

KLP



Sykefraværsarbeid i sykehus

AV TOVE HÅPNES, SOLVEIG OSE OG LISBETH ØYUM, SINTEF

FORORD

SYKEFRAVÆRSARBEID I SYKEHUS

Utstøting fra arbeidslivet representerer store kostnader, blant annet i form av tapt arbeidskraft og pensjonsutbetalinger. Statistikk fra SSB viser at kvinner over tid har hatt høyere sykefravær enn menn, uavhengig av yrke, bransje og utdanningsnivå. Kvinner har også høyere uføreandel i alle aldergrupper (KLP, 2017). Det er generelt lite forskning og kunnskap om kvinners arbeidshelse i Norge.

KLP ønsker å bidra til mer kunnskap om risikofaktorer og helsefremmende faktorer i norsk arbeidsliv, og vi har derfor sammen med Norsk Sykepleierforbund (NSF) og Spekter finansiert et forskningsprosjekt om sykefravær i sykehus. Forskningsprosjektet er gjennomført av SINTEF i perioden 1.1.2015 til 1.7.2017. Hovedformålet med prosjektet var å få mer kunnskap om sykefravær i sykehus og spesielt om kjønnsforskjeller i sykefraværet blant sykepleiere.

Rapporten er skrevet av seniorforskerne Lisbeth Øyum, Solveig Ose og Tove Håpnæs ved SINTEF og viser de viktigste risikofaktorene for sykefravær i sykehus, og de mest sentrale forebyggingsområdene sykehusene bør innrette arbeidet mot.

Vibeke Os Bratlie
Avdelingsleder HMS
2018

Totalt er 84.000 sykepleiere medlemmer i KLP. I tillegg får 33.200 sykepleiere pensjonen sin fra KLP.

Innhold

FORORD	3
SYKEFRAVÆRSARBEID I SYKEHUS	4
VIKTIGE RISIKOFAKTORER FOR SYKEFRAVÆR	6
KVALITET OG SYSTEMATIKK I HMS-ARBEIDET	8
ARBEIDSORGANISERING OG ARBEIDSSITUASJON	9
KVALITET PÅ LEDELSE	11
KJØNNSFORSKJELLER I SYKEFRAVÆR	12
PARTSSAMARBEID SOM LØSNING	14
SYSTEMATISK HMS-ARBEID SOM LØSNING	15
ANBEFALINGER	16
AVSLUTTENDE KOMMENTAR	19

Sykefraværarbeid i sykehus

Norge vil i årene fremover ha stort behov for arbeidskraft innen helse- og omsorgstjenester på grunn av demografiske endringer. Det vil være viktig å sikre rekruttering til sykepleieryrket, og at sykepleierne som allerede jobber ved norske sykehus kan stå lenge i jobben. Tidlig avgang, sykefravær og høy turnover bidrar til lite effektiv utnyttelse av den arbeidskraften og kompetansen vi er avhengige av framover.

Innen sykefraværstudien er det mest vanlig å studere individnivået, der individuelle kjennetegn ved ansatte antas å forklare variasjonen i sykefraværet. Vi ønsket å utfordre dette synet, fordi det er kanskje ikke riktig at sannsynligheten for å bli sykmeldt direkte bestemmes av svakheter eller mangler ved de som blir sykmeldt. Kanskje er det også noe på systemnivå som forklarer hvorfor sykefraværet er høyere i de kvinne-dominerte yrkene enn i de mannsdominerte yrkene og at kvinner har høyere sykefravær enn menn i alle yrker og næringer. Vi ønsket å studere sykepleiere i sykehus, fordi der er det både kvinner og menn (ca 10% er menn) som i mange tilfeller utfører den samme jobben. Vi har fokus på arbeidsplass heller enn på individ.

Kort om prosjektet

Vi har intervjuet i fem sykehus i totalt ti klinikker. Vi har også benyttet resultat fra en spørreundersøkelse blant sykepleiere i sykehus, for å få kvantitativ informasjon.

Tre seniorforskere i SINTEF har utført prosjektet.
Lisbeth Øyum: Seniorforsker, sosiotekniker
Tove Håpnæs: Seniorforsker, sosiolog
Solveig Osborg Ose: Seniorforsker, samfunnsøkonom

Finansiering av prosjektet: NSF, SPEKTER og KLP.

Hovedfunnene fra prosjektet er:

Funn 1. Sykepleiere i sykehus trives godt i jobben sin og har høy yrkesstolthet.

Funn 2. Vi beregner at minst 27% av sykefraværet blant sykepleiere på sykehus, er helt eller delvis arbeidsrelatert.

Funn 3. Det arbeidsrelaterte sykefraværet skyldes vanligvis for høy arbeidsbelastning over tid, både i forhold til fysisk arbeidsbelastning og høyt tempo.

Funn 4. Vi finner at HMS-arbeidet i sykehus i liten grad er koblet til arbeid med risikofaktorene for arbeidsrelatert sykefravær. HMS-begrepet forstås snevert og er i stor grad adoptert fra industrienkningen der sikkerhet har hovedfokus for å unngå ulykker og skader. Dette er ikke det mest relevante i sykehus, og HMS-arbeidet bør heller rettes inn mot et mål om at folk skal stå lenge i arbeid.

Funn 5. Vi finner ingen tydelige kjønnsforskjeller i det arbeidsrelaterte sykefraværet. Dette betyr sannsynligvis at kvinner og menn som arbeider med det samme under samme arbeidsforhold, påvirkes likt.

