1994). Internkontroll i følge forskriften. I: Skaar, S. (red) *Internkontroll – ørkenvandring eller veien til det forjettede land?* (s. 37–43). Trondheim: Sintef IFIM.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). «... og bedre skal det bli!». Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Veileder. IS-1162.
- Statens arbeidsmiljøinstitutt (2002). Lillestrøm-erklæringen om helsefremmende arbeidsplasser. Hentet fra http://www.stamiweber.no/hefa/lillestrom_erklar.html
- St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Svensson, L.G. & A. Karlsson (2008). Profesjon, kontroll og ansvar. I: Molander, A. og L.I. Terum (red) *Profesjonsstudier* (s. 261–275). Oslo: Universitetsforlaget.
- Thomassen, O.J. (2006). Hvordan skape et helsefremmende arbeidsmiljø? *Arbeidervern*. Hentet fra <http://www.arbeidstilsynet.no/arbeidervernartikkel.html?tid=79343>

Avhandlingen bygger på en studie av HMS-arbeidet ved tre sykehus i Nordland. Hovedproblemstillingen er: Hvordan kan vi forstå systematisk HMS-arbeid i sykehus, og hva kan HMS-arbeidet i sykehusene fortelle oss om endringsprosesser i offentlig sektor? Hovedproblemstillingen utdypes av fire forskningsspørsmål. Det er foretatt to feltarbeid bestående av kvalitative intervjuer og dokumentstudier med 15 års mellomrom, i 1998-1999 og i 2013.

Funnene presenteres og drøftes i fire artikler. Artikkel I viser at HMS-aktiviteten i starten på perioden både er lav sammenliknet med målsettingen i HMS-lovgivningen og skjev sammenliknet med bredden i arbeidsmiljølovens krav og kompleksiteten i arbeidsmiljøet. Artikkel II ser nærmere på årsaker til skjevheten i HMS-arbeidets innhold, mens Artikkel III studerer årsaker til den lave HMS-aktiviteten. Artikkel IV viser at HMS-aktiviteten i slutten av perioden er høyere, mer systematisk og mer synlig enn tidligere, og på en bedre måte gjenspeiler bredden i arbeidsmiljølovens målsetting og sykehusenes HMS-utfordringer.

Materialet belyses av tre teoretiske perspektiver. I et organisasjons-teoretisk perspektiv forstås internkontroll av helse, miljø og sikkerhet (IK-HMS) som et styringssystem for arbeidsgiveren og som en NPM-inspirert reform som inngår i en politisk ønsket endring av offentlig sektor, deriblant sykehusene. I et folkehelsevitenskapelig perspektiv forstås systematisk HMS-arbeid som folkehelsearbeid med arbeidslivet som arena, og vurderes ut fra kvalitet, omfang, faglig innhold og medvirkning fra de ansatte. I et profesjonsteoretisk perspektiv forstås systematisk HMS-arbeid i sykehus med utgangspunkt i sykehusets tradisjoner, organisasjonskultur, maktforhold og det spesielle ved arbeidet som utføres.

Den økte HMS-aktiviteten i perioden gir en indikasjon på at NPM-inspirerte reformer har bidratt til å endre offentlig sektor. Samtidig må endringsarbeidet tilpasses organisasjonenes eksisterende verdier og normer for å bli vellykket.