



Rapport 5/2001

Björg Aase Sørensen

# Et nytt Helse-Norge?

En panelstudie fra somatiske sykehus

Björg Aase Sørensen

# Et nytt Helse-Norge?

En panelstudie fra somatiske sykehus



# Et nytt Helse-Norge?

En panelstudie fra somatiske sykehus

av

Björg Aase Sørensen

Arbeidsforskningsinstituttet  
Oslo, desember 2001

ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTETS RAPPORTSERIE  
THE WORK RESEARCH INSTITUTE'S REPORT SERIES

© Arbeidsforskningsinstituttet 2001  
© Work Research Institute  
© Forfatter(e)/Author(s)

Det må ikke kopieres fra denne publikasjonen ut over det som er tillatt etter bestemmelsene i "Lov om opphavsrett til åndsverk", "Lov om rett til fotografi" og "Avtale mellom staten og rettighetshavernes organisasjoner om kopiering av opphavsrettslig beskyttet verk i undervisningsvirksomhet".

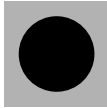
All rights reserved. This publication, or part of thereof, may not be reproduced in any form without the written permission from the publisher.

ISBN 82-7609-110-5  
ISSN 0807-0865

Trykkeri: Nordberg Aksidenstrykkeri A/S  
Forsidebilde: Alberto Ruggieri/THE IMAGE BANK

Rapporten kan bestilles fra/Distribution by:  
ARBEIDSFORSKNINGSINSTITUTTET  
P.b.8171 Dep.  
N-0034 OSLO

Telefon: +47 23 36 92 00  
Telefax: +47 22 56 89 18  
E-post: AFI@afi-wri.no



*Temaområde:*  
Arbeidsmiljø

*Rapport nr.:*  
5/01

*Tittel:*  
Et nytt Helse-Norge?  
En panelstudie fra somatiske sykehus

*Dato:*  
Desember

*Forfatter:*  
Björg Aase Sørensen

*Antall sider:*  
210

*Resymé:*

I to påfølgende år (2000 og 2001) er et tilnærmet representativt utvalg av somatiske enheter i norske sykehus blitt undersøkt med hensyn til deres hverdagsituasjon. Arbeidsorganisering, arbeidsmiljø, rekruttering og personalstabilitet er studert samtidig over en 24-timers syklus i enhetene.

For å belyse situasjonen ble det gjort observasjoner av det fysiske miljøet, og det ble gjort registreringer av strukturtrekk som for eksempel bemanning, kompetanse, rutiner for kvalitetssikring, behandling av klager, opplæring, rekrutteringstiltak og HMS-virksomhet. Vi intervjuet ansatte, oversykepleier, overlege, verneombud og ekstravakter. Disse intervjuene kastet lys over utfordringer slik de erfares med utgangspunkt i ulike roller i sykehusene. Intervjuene viser reaksjoner hos ansatte og ledere knyttet til egne roller og situasjonen i sykehuset. Pasienter ble intervjuet om deres erfaringer.

Dette datatilfanget ga så bakgrunn for en sammenlikning over de to periodene for å se på eventuelle endringer over tid. På bakgrunn av denne sammenlikningen har vi kommet fram til forslag for en klassifisering av mestrende og mindre mestrende enheter i sykehus.

Undersøkelsen er gjennomført på initiativ fra Norsk Sykepleierforbund som også har bidradd til finansieringen av analysearbeidet.

*Emneord:* Sykehus, arbeidsorganisering, arbeidsmiljø, helsepersonell, personalstabilitet, rekruttering, pasienterfaringer, kartlegging, panelstudie.





## Forord

8. februar 2000 besøkte et forskerteam 11 norske sykehus som til sammen utgjorde et representativt utvalg. Etter avtale skulle vi komme tilbake om en tid. 25. januar 2001 banket vi igjen på sykehusenes porter. Med spenning og mange spørsmål møtte vi ansatte og ledere, og vi lot oss nok en gang imponere av alt de får til, over mangfoldet i løsninger og over deres evne til å vise pågangsmot. Det slår oss at helsesektoren er en virksomhet som er svært avhengig av den innstilling og de etiske perspektiver som de ansatte legger for dagen.