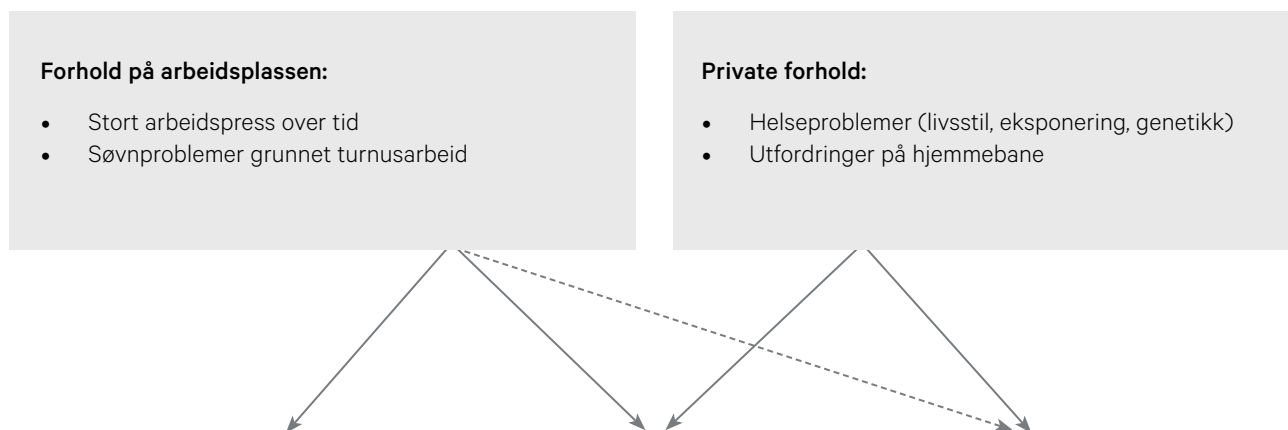
Funn 6. Vi finner tydelige kjønnsforskjeller i sykefraværet som skyldes private forhold, og kvinner har høyere sykefravær enn menn. Men årsaken til dette er usikker. Både mannlige og kvinnelige sykepleiere trekker i intervjuene frem at dette trolig skyldes at det er vanskelig å tilrettelegge for gravide, og at kvinner i større grad har fravær som skyldes omsorgsoppgaver i familien.

Funn 7. I forhold til ledelse, finner vi at det for sykepleierne er viktig at leder har faglig høy kompetanse, er synlig ute på avdelingen og viser de ansatte tillit slik at de får myndighet og ansvar.

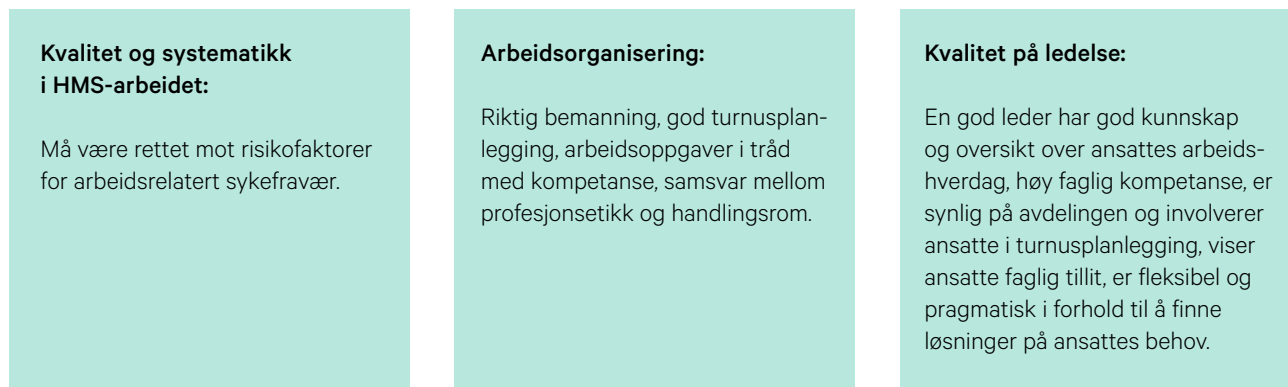
Funn 8. Vi finner at verneombudsrollen står svakt i sykehus, men at dette trolig handler om et dårlig definert HMS-arbeid. Mange tillitsvalgte ser også ut til å ha en passiv og begrenset rolle. Ledelsen på sin side, anerkjenner rollen til både verneombud og tillitsvalgte, og ser på dem som en ressurs som bør brukes mer.

Våre anbefalinger til tiltak i sykefraværarbeidet er oppsummert på slutten av notatet. Først diskuteres funnene mer detaljert. Figuren under viser de viktigste risikofaktorene for sykefravær i sykehus, og de mest sentrale forebyggingsområdene sykehusene bør innrette arbeidet mot.

Viktigste risikofaktorer for sykefravær



Viktigste forebyggingsområder for å unngå sykefravær



Partssamarbeid som løsning

Kontinuerlig dialog mellom ledere, tillitsvalgte og verneombud.

Viktige risikofaktorer for sykefravær

Generelt skyldes noe av sykefraværet private forhold hos den ansatte, noe skyldes forhold på arbeidsplassen, og resten skyldes en kombinasjon av private forhold og forhold på arbeidsplassen. Hvor mye som skyldes hva, vil variere fra virksomhet til virksomhet og fra avdeling til avdeling på et sykehus. For at sykepleierressursene skal utnyttes på en god måte, bør både arbeidsrelatert sykefravær og fravær som skyldes private forhold forebygges i størst mulig grad. For å vite hvordan dette skal gjøres på en målrettet måte, har vi fremskaffet kunnskap om hva som forårsaker ulike typer sykefravær.

FORHOLD PÅ ARBEIDSPLASSEN SOM ÅRSÅK TIL SYKEFRAVÆR:

Det systematiske HMS-arbeidet skal innrettes mot risikofaktorene for helseproblemer. Vi finner at følgende faktorer er de viktigste risikofaktorene for arbeidsrelatert sykefravær på norske sykehus:

- Høy fysisk arbeidsbelastning over tid
- Høyt arbeidstempo over tid
- Søvnproblemer over lang tid grunnet turnusarbeid
- Smittet av pasienter eller kolleger (virus- eller bakterieinfeksjoner)
- Tilretteleggingsproblemer når helseproblemer oppstår

For høy arbeidsbelastning over lang tid, svekker immunforsvaret og det er større sannsynlighet for å bli syk. Når vi har spurt om årsaken til sykefraværet, er det trolig mange som ikke teller med det sykefraværet som indirekte påvirkes av ulike arbeidsforhold. Vi sier derfor at minst 27% skyldes forhold på arbeidsplassen, men vi tror det er mer.

27%

I en undersøkelse blant over 1200 sykepleiere i norske sykehus, fant vi at minst 27% av sykefraværet skyldes forhold på arbeidsplassen.

PRIVATE FORHOLD SOM ÅRSÅK TIL SYKEFRAVÆR

Ledelse, tillitsvalgte og verneombud må også samarbeide for å redusere fraværet som er relatert til forhold på hjemmebane og i privatlivet til folk. Det er mange som ikke kjenner til hva som gir rett til sykepenger og hva som ikke gir rett til sykepenger. Det er klare regler på hva som gir rett til sykepenger ifølge folketrygdloven, kapittel 8. Der står det i § 8.4:

Sykepenger ytes til den som er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade. Arbeidsuførhet som skyldes sosiale eller økonomiske problemer o.l., gir ikke rett til sykepenger.