I denne rapporten skal vi både gi et bilde av hvordan situasjonen var nettopp døgnet fra 25.-26. januar 2001 og med et tilbakeblikk på døgnet i 2000. Denne rapporten er en direkte videreføring av den analysen som ble påbegynt etter innsamlingen av data fra første runde. Hva har hendt med enhetene som utgjør de somatiske virksomhetene ved sykehusene? Hvor kan vi registrere stabilitet, og er det skjedd noen viktige endringer?

Etter at resultatene fra kartleggingen i 2000 var presentert, ble det reist spørsmål om hvorfor en fagforening som Norsk Sykepleieforbund er interessert i å bidra til en slik undersøkelse. Da de kom med ideen til undersøkelsen, var de på jakt etter noe ingen hadde gitt dem: et oppdatert bilde av hvordan det sto til i den somatiske institusjonshelsetjenesten. Dette var en type data som forbundet anså ville være viktig for å skape et grunnlag for å identifisere utfordringer på veien til det nye Helse-Norge. Da undersøkelsen ble publisert, vakte den en viss interesse også hos myndigheter og politikere. Vi vet at mange deler vår nysgjerrighet på resultatene fra årets undersøkelse.

I den 2. kartleggingsrunden var fokus også rettet mot forholdet mellom de somatiske sykehusenhetene og kommunehelsetjenesten. Ved neste års kartlegging vil vi gå lenger inn i dette viktige samspillet som i høy grad er bestemmende for hvordan mange pasienters rehabiliteringserfaringer blir. Også kommunehelsetjenesten må møte store utfordringer, og her er stillingsveksten meget høy som følge blant annet av handlingsplanene for eldreomsorgen.

Medvirkningen fra de sykehusene og kommunehelsetjenestene som har deltatt, er selve forutsetningen for å kunne gjennomføre et så vidt krevende opplegg. Vi er naturligvis preget av det vi erfarte ved selvsyn, når vi



uttrykker vår dype takknemlighet overfor de som tok av sin meget pressede tid slik at dataene kunne samles inn. Med ett unntak hadde vi inntrykk av at også de medvirkende syntes det var interessant å delta. I etterkant av undersøkelsen skal vi også på turné til sykehusene for å kvittere for gjestfriheten i form av foredrag og presentasjon av resultater. Andre sykehus har gitt uttrykk for ønske om å bruke undersøkelsen som bakgrunn for benchmarking – sammenlikning. Alle kartleggings-, intervju – og observasjonsredskapene som ble tatt i bruk er samlet i et eget metodehefte.

Ved Norsk Sykepleieforbund har en gruppe på tre faglige medarbeidere bidradd til å gjøre dette arbeidet meget interessant. Vi takker Berit Berg, Harald Jesnes og Karen Kaasa for samarbeidet. Berit Berg har også hatt betydelige faglige bidrag å by på.

Som koordinator for prosjektet, vil jeg gjerne få takke medarbeiderne Nina Amble, Rami Aronzon, Knut Fossetøl, Elisabeth Gjerberg, Asbjørn Grimsmo, Line Johansen, Sverre Røed Larsen, Per Halvor Lunde, Michal Palgi, Antje Rapmund, Kirsten Rytter, Gjøril Seierstad, Ingebjørg Skarpaas, Øystein Spjelkavik, Fredrik Winther og Monrad Aas. Våre hovedfagsstudenter Elise Wedde, Gunn Elin Åsgren og Trude Steinum gjorde også en god innsats som intervjuere. I første kartleggingsrunde deltok også Heidi Enehaug, Sigtona Halrynjo, Hanne Heen, Anne Inga Hilsen, Kathrine Holstad, Tore Krog, Pippi Müller, Angelika Schafft, Gudny Sperrud, Christoffer Serck-Hanssen og Øyvind Pålshaugen. Mette Stenberg har tenksomt lest og redigert diverse utkast til den foreliggende rapporten.