Følgende forhold gir i utgangspunktet ikke rett til sykepenger:

- Sykdom i familien – **det er du selv som må være syk**
- Konflikter på arbeidsplassen – **må håndteres på andre måter enn sykemelding**
- Økonomiske problemer – **det er det du som må ordne opp i, og kan ikke belastes arbeidsgiver**
- Dødsfall i familien – **gir ikke rett til sykepenger, men snakk med din leder for en løsning**
- For stor belastning på hjemmebane – **finn andre løsninger for å bedre situasjonen, dette gir ikke rett til sykepenger**
- Tid til å gjøre private ærend – **dette er naturligvis ikke en gyldig grunn til sykefravær!**

På noen sykehusavdelinger finner vi at det er en usunn fraværskultur der det i stor grad er akseptert at sykelønnsordningen benyttes for å løse andre utfordringer enn sykdom eller skade.

Den norske sykelønnsordningen er etablert for å beskytte arbeidstakere mot inntektstap om de får helseproblemer, ikke for å løse alle andre mulige problemer. Dersom det etableres en forståelse av at sykelønnsordningen kan benyttes til andre formål, er det fare for at denne viktige inntektssikringen ved sykdom forsvinner. **Dette bør også diskuteres i det lokale partssamarbeidet.**

TILRETTELEGGING VED HELSEPROBLEMER

For arbeidsgiverne er ikke tilretteleggingsplikten nærmere definert enn at det skal tilrettelegges for arbeidstaker "så langt det er mulig" (arbeidsmiljøloven § 4-6). Plikten gjelder uavhengig av diagnose, arbeidsforhold, stillingsgrad, og om reduksjonen i arbeids- evne er arbeidsrelatert eller ikke, varig eller midlertidig. Arbeidsgiver skal først og fremst prøve å legge forholdene til rette for at de ansatte kan fortsette sine vanlige arbeidsoppgaver. Dersom dette blir vanskelig, skal mulighetene for annet passende arbeid i virksomheten vurderes.

Når en arbeidsgiver skal tilrettelegge for én sykmeldt, må han/hun også ta hensyn til de øvrige ansatte og til

driften. utfordringen er å tilrettelegge på en slik måte at det både er til hjelp (og oppleves nyttig) for den sykmeldte, er kostnadseffektivt og produktivt, samt at man opprettholder et godt psykososialt arbeidsmiljø og arbeidsevnen til de friske ansatte på lengre sikt. At tilrettelegging går ut over de friske ansatte, i form av at disse får økt arbeidsbelastning, er typisk den mest nevnte negative konsekvensen av tilrettelegging – både fra arbeidsgiver- og arbeidstakersiden. Det er derfor viktig å finne en riktig balanse i forhold til tilrettelegging. I sykehus kan en viktig grense for tilrettelegging være å ikke gi fritak for nattevakter, fordi dette vil bety at de øvrige ansatte må jobbe flere nattevakter. Grenser for tilrettelegging er noe som bør diskuteres gjennom partssamarbeidet.

Bør diskuteres i det lokale partssamarbeidet:

- Hva gir rett og hva gir **ikke** rett til sykepenger?
- Hva er riktig balanse for tilrettelegging hos oss?
- Hvor går grensen for tilrettelegging på vår avdeling

Kvalitet og systematikk i HMS-arbeidet

HMS-begrepet kommer fra tradisjonell industri, bygg- og anlegg og petroleum. Det vil si fra de mannsdominerte næringene. Her er hovedfokuset alvorlige ulykker, arbeidsrelaterte dødsfall og yrkesskader. Men dette er lite relevant i sykehus. Belastningslidelser regnes ikke som yrkesskade i Norge, og det er derfor lite fokus på yrkesskader i sykehus. For den store majoriteten av sykehusansatte er det heller ikke relevant å snakke om alvorlige ulykker og arbeidsrelaterte dødsfall. Men likevel er innholdet i HMS-arbeidet så snevert at bare "S-en", altså Sikkerhet, dekkes. HMS handler for noen om sprøytestikk, smittefare og fare for akutte småskader. For andre handler det om pasientsikkerhet, voldsrisiko og det som ligger i kvalitetssystemet. HMS-avvik meldes sjelden og det er mange ansatte som ikke vet hva et HMS-avvik er. HMS-avvik vil være forskjellige fra arbeidsplass til arbeidsplass. Hovedproblemet som vi identifiserer i dette prosjektet, er at det er ingen kultur eller tradisjon for å melde HMS-avvik i sykehusene. Vi mistenker at dette er tilfellet i store deler av offentlig sektor, og særlig i de kvinne-dominerte yrkene.

HMS-arbeid er innsatsen som skal gjøres for å sikre ansattes helse og velferd. Pasientsikkerhet er for eksempel en del av kvalitetsarbeidet, og ikke en del av HMS-arbeidet. Prosedyrer og rutiner for brannsikkerhet, sikker oppbevaring av kjemikalier og farlige stoffer er bare en liten del av HMS-arbeidet. Den store delen, som altfor ofte utelates, handler om hvordan de ansatte har det i arbeidshverdagen. Det handler også om at folk skal klare å stå lenge i jobben sin, og ikke være utslitt når de er 50 år. I dag er avgangsalderen for sykepleiere 57 år, inkludert tidlig pensjon og uførepensjonister.

Det er myndighetene og partene i arbeidslivet som ikke har tatt jobben med å oversette HMS-begrepet fra industri og privat sektor til offentlig sektor og de store kvinneyrkene. I dag er nesten halvparten av de

sysselsatte i Norge kvinner. Yrker med mer enn 80 prosent kvinner er blant annet helsefagarbeider, sykepleier og barnehagelærer/førskolelærer. Det er disse kvinnene som i størst grad utsettes for et diffust og lite relevant HMS-arbeid. Arbeidsplassene til disse store yrkesgruppene finnes i hovedsak i offentlig sektor.

Sykefraværet i kvinneyrkene er betydelig høyere enn sykefraværet i de mannsdominerte yrkene. Industrien og de teknologiske yrkene har identifisert reelle risikofaktorer og rettet innsatsen mot disse, mens offentlig sektor og kvinneyrkene ligger langt bak. Risikofaktorene er delvis identifisert, men innsatsen er i liten grad rettet mot disse. HMS-arbeidet settes sjelden i sammenheng med turnusplanlegging, bemanningsplaner og arbeidsorganisering. Det er dette som påvirker ansattes helse og velferd i kvinneyrkene.

Et godt og systematisk HMS arbeid skal sørge for gode arbeidsplasser uten for stor belastning på den enkelte ansatte.