Kollegaene Thoralf U. Qvale og Aslaug Hetle kom med konstruktive og inspirerende kommentarer til det aller første utkastet. Derneft la Anne Inga Hilsen stor innsats og mye omtanke i gjennomgangen av den neste versjonen. Takk til Monrad Aas, Robert Salomon og Elisabeth Gjerberg som tok seg tid til å kommentere sammendraget. Dermed gjorde disse kollegene ved AFI jobben noe lettere for den eksterne kvalitetssikreren Kåre Hagen ved Arena senteret, UiO. Det er en glede å oppleve at et team er i stand til mye mer enn hva en enkeltperson kan få til. Så takk til alle de som fylte sin funksjon, og som bød på sin sjenerøsitet.

De unøyaktigheter og svakheter som gjenstår, må naturligvis forfatteren alene stå til ansvar for.

Oslo, desember 2001  
Bjørn Aase Sørensen



## Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag

English summary

<b>1</b>	<b>Sammenlikninger over tid</b> .....	<b>1</b>
1.1	Endringer på avdelings- eller postplan .....	1
1.2	Rekrutteringssituasjonen .....	5
1.3	Høy turnover.....	6
1.4	Overtid.....	7
1.5	Døgnrytmen - tallenes tale.....	7
<b>2</b>	<b>Personalets syn på egen arbeidshverdag</b> .....	<b>21</b>
2.1	Personalet har alt å si... ..	21
2.2	Rekrutteringssituasjonen i sykehusene .....	22
2.3	Har avdelingen tilstrekkelig nødvendig spesialiteter/kompetanse? ..	25
2.4	Sykehuset – en lærende organisasjon? .....	26
2.5	Registrerte klager i 2000.....	34
2.6	Kvalitetssikring.....	40
2.7	Arbeidsmiljø – helse, miljø og sikkerhet .....	44
2.8	Oppsummering .....	47
<b>3</b>	<b>Det gjenstridige arbeidsmiljøet</b> .....	<b>49</b>
3.1	Arbeidsplass og pasientmiljø.....	49
3.2	Forholdet til pasientene, emosjonelt arbeid .....	50
3.3	Det fysiske arbeidsmiljøet ved sykehusene .....	52
3.4	Det sosiale miljøet på posten .....	54
3.5	Opplevelse av arbeidsmiljøforhold og syn på arbeidskontrakten ...	56
3.6	Rett person på rett plass? .....	68
3.7	Perspektiver på egen fremtidig yrkesutvikling .....	77
3.8	Oppsummering .....	79
<b>4</b>	<b>Oversykepleiers vurderinger</b> .....	<b>81</b>
4.1	Er det noen samlende filosofi som preger sykepleietjenesten på sykehuset?.....	82
4.2	Faglig forsvarlig sykepleietjeneste .....	86
4.3	Utviklingstrekk som kjennetegner sykepleietjenesten.....	90
4.4	Avdelinger med gode resultater og godt faglig miljø .....	92
4.5	Mål og visjoner for sykepleietjenesten framover .....	97
4.6	Oppsummering .....	97

<b>5</b>	<b>Overlegens perspektiver .....</b>	<b>99</b>
5.1	Er det noen samlende filosofi som preger legetjenesten på dette sykehuset? .....	100
5.2	Faglig forsvarlig legetjeneste .....	102
5.3	Utviklingstrekk som preger legetjenesten.....	104
5.4	Avdelinger med gode resultater og godt faglig miljø .....	106
5.5	Mål eller visjoner for utviklingen av legetjenesten for de nærmeste årene.....	109
5.6	Oppsummering.....	111
<b>6</b>	<b>Om å være pasient .....</b>	<b>113</b>
6.1	Pasienten alltid først.....	113
6.2	Den krevende kommunikasjonen.....	113
6.3	Noen casehistorier.....	120
6.4	Variierende praksis med pasientansvarlig lege og sykepleier.....	124
6.5	Det flerkulturelle Helse-Norge .....	125
6.6	Pasienterfaringer med betydning for sykehuset som lærende organisasjon .....	128
<b>7</b>	<b>Ekstravaktene og den permanente midlertidighet .....</b>	<b>131</b>
7.1	Relasjonelt og emosjonelt arbeid krever en viss stabilitet .....	131
7.2	Hvordan rekrutteres ekstravaktene?.....	132
7.3	Ekstravaktene, hvem er de? .....	133
7.4	Merarbeid er en dagligdags ting .....	135
<b>8</b>	<b>Verneombudets erfaringer .....</b>	<b>137</b>
8.1	Verneombudene fyller en viktig funksjon .....	137
8.2	Hvilke utfordringer ser verneombudet? .....	137
8.3	God aktivitet profilerer verneombudet og miljø-spørsmål.....	140
8.4	Viser ledelsen interesse for verne- og miljøarbeid?.....	142
8.5	Særlig krevende saker.....	143
8.6	Særlig positive miljøforhold? .....	146
<b>9</b>	<b>Mønstre som skiller mellom mestrende og mindre mestrende enheter.....</b>	<b>149</b>
9.1	Gode eksempler, hva kan vi lære av dem? .....	150
9.2	Small is beautiful? .....	153
9.3	Den vanskelige mellomklassen.....	161
9.4	Store, men i hver sin verden?.....	170
9.5	Oppsummering.....	172
<b>10</b>	<b>Oversikt over feltet – en helsetjeneste i endring.....</b>	<b>175</b>
10.1	Gode intensjoner .....	175
10.2	Brytnings- og ventetid?.....	177
10.3	Mangelsituasjoner har virkning på tilliten til det som sies .....	179