HMS-avvik er en uoverensstemmelse i arbeidssituasjonen som kan skape arbeidsrelatert sykefravær. Dette kan for eksempel være:

- For lav bemanning i forhold til pasientsammensetningen
- Dårlige turnuser som gir for stor belastning
- Ledere som ikke involverer ansatte
- Ledere som bruker makt
- Konflikter som ikke tas tak i
- Mangel på tilrettelegging ved helseproblemer

Arbeidsorganisering og arbeidssituasjon

TURNUSPLANLEGGING OG BEMANNING

Turnusplanlegging og arbeid med å sikre bemanning innenfor de økonomiske rammene som settes, utgjør et viktig grunnlag for arbeidsorganiseringen ved sykehusene. Så langt det er mulig legges det vekt på likhet i fordelingen av tidlig-, sein- og helgevakter blant sykepleierne på den enkelte avdeling. Samtidig forsøker en å ta hensyn til enkelte medarbeideres behov for tilpasninger. Utfordringen i turnusplanleggingen handler ofte om at behovet for eller ønskene om tilpasninger er større enn det avdelingslederne kan innfri. Det gir som utfordring å prioritere hva som kan innfris. Det er viktig å sikre god informasjon omkring turnus og tilpasninger som sikrer at alle forstår begrensningene og hvorfor noen hensyn innfris, mens andre ikke blir det.

Bemanning av vakter er komplekst og det er store variasjoner i hvordan bemanning slår ut og når det blir en utfordring. Mange avdelinger forsøker å unngå for mye bruk av vikarer, men dette må være mer enn en økonomisk vurdering. Mye av den langvarige belastningen som mange sykepleiere opplever, skyldes at bemanningen/vikarbruk ikke systematisk vurderes ut ifra pasienttyngde og arbeidsbelastning.

Typiske situasjoner som kan gi utfordringer er:

1. Spesialiserte avdelinger med mange akuttinnleggelser som ofte opplever å ha for lite folk på jobb fordi det er vanskelig å forutse personellbehovet.
2. Sykehusets behov for fleksibilitet i bemanningen som øker belastningen på de ansatte. For eksempel avdelinger som slås sammen på helgebasis uten medvirkning fra de ansatte.
3. Mangel på tilgjengelige vikarer. For eksempel når det er kjent at avdelingen er underbemannet i helgene, og derfor ingen som vil ta på seg ekstravakter. Ved to sykehusavdelinger fant vi at ansatte konsekvent ikke tok telefonen når leder ringte før ei helg. Dette gir store driftsproblemer.

Både turnusplan og bemanningspraksis må trekkes med i arbeidet med å forebygge sykefravær og utvikle godt arbeidsmiljø. Det legger viktige føringer på arbeidssituasjonen i den enkelte avdeling. Mindre justeringer av bemanningspraksisen vil kunne gi store forbedringer i arbeidssituasjon. Det er særlig arbeidspress, tempo, stress og følelsen av å ikke strekke til, som går igjen i beskrivelser av hvordan arbeidshverdagen er blitt for mange sykepleiere innenfor somatikken.

LAV BEMANNING OG KREVENDE PASIENTGRUNNLAG GIR STORT ARBEIDSPRESS

Det er særlig når grunnbemanningen blir for lav og det vedvarer over tid, at sykepleierne opplever at arbeidsbelastningen blir for høy. Høyt arbeidstempo med mye springing og stress, følelsen av å ikke rekke over det en skal, ikke ha tid til å ta pauser eller spise i løpet av arbeidsdagen, er det som oppleves mest belastende. Dette har sammenheng både med bemanning og pasientsammensetning, og dette må ses i sammenheng.

I hvert intervju stilte vi følgende spørsmål til sykepleierne: *Når er de fine vaktene?*

Det var mange likelydende svar, og dette sitatet illustrerer godt det mange trekker fram:

De fine vaktene er når du kan gjøre én ting om gangen, når du kan sette deg ned å snakke med de pasientene som virkelig trenger det, når du slipper å føle at du står i døren og kaster medisinerne etter folk, fordi du nesten ikke har tid til å gå inn på rommet.

(Kvinnelig sykepleier, somatikk)

Koordinering og samarbeid mellom profesjoner

Sykepleiernes arbeidshverdag påvirkes i mange sykehusavdelinger av kvaliteten på samarbeidet med andre profesjoner, kanskje særlig med legene.

Det varierer i hvilken grad de ansatte utveksler faglig erfaringer og kunnskap mellom profesjonene. I forhold til omsorg og pleie har i stor grad sykepleierne tatt over hjelpepleieroppgavene. Dette skyldes korte pasientopphold og mange sykepleieoppgaver som må gjøres på kort tid. Likevel er det mange sykepleiere som mener at det er stort behov for hjelpepleiere i sykehus i dag, og at mange av de oppgavene de selv har overtatt burde ha vært utført av hjelpepleiere. Det er viktig å vurdere arbeidsoppgaver og arbeidsdeling også innen omsorg og pleieoppgaver i sykehus.

I forhold til legene, er det stor variasjon i hvordan den sykepleiefaglige kunnskapen inkluderes i de medisinske vurderingene. Noen steder tillegger legen sykepleiernes kunnskap stor vekt, mens andre steder er legene lite opptatt av observasjoner som gjøres av pleiepersonell. Noen steder, særlig der avdelingslegen er kirurg og

må ta operasjoner, kan det bli uforutsigbart for sykepleierne. De vet ikke når legen kommer og går visitt, og klarer ikke å svare på spørsmål om utskrivning og annet fra pasienter og pårørende. Avdelinger som har det på denne måten, bør vurdere om det kan gjøres forbedringer for å få bedre arbeidsflyt og økt forutsigbarhet. Blant mange sykepleiere er det et sterkt engasjement for å utvide egen kompetanse gjennom å ta videreutdanning eller kurs. Vi finner at det er stor vilje generelt blant ledere ved sykehus for å tilrettelegge for kompetanseheving og økt faglighet. Engasjementet i å oppdatere seg og lære nytt og på den måten også tilpasse seg endrede arbeidsbetingelser, er viktig fordi det sikrer en økt fleksibilitet i arbeidsstyrken.

Koordinering og samarbeid mellom profesjoner bør også være et diskusjonstema i dialogen mellom partene på arbeidsplassen.



I forhold til legene, er det stor variasjon i hvordan den sykepleiefaglige kunnskapen inkluderes i de medisinske vurderingene.

Kvalitet på ledelse

Vi finner at for sykepleierne er det viktig at nærmeste leder har god **faglig kompetanse**, og helst også erfaring i utøvelse av sykepleiefaget. Sykepleierne får da tillit til at sin leder vet hvordan sykepleierens arbeids-hverdag er, og hvilke krav de står overfor for å yte god pasientbehandling. Sykepleierne får også større tillit til at de beslutningene leder tar er faglig forankret, samt at sykepleierne motiveres til å være i faglige refleksjoner med sin leder og med hverandre.

Det varierer i hvilken grad nærmeste leder, typisk en sykepleier, er **synlig** ute på avdelingen. Men vi ser at når leder prioriterer å sette av tid til å være i avdelingen, opplever sykepleierne at hun/han blir mer tilgjengelig. Kanskje er det også lettere for en leder å være mye ute i avdelingen dersom leder er faglig trygg. Mange sykepleiere sier at en god leder er en leder som tilbyr seg å **hjelp** til når hun eller han ser at arbeidspresset for sykepleierne er for stort. Dette er å anerkjenne sykepleierens opplevelse av tidspres i arbeidshverdagen, og leder og ansatt får felles erfaringer.

God ledelseskvalitet er å vise sykepleierne **tillit** slik at de får **myndighet** og **ansvar** til å ta nødvendige og raske beslutninger i arbeidet. For leder er det lettere å gi tillit til ansatte man kjenner og ferdes med i det daglige. For sykepleierne er det lettere å være trygg i beslutningstaking når de vet at sin leder har gitt de et ansvar som lederen forstår innholdet og konsekvensen av. De fleste sykepleiere ønsker og tar stort ansvar fordi yrkesstoltheten og profesjonsetiske standarder er høye. Når leder gjør det mulig for sykepleierne å være autonome slipper sykepleierne å føle på krysspresset mellom krav til god sykepleie og kontroll over muligheten til å gjøre god sykepleie. Dette gir god jobbtilfredshet.

Ledelse oppstår i det fysiske møtet mellom leder og den hun skal lede. Viktige **møtepunkter** foregår i daglig arbeid, det vil si rundt utøvelse av arbeidsoppgaver eller planlegging og forbedring av disse. En leder som har tid til å være tilgjengelig for sykepleierne ute på avdelingene og prioriterer å skape møtepunkter, vil trolig ha en lettere lederhverdag fordi de ansatte kjenner sin leder. Prioritering av personalmøter og medarbeidersamtaler er også viktig. Hvis personalmøtene er jevnlige og agendaen ganske lik fra gang til gang, er det lettere for

sykepleierne å engasjere seg på møtene og ha tillit til at denne arenaen er viktig å være tilstede på. Altfor mange personalmøter foregår uten at sykepleierne og andre ansatte deltar med sine erfaringer. Personalmøte blir ofte informasjonsmøter fra leder til ansatte og ikke en arena for diskusjon om drift og arbeidsmiljø.

Medarbeidersamtaler er planlagte møter mellom nærmeste leder og den ansatte. For noen medarbeidere er disse samtalerne viktigere enn for andre. For leder derimot, gir samtalerne en god mulighet til å få oversikt over individuelle behov og ønsker som hun/han bør ta hensyn til for eksempel ved turnusplanlegging eller kompetansehevingstiltak. En god medarbeidersamtale innebærer også at leder ber om råd og innspill fra medarbeideren om hvordan lederen kan bli en bedre leder for de ansatte.

I sykehusene som er studert i dette prosjektet, finner vi stor variasjon i lederens praksis med jevnlige personalmøter og årlige medarbeidersamtaler. Alle lederne sier dette er viktig, men opplever at de befinner seg i et krysspres mellom å bruke tid på personalet på bekostning av tid på det administrative arbeidet. For de lederne som har vært i stillingen i flere år sier de at de merkantile ressursene på avdelingsnivå har blitt dramatisk bygd ned. Oppgavefordelingen til leder har dermed blitt mye mer administrativt rapporteringsarbeid på bekostning av tid brukt ute i avdelingen. Også mange sykepleiere sier de ser at sin leder lever i dette krysspresset hver dag.

Relasjonell ledelse bidrar til høy jobbtilfredshet:

- Leder med god faglig kompetanse
- Leder er synlig ute i miljøet
- Leder hjelper til når det trengs
- Leder viser de ansatte tillit og gir ansvar og myndighet
- Leder legger til rette for gode møtepunkter

Kjønnsforskjeller i sykefravær

I dette prosjektet, var kjønnsforskjeller i sykefravær et viktig tema. Vi finner ikke tydelige forskjeller mellom kvinnelige og mannlige sykepleiere i årsaker til sykefravær.

Det som ofte trekkes frem av de vi har intervjuet som årsak til at kvinner har høyere sykefravær enn menn, er:

1. At flere sykehusavdelinger har få muligheter for å tilrettelegge for gravide. Mange blir sykmeldt tidlig i svangerskapet fordi det blir for krevende å stå i jobb. Med andre ord er det sykehusenes manglende handlerom som blir utslagsgivende. Dette har sammenheng med måten sykehusene fungerer på, ved at det er oppgaver som må gjøres i en bestemt rekkefølge og på gitte tidspunkt. Som nevnt tidligere, er det mange hensyn som må tas når det blir spørsmål om tilrettelegging.
2. Noe fravær skyldes omsorgsansvar i egen familie, dvs. når en har syke barn. Respondentene våre mener at det fortsatt er mest vanlig at det er kvinnen som er hjemme når barna blir syke.

Vi skal løfte fram noen kjønnede trekk ved arbeidssituasjonen som vi mener er viktig å ta med i arbeidet med å forbygge sykefravær og forbedre arbeidsmiljøet.

Innenfor flere psykiatriske avdelinger har menn tradisjonelt vært i flertall og oftest begrunnet ut fra behovet for fysisk styrke på grunn av utagerende pasienter. Gjennom de siste årene har kvinneandelen økt betraktelig blant sykepleierne og i ledelsen. Dette blir sett på som svært positivt og begrunnes ut fra at en trenger arbeidsteam der både kvinner og menn inngår. Dette blir opplevd som svært viktig og positivt både faglig og sosialt. Innenfor somatikken har situasjonen vært omvendt, der det er jobbet aktivt for å få flere menn til å søke sykepleierstillinger. De trekk vi løfter fram handler om mestringsforståelser, mestring av arbeidssituasjon, arbeidsbelastning, karriereorientering og forståelser av det andre kjønn.

Mestringsforståelse av egen arbeidssituasjon – om av-knappen

Flere kvinnelige sykepleiere kunne fortelle at de parallelt med økt arbeidspres og arbeidstempo opplevde det som vanskelig å finne av-knappen når de kom hjem. Det kunne handle om bekymringer for om de hadde husket å gjøre bestemte rutiner og arbeidsoppgaver, rapportere ting eller gitt pasienten riktig pleie. Flere av de mannlige sykepleierne mente de ikke hadde tilsvarende problem med å koble ut jobben. Det er viktig å ikke generalisere dette trekket til å gjelde alle menn eller at alle kvinner sliter med å slå på av-knappen. Dette vil variere, men når kvinner og menn i sykepleieryrket snakker om hva som er kjønnskillen, så tillegges kvinner å være mer andreorientert mens mennene tillegges å innta en noe mer instrumentell holdning. Det som bør vekke bekymring er når menn avgir uttalelser der det går fram at de anser sin egen orientering som mer riktig enn det handlingsmønsteret de fremmer som gjeldende for mange kvinner. Målet framover må være å heve statusen på den omsorgsnære delen av sykepleiefaget. Det er viktig at sykehus og den enkelte avdeling blir mer bevisst på å øke statusen til omsorgsnære arbeidsoppgaver. Dette kan aktivt trekkes inn i partssamarbeidet, men bør også diskuteres innen profesjonen.

Kvinnens arbeidsbelastning – det tredje skiftet

Når det gjelder forholdet mellom jobb, familie og fritid, har kjønnsforskere brukt ordet "det tredje skiftet" som uttrykk for det arbeidet som mange kvinner utfører i egen familie, og som ofte går ut over både egen fritid og behov for avslapning og hvile fra en krevende arbeids hverdag.

Om ikke alle lever med samme kjønnsarbeidsdeling på hjemmearenaen, er det ganske vanlig at det er kvinnene som står for koordineringen og oversikten over arbeidsoppgavene som må gjøres i tilknytning til familien. Det er den totale mengden med oppgaver,

ansvar og omsorg som utføres daglig som avgjør hvordan den enkeltes arbeidsmengde blir og hvilke belastninger det gir.

**Mange menns karriereorientering –
å bevege seg vekk fra pleie**

Parallelt med at en jobber for å få rekruttert flere mannlige sykepleiere til ulike avdelinger, skjer det også karrierebevegelser hos flere menn der de velger bort turnusarbeid og pleietunge avdelinger som medisin, kirurgi og ortopedi.

En del menn søker seg over til akuttpostene eller til andre virksomheter utenfor sykehus. Hvis en sammenligner sykefravær mellom kvinner og menn, er det viktig å huske at en større andel kvinner enn menn jobber i pleie og på tynge sengeposter der en over tid vil kunne få fysiske arbeidsbelastninger. En delforklaring enkelte menn gir for at de ikke vil forbli i pleietunge avdelinger, handler om at de må utføre mange arbeidsoppgaver som de helst hadde sett delegert vekk. Deriblant ansvar for å rydde, kildesortere avfall og servere mat.

Hvilke arbeidsoppgaver som må utføres, og at det inngår upopulære aktiviteter i ordinær pleie, kan være en delforklaring på at menn søker seg over mot andre aktiviteter og avdelinger. De trivielle arbeidsoppgavene og det å utøve pleie og omsorg blir også forstått som typisk kvinnelige oppgaver, og det er lett å anse det som mindre viktig. Det er viktig å diskutere hvilke arbeidsoppgaver som sykepleierne skal utføre, men det er også viktig å utfordre kjønnsstereotype forståelser om yrke og arbeidsoppgaver.

Bør diskuteres i det lokale partssamarbeidet:

- Hvordan heve status til den omsorgsnære delen av sykepleiefaget?
- Hvordan fordele upopulære arbeidsoppgaver i avdelingen?



En del menn søker seg over til akuttpostene eller til andre virksomheter utenfor sykehus.

Partssamarbeid som løsning

Den norske samarbeidsmodellen er topartssamarbeid på arbeidsplassen mellom ansattes representanter og ledere om utvikling av egen arbeidsplass. Den norske samarbeidsmodellen spiller seg ut i tre hovedformer: **For det første** finnes representativ medbestemmelse fra tillitsvalgte i henhold til lov- og avtaleverk. Ansattes styrerepresentanter, verneombud og fagforeningstillitsvalgte er eksempler på slike former for lov- og avtalebaseret medbestemmelse. **For det andre** gjenkjennes partssamarbeidet som bred medvirkning og direkte deltakelse ved at ansatte er med på å beslutte innenfor egen jobb eller kan la sin stemme bli hørt i relevante fora. **For det tredje** utvides samarbeidet til å gjelde forhold som går ut over det som reguleres av lover eller avtaler, som for eksempel når ledelsen etablerer en dialog med tillitsvalgte og verneombud om utprøving av ny pasientbehandling, ansettelse av ledere, innkjøp av ny teknologi, eller forebygging av sykefravær og høy turnover.

Den norske samarbeidsmodellen forstått som partsamarbeid mellom ledere og ansattes medvirkning skiller seg altså fra annen, mer uformell medvirkning gjennom at partene parallelt med å samarbeide også kan ha konflikter på andre saksfelter. Dette gir et unikt utgangspunkt for mer likeverdig samarbeid. Når tillitsvalgte og verneombud i tospann med ledere arbeider som strategiske utviklere av arbeidsplassen bringes hele organisasjonen inn i arbeidet. Partsbasert samarbeid gjør det lettere for ledelsen og ansattes representanter å initiere endring som folk forstår og stiller seg bak. Dette representerer en hovedform for medvirkning som plasserer seg i skjæringspunktet mellom direkte individuell deltakelse og representativ medbestemmelse. Tidligere forskning kaller dette for det utvidete representative partssamarbeidet, fordi både ledere og ansattrepresentanter tar steget inn i et handlingsrom som tradisjonelt ikke er dekket verken av lover eller avtaler mellom partene.

Rollen til tillitsvalgt versus verneombud i HMS-arbeidet kan være uklar for begge partene. Den tillitsvalgte skal ivareta individets rettighet og behov i arbeidshverdagen, mens verneombudet skal forvalte alle ansattes helse og velferd. Samlet sett har begge rollene et ansvar for et godt arbeidsmiljø, den tillitsvalgte for individet og verneombudet for kollektivet. Tilrettelegging for at en ansatt ikke blir syk av arbeidet eller kan komme raskt tilbake etter en sykemelding er altså begges ansvar, og krever dialog mellom den ansatte, verneombud, tillitsvalgt og lederen.

I prosjektet har vi sett at de fleste sykepleierne vet hvem som er sin nærmeste tillitsvalgte og verneombud. Men de vet ganske lite om hvordan rollene kan brukes. Det er klart for sykepleierne at den tillitsvalgte er med i turnusplanleggingen, og at verneombudet går vernerunder. Vi ser derimot få eksempler av at den enkelte sykepleier bruker sin tillitsvalgte til dialog om bekymringer over sin arbeidssituasjon. Den tillitsvalgte er medbestemmelsesorganet for å sikre at den enkelte sykepleier blir hørt og involvert i beslutninger som angår hans eller hennes arbeidssituasjon. Derfor er dialogen med den tillitsvalgte viktig. Vi ser også at kollektivet kan bruke verneombudet mer om andre ting enn det fysiske arbeidsmiljøet. Dialogen med verneombudet er viktig for de ansatte på gruppenivå for å sikre et arbeidsmiljø som forebygger sykefravær.

Rollen til tillitsvalgt versus verneombud i HMS-arbeidet kan være uklar for begge partene. Den tillitsvalgte skal ivareta individets rettighet og behov i arbeidshverdagen, mens verneombudet skal forvalte alle ansattes helse og velferd.

Vi ser også at omfanget og innholdet i det lederen og verneombudet snakker om, er relativt begrenset og kan utvides mye mer. Dialog om hvordan man kan forebygge sykefraværet snakkes det lite om sammenlignet med statusgjennomganger av HMS-planer, kvalitets håndbøker og vernerunder. Vi ser at det ikke er viljen til å utvide dialogen som er problemet. Enkelt sagt er det heller at man ikke finner på så mye å snakke om. Derfor må det settes av tid til regelmessige samtaler utover det som er lovpålagt, og man må trene seg på å ha samtaler om hvordan arbeidsmiljøet ser ut per tid og hva det er viktig å følge ekstra nøye med på. Tillitsvalgte kan også være med på slike uformelle, men systematiske arenaer. Da får enheten en større kapasitet og kompetanse til å drive forebyggingsarbeid. Tipset her er å hele tiden ha fokuset på hva som gir langvarige helseproblemer og jobbe systematisk og målrettet for å redusere disse risikofaktorene.

Potensialet for et systematisk partssamarbeid er stort. Vi finner at de aller fleste lederne er svært positive til de tillitsvalgte og til verneombudet. De ser på de som en god ressurs som kan brukes mer, og vi har også eksempler på ledere som har initiert tett dialog mellom partene i prosjekter som skal redusere sykefraværet. At leder bruker ansattes representanter til refleksjon om hvordan et godt forebyggende arbeid kan gjøres, vil også være en faglig og sosial støtte for lederen.

Tips til det lokale trepartssamarbeidet:

- Sett av tid til regelmessige samtaler mellom leder, verneombud og tillitsvalgte.
- Diskuter hva som er risikofaktorer for sykefravær og helseproblemer hos oss.
- Lag en systematisk og målrettet handlingsplan for å forebygge risikofaktorene.

Systematisk HMS-arbeid som løsning

I prosjektet fant vi raskt følgende trekk ved sykehus:

- HMS-begrepet er dårlig forstått og HMS-arbeidet er diffust og ofte meningsløst
- HMS-arbeidet er ikke innrettet mot risikofaktorene for ansattes helse og velferd, men prosedyrearbeid innrettet mot akutte småulykker som sprøytstikk.
- I alt for mange tilfeller tror de ansatte ved sykehus at HMS handler om pasientsikkerhet, og ikke deres egen helse og velferd.
- Arbeidstilsynet oppdager ofte mangler i det systematiske HMS-arbeidet i sykehus, men gir ingen klare føringer eller råd på hvordan det skal bli bedre. De har i liten grad bidratt til at det skal utvikles et relevant og effektivt HMS-arbeid i sykehusene.

Dersom ikke HMS-arbeidet rettes inn mot risikofaktorene for ansattes langsiktige helse og velferd, er det lite sannsynlig at HMS-arbeidet får særlig effekt på sykefraværet. Ledere må bli bedre på å fristille fra seg et HMS-begrep som er definert av andre, og i samarbeid med ansattrepresentanter (tillitsvalgte og verneombud), definere et eget HMS-arbeid som er innrettet mot langsiktige helseplager som fører til langtidssykmeldinger og avgang fra arbeidslivet. Det er dette som er det viktigste i sykehusene, og det er dette HMS-arbeidet må handle om for å redusere arbeidsrelatert sykefravær.

Dersom ikke HMS-arbeidet rettes inn mot risikofaktorene for ansattes langsiktige helse og velferd, er det lite sannsynlig at HMS-arbeidet får særlig effekt på sykefraværet.

Anbefalinger

Funn 1. Sykepleiere i sykehus trives generelt godt i jobben sin og har høy yrkesstolthet. Men enkeltpersoner kan føle seg mindre inkludert i det sosiale fellesskapet.

Anbefaling A: De mest vellykkede tiltakene for å øke trivselen blant de ansatte, ser ut til å være regelmessige sosiale sammenkomster der alle deltar. Tiltak som inkluderer kun noen av de ansatte, kan føre til at det dannes sosiale velfungerende grupper, men at noen blir stående utenfor et sosialt fellesskap. Hvem som har ansvaret for de sosiale arrangementene, bør gå på rundgang slik at flest mulig involveres. Mange har god erfaring med at nyansatte systematisk får en rolle i dette arbeidet, slik at de tidlig involveres i fellesskapet, samtidig som mer erfarne ansatte også deltar. Noen steder er det lav deltakelse, mens andre steder får de til nært fullt oppmøte fra alle profesjonene. Høy deltakelse bør være hovedmålet for arrangementet.

Yrkesstoltheten til sykepleiere kan blant annet bevares gjennom faglige oppdateringer. I tillegg er det noen steder behov for at legene inngår i et styrket og forpliktende samarbeid med sykepleiere, der sykepleierne i større grad inkluderes i behandlingsløpet og får delta med sin fagkompetanse.

Funn 2. Vi beregner at minst 27% av sykefraværet blant sykepleiere på sykehus, er helt eller delvis arbeidsrelatert.

Funn 3. Det arbeidsrelaterte sykefraværet skyldes vanligvis for høy arbeidsbelastning over tid, både i forhold til fysisk arbeidsbelastning og høyt tempo.

Funn 4. Vi finner at HMS-arbeidet i sykehus i liten grad er koblet til arbeid med risikofaktorene for arbeidsrelatert sykefravær. HMS-begrepet forstås snevert og er i stor grad adoptert fra industrienkningen der sikkerhet har hovedfokus for å unngå ulykker og skader. Dette er ikke det mest relevante i sykehus, og HMS-arbeidet bør heller rettes inn mot et mål om at folk skal stå lenge i arbeid.

Anbefaling B: Dette betyr at det er et potensial for redusert sykefravær også i sykehus, med de rette tiltakene. Vi anbefaler at det arbeides systematisk med risikofaktorene for arbeidsrelatert sykefravær innenfor HMS-arbeidet gjennom et styrket partssamarbeidet. Dette betyr at både ledelsen, verneombud og tillitsvalgte, går sammen om å få en felles forståelse for risikofaktorer og gjør forpliktende avtaler i forhold til tiltak og gjennomføring av disse.

Funn 5. Vi finner ingen tydelige kjønnsforskjeller i det arbeidsrelaterte sykefraværet. Dette betyr sannsynligvis at kvinner og menn som arbeider med det samme, under samme arbeidsforhold påvirkes likt.

Funn 6. Vi finner tydelige kjønnsforskjeller i sykefraværet som skyldes private forhold, og kvinner har høyere sykefravær enn menn. Men årsaken til dette er usikker. Både mannlige og kvinnelige sykepleiere trekker i intervjuene frem at dette trolig skyldes at det er vanskelig å tilrettelegge for gravide, og at kvinner i større grad har fravær som skyldes omsorgsoppgaver i familien.

Anbefaling C: At "pleie" fremdeles anses som en "kvinneoppgave" og at en del mannlige sykepleiere bevisst velger dette vekk, gjør det krevende å oppnå en jevnere kjønnsbalanse ved en god del avdelinger. Det er også bekymringsfullt hvis det utvikler seg oppfatninger om at deler av arbeidsutførelsen til sykepleiere er mindre viktig og riktig enn det som mannlige sykepleiere fremmer som sine praksiser i sykepleieryrket, og hva som er motiverende og tellende når det gjelder sykepleie i sykehus.

De kjønnsmessige trekkene bør inkluderes når avdelingene jobber med egen utvikling. Det er viktig å utfordre kjønnskillinger samtidig som en kan benytte kjønne oppfatninger som refleksjonsrom for å utvide egen og andres oppfatning av hva som er viktig og verdifull arbeidsutførelse. Det er viktig å unngå generalisering slik at kvinner fremstår på en måte og menn på en annen. Det er betydelige variasjoner blant kvinner og blant menn.

Funn 7. I forhold til ledelse, finner vi at det for sykepleierne er viktig at leder har faglig høy kompetanse, er synlig ute på avdelingen og viser de ansatte tillit slik at de får myndighet og ansvar.

Anbefaling D: På foretaksnivå må man hele tiden ha fokus på lederes motivasjon for å være leder og hvilke forutsetninger de har for å gjøre jobben sin på det nivået man skal lede. Hvis leder skal ha faglig trygghet og respekt må ledere gis rom for faglige oppdateringer og tid til å være synlig for sykepleierne ute på avdelingen. Sykehusene må vurdere om de skal øke de merkantile ressursene på avdelingsnivå for at lederen kan bli tettere på driften. Alle lederne vi snakket med i prosjektet sier de savner dette.

Lederne kan bli mer systematisk i gjennomføringen både av medarbeidersamtaler og personalmøter. Medarbeidersamtaler er et viktig redskap for lederen i å få innsikt i hvordan den enkelte sykepleier mestrer og motiveres av jobben sin. Det er derfor et godt redskap for å ligge i forkant av et eventuelt sykefravær.

Personal møter er en kollektiv arena hvor leder både sikrer at hun eller han får gitt samme informasjon til alle ansatte og at sykepleierne får sjekket om de forstår informasjonen riktig og likt. Personal møtet bør ha et fast punkt på agendaen med åpen refleksjon om hvordan arbeidet på avdelingen organiseres og gjennomføres i forhold til ansattes arbeidsforhold (HMS).

Funn 8. Vi finner at verneombudsrollen står svakt i sykehus, men at dette trolig handler om et dårlig definert HMS-arbeid. Mange tillitsvalgte ser også ut til å ha en passiv og begrenset rolle. Ledelsen på sin side, anerkjenner rollen til både verneombud og tillitsvalgte, og ser på dem som en ressurs som bør brukes mer.

Anbefaling E: For å knytte HMS-arbeidet tettere til risikofaktorene som gir ansatte helseproblemer, må risikofaktorene for arbeidsrelatert sykefravær identifiseres på den enkelte avdeling, og det må arbeides systematisk for å redusere risikoen. Men dette krever at HMS-begrepet utvides fra den snevre forståelsen som i dag dominerer, hvor HMS-arbeidet i stor grad er innrettet mot et snevert forstått fysisk arbeidsmiljø og et prosedyrearbeid for å unngå småskader og akutte hendelser. For å utvide HMS-arbeidet, må det etableres en forståelse for at HMS i sykehus er noe annet enn det tradisjonelle HMS-arbeidet som finnes i de mannsdominerte næringene (industri, bygg- og anlegg og olje/gass). Dette arbeidet må gjøres både lokalt og nasjonalt.

Avsluttende kommentar

I dette prosjektet har vi gjennomført 75 intervjuer (totalt 107 ansatte har deltatt) i ti klinikker i fem ulike sykehus. Vi har intervjuet sykepleiere, tillitsvalgte, verneombud, klinikkledere, avdelingsledere, seksjonsledere, bedriftshelsetjeneste/HMS-avdelinger og ansatte i HR/personal-avdelinger. Når det gjelder HMS, var resultatene tydelige og konsistente på tvers av aktører. Dette er derfor et robust funn, selv om det i stor grad er basert på kvalitative metoder. I forhold til ledelse er det stor variasjon, men det som går igjen er viktigheten av ledere "i hvitt". De beste lederne ifølge de ansatte, ser ut til å være de som er mye ute i avdelingene

nær pasienten. Når det gjelder kjønnsforskjeller i sykefravær, finner vi ingen tydelig sammenheng. Men det å utøve pleie og omsorg, blir ofte forstått som typiske kvinnelige oppgaver av de mannlige sykepleierne, og det er tendenser til at de trekker seg bort fra disse oppgavene og dermed får en lavere belastning. Der som det er slik at det er kvinner som systematisk blir værende i de tyngste oppgavene, vil det være naturlig at kvinner får den største helsebelastningen. Det er viktig å utfordre kjønnskillene innen sykepleie, og dette bør diskuteres i partssamarbeidet både lokalt og nasjonalt.



HOVEDKONTOR

Besøksadresse:

Dronning Eufemias gate 10, Oslo

Sentralbord: 55 54 85 00

Faks: 22 03 36 00

www.klp.no

Organisasjonsnr.: 938 708 606