10.4 "Uro" .....	182
10.5 Reformert – pisker og gulrot .....	186
10.6 Faglig forsvarlig? .....	191
10.7 Ikke som før .....	191
10.8 Dilemma .....	192
10.9 Materialet undersøkelsen bygger på .....	193
<b>11 utfordringer .....</b>	<b>195</b>
11.1 Innledning .....	195
11.2 Vi har en misjon .....	196
11.3 Utviklingspotensial .....	197
11.4 Inventorium .....	200
<b>12 Metodemomenter .....</b>	<b>205</b>
12.1 utfordringer til standardisering .....	205
<b>Litteratur .....</b>	<b>207</b>
<b>Vedlegg</b>	





## Sammendrag

### Hva kjennetegner situasjonen i norske somatiske sykehus?

Hvordan opplever ansatte, ledere og pasienter hverdagen ved norske sykehus? Media gir oss daglig glimt av pasienterfaringer, medisinske framskritt og den pågående debatten om ressursbruk og prioriteringer. Den foreliggende undersøkelsen har tatt mål av seg til å bidra med faktiske registreringer og kaste lys over de komplekse samspillene som preger samtidens somatiske sykehus. Undersøkelsen tar opp en rekke sider ved drift og utvikling som

- arbeidsmiljø
- arbeidsorganisering
- ressursbruk
- tilgang på personale
- nye rekrutteringsformer
- nye reformer
- nye roller
- organisatorisk læringsevne
- ansattes ressurser
- medvirkning
- pasientreaksjoner

I endringstider er det viktig å gjøre seg kjent med variasjoner og mønstre i konkrete løsninger som praktiseres. Norge står foran en viktig endring i institusjonshelsetjenesten ved at sykehusene fra årsskiftet 2002 skal overtas av staten. Samtidig blir sykehusene organiserte i helseforetak.

Et knippe av lover er nylig vedtatt med sikte på å skape nye rammebetingelser for driften i sykehus. Disse lovene avspeiler ambisjoner om å videreutvikle forutsetningene for at pasientene skal bli bedre ivaretatt, blant annet gjennom adgang til å velge hvor de vil bli behandlet. Som inneliggende skal pasientene være sikret oppfølging fra pasientansvarlig lege og sykepleier. Dette anses som et sentralt tiltak for å få til kontinuitet og oppfølging i forhold til den enkelte pasienten. Reformene inkluderer også endringer i sykehusets ledelses-

struktur. Éndelt ledelse innebærer at avdelingene skal ha én ansvarlig leder med et lederteam som faglig støtte. Mange sykehus har hatt en tradisjon for todelt ledelse, med en medisinsk og en sykepleiefaglig leder. Enkelte steder er overgangen til èndelt ledelse en prosess som er godt i gang, og som synes å bidra til avklaring av forutsetningene for å sette et nytt mønster. Andre steder oppstår uklarheter omkring hva det nye skal innebære.

I henhold til norsk lov, men også i tråd med samfunnets verdier, skal borgerne, uansett hvor de bor og hvem de er, ha adgang til likeverdig og god behandling ved sykdom. Fastlegereformen skal etter sine intensjoner sørge for at den enkelte har en etablert kontakt med en lege i kommunehelsetjenesten. Til sammen skal reformene med andre ord sikre at alle har noen å henvende seg til som rette vedkommende, både i kommunehelsetjenesten og når en blir pasient på sykehus.

I denne rapporten er søkelyset primært rettet mot sykehusene, men det rettes også et blikk på samspillet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten. I sykehuset møter pasienten spesialisthelsetjenesten. For å utnytte de knappe helsetjenesteressursene optimalt må samspillet i helsetjenestekjeden legges til rette for at den enkelte pasient får behandling på laveste effektive behandlings- og omsorgsnivå (LEON). Dette innebærer både at pasienten må være sikret muligheter til innleggelse i sykehus når det er påkrevet, og at det er mulig for pasienten å bli utskrevet til kommunehelsetjenestens oppfølging når behandlingen er ferdig. Flyten langs behandlings- og omsorgskjeden er en stor utfordring og samtidig en forutsetning for at pasienten virkelig blir ivaretatt på den mest tjenlige måten. Også yrkesutøvernes situasjon blir påvirket av hvor godt flyten og intensjonene i LEON-prinsippet realiseres. Sykehusloven forplikter sykehuset til å ta imot en akutt syk person, og ferdigbehandlede pasienter kan ikke kastes ut dersom det ikke er noe tiltak i kommunehelsetjenesten som kan følge opp gjennom hjemmetjenester, sykehjem eller rehabiliterings- og rekreasjonstilbud. Vår undersøkelse viser at 84 % av sykehusenhetene hadde ferdigbehandlede pasienter som ventet på å komme videre.

Undersøkelsen er gjennomført i to faser: I februar 2000 og januar 2001 er de samme sykehusenhetene<sup>1</sup> besøkt, og det er gjort observasjoner over ett døgn<sup>2</sup>. Sykehusene er valgt for å sikre et tilnærmet representativt utvalg enheter. Ansatte, ledere, verneombud, ekstravakter, men også pasienter er intervjuet. Hvordan er situasjonen i disse sykehusenhetene når vi ser samlet på datamaterialet? Hva er på plass og er i god stand? Hvilke problemer og utfordringer går igjen fra første til andre runde? Hvordan arbeider man med utfordringene?

### Helsepersonale med pågangsmot og faglig framdrift

Ansatte og ledere i helsesektoren som kommer til orde i undersøkelsen, er bærere av faglige og menneskelige verdier. De uttrykker at de er glade i arbeidet sitt, og de opplever at det er meningsfylt. De ønsker å oppleve progresjon, og de er opptatte av at deres kyndighet skal få komme til anvendelse. Det faglige prosjektet er en sentral forklaring på det pågangsmotet som vises, den særegne blandingen av ærgjerrighet, humør og handlekraft som vi ser. Personalet finner i stor grad støtte hos hverandre: Sykepleiere forteller med atskillig stolthet om hvor langt framme avdelingens leger ligger, leger kan peke på kompetanse og driftighet hos pleiepersonalet. Pasienten *er* i sentrum, og personalet strever for å holde han eller hun der. Pasientene selv skiller mellom *systemet* som de synes har mange svakheter, og *personalet* som oppfattes som representanter for det egentlige helseprosjektet.

Helsearbeidernes målsetninger forklarer også de gjennomtenkte svarene som gis på undersøkelsenes spørsmålsstillinger. Alle forslagene de har til endringer og forbedringer må sees på bakgrunn av deres nærhet til pasientene.

Som det vil fremgå av den videre presentasjonen av data, er det i en viss forstand permanent midlertidighet i Helse-Norges somatiske enheter. Dette synliggjør for flere enn ansatte og pasienter at helseinstitusjonene på en måte er paradoksale organisasjoner. Helsetjenesten er organisert og blir reformert "top-down", ovenfra og ned.

---

<sup>1</sup> Ett mellomstort sykehus er skiftet ut med et annet i samme kategori av praktiske årsaker. Etter konsultasjon med en erfaren sakkyndig, er dette ansett som forsvarlig og uten konsekvenser for den samlede representativiteten.

<sup>2</sup> Ved ett sykehus ble det bare gjort observasjon på dagvakt.



Penger, myndighet og mandater fastlegges ovenfra og utenfra, fra samfunnet. Det gir en felles ramme og er vel forankret i en sterk enighet om at det er en verdi at alle borgere skal ha lik adgang til kvalitetsmessig god behandling uansett hvem man er, hva man er, hva man eier og hvor man bor. Uten betydelige ressurser og opplevde frihetsgrader lokalt i virksomhetene blir det imidlertid vanskelig å finne fram til driftsformer som gir de gode organisatoriske og faglige løsningene.

Samtidig er helsetjenestens virksomhet dynamisk og tar stadig inn nye arbeidsformer, utvider sitt repertoar. Gjennom kvalitetssikring og kritisk forskning på effekten av egne tiltak, identifiseres behov for endringer på eget fagområde og i egen virksomhet. Når helsepraktikerne vil trekke de praktiske konsekvensene, støter de på mange begrensninger. I den helsepolitiske debatten framføres gjerne argumentet om at når en tjeneste er gratis, vil etterspørselen være ubegrenset. Befolkningen har i følge dette resonnementet et umettelig behov for helsetjenester. Dette fører galt av sted, mener økonomene, fordi det stadig kommer bedre og dyrere behandlingsformer. Men er det der vi er? Er det luksusbehov som dekkes i dagens norske helse-tjeneste? Mange vil mene at de fleste mennesker helst vil holde seg unna sykehusinnleggelse. Diskusjonen må snarere dreie seg om vi gjennom den økonomiske rammen som er satt, klarer å dekke de nødvendige behovene for helsetjenester. Den diskusjonen bør dreie seg om mengde og nivå på eiernes investeringer i aktiviteten. Hva er nødvendig for å dekke befolkningens helsetjenestebehov, og hvilke prioriteringer bør ligge til grunn?

De ansatte *er* helsetjenesten i en viss forstand – hvordan opplever de at arbeidsmiljøet er tilrettelagt for deres virke? Spenningen mellom arbeidsmiljøhensyn og påbudene i sykehuslovgivningen kommer av og til fram som en oppfatning om at arbeidsmiljøhensyn kan settes til side når økonomien er trang. I helsetjenesten ser en bekymringsfulle eksempler på hva konsekvensene kan bli når arbeidsmiljøhensyn settes til side for økonomi. Ansatte er opptatte av at virksomheten har rammer som gjør at de ansatte får doble beskjeder – om å drive faglig forsvarlig, mens de ressursene som skal til ikke leveres fra eier?

Dette er sentrale spørsmål som ofte oppfattes så vanskelige å angripe, at de overlates til debatten mellom bekymrede fagfolk, på vaktrommet

eller på konferanser. Hovedproblemet som diskuteres er hvorfor man opplever vedvarende mangel på pleiepersonal, ofte med en undertone av at det er noe med disse personalgruppene som svikter. Helsepersonell som står midt i utfordringene, har engasjert bidradd med sine synspunkter, og til sammen representerer de viktige og varierte erfaringer fra det mangfoldige Helse-Norge.

En kjerneutfordring dreier seg mer om styringsformer og mangel på lokalt utviklingsarbeid der praksiskunnskap tas inn. I vår undersøkelse har vi også satt fokus på de ansattes vurderinger av nivået på helsetjenestene – opplever de at det er forsvarlig?

### Vedvarende utfordringer – nye reformer

Sykehusene og kommunehelsetjenesten har levd med omfattende utfordringer og endringsprosesser gjennom 1990-årene. Det er etablert nye økonomiske styringsredskaper gjennom innføring av diagnoserelaterte grupper (DRG) og innsatsstyrt finansiering (ISF). Sykehusene i Norge omfatter statssykehusene, de store regionsykehusene, de mellomstore fylkes- og sentralsykehusene og de vesentlig mindre lokalsykehusene (som i mange tilfeller er organisatorisk lagt under fylkes- eller sentralsykehus). Datamaterialet viser at de mindre sykehusene opplever at de økonomiske styringsredskapene er utformet for å dekke aktivitetene i større sykehus. De små enhetene ivaretar ofte oppgaver som etterbehandling og pleie, og de må bruke mye ressurser på å synliggjøre egen innsats slik at de øker sannsynligheten for å få økonomisk dekning for sine aktiviteter. Samtidig melder disse små sykehusene om usikkerhet knyttet til framtiden, om fremtidig status og aktivitetsområder. Kan vi snakke om en slags ”smådriftskostnader”? I så fall er det viktig å se disse i forhold til de behov som små sykehus ivaretar for befolkningen. Også enkelte av de middels store sykehusene kjenner seg presset økonomisk og med hensyn til egne muligheter. Vil fritt sykehusvalg medføre at flere pasienter går til de større sykehusene? De store regionsykehusene har høy aktivitet, og deres situasjon er preget av at de samlet sett har flere muligheter enn de mindre enhetene til å organisere sine aktiviteter, slik at de kan utnytte egne ressurser. Også disse enhetene melder om opplevd pasientpress og trange økonomiske rammer som gjør at de må velge organisatoriske løsninger som på enkelte områder oppleves som suboptimale. I løpet av året mellom de to observasjonsdøgnene har en

god del av sykehusene gjort organisatoriske forandringer for å ivareta pasientenes behov. Felles for sykehusene er at de sliter med de økonomiske betingelsene og knytter usikkerhet til framtiden. Sykehusene velger forskjellige løsninger for å tilpasse egen aktivitet til denne usikkerheten. Noen velger å vektlegge det faglige forsvarlige som sin egentlige forpliktelse, andre kjenner seg særlig forpliktet av økonomiske påbud.

### Knapphet på personale

Fra media får man inntrykk av at mangelen på personale er kronisk. Denne undersøkelsen bekrefter dette. Ikke minst når det gjelder sykepleiere og hjelpepleiere, er personalmangelen et problem: mangelen blir en systemisk betingelse. Riktignok ser vi noen bølgebevegelser: De som ved 2000-registreringen nettopp hadde fått nytt personale, har i noen grad greid å beholde de nyrekruttede. Andre har nylig hatt større utskiftning. Og i 2001-registreringen finner vi et voksende innslag av innleide sykepleiere fra de nyetablerte byråene som leier ut arbeidskraft. Enkelte har altså dekket opp sine stillinger, men de har fått en løsning som medfører ”permanent midlertidighet”. Denne løsningen har også som konsekvens at sykepleiepersonalet blir splittet internt mht. lønns- og arbeidsvilkår. Undersøkelsen viser at de fast ansatte sykepleierne reagerer negativt på å måtte rettlede og lære opp innleide kolleger som blir vesentlig bedre betalt enn de selv.

Dersom en ser det raskt voksende fenomenet med innleie fra byråer i et økonomisk teoretisk perspektiv, representerer det et brudd mot hva som kalles ”monopsoni”. Monopsoni karakteriseres ved et marked med stor kjøpermakt. Dette fremkommer ved at det bare er en kjøper i markedet. I en offentlig helsetjeneste med sentral lønnsregulering kan man ha en situasjon med bare én kjøper av en yrkesgruppes arbeidskraft. Fremveksten av byråer som leier ut arbeidskraft, gir en situasjon med mindre grad av kjøpers marked. Dette kan endre en yrkesgruppes forhandlingssituasjon. Dersom den nye tendensen holder seg og forsterkes, kan konkurransen om de på forhånd knappe personal- og kompetanseressursene få virkning på lønnsnivået for sykepleiere, og muligens også for hjelpepleiere om de organiserer seg tilsvarende. Dette kan skje ved at det for eksempel oppstår et behov for virksomhetene til å kunne forhandle mer desentralt om lønn for å kunne delta i konkurransen om arbeidskraften. Eierskapsreformen innebærer

ikke bare statlig overtakelse, men inneholder også et klart moment av fristilling. Hvis fristillingen skulle vise seg å gi konkurranse om arbeidskraften basert på lønn, vil dette kunne forsterke utviklingen ytterligere.

Knappheten på sykepleiere dreier seg ikke bare om at stillinger ikke er besatt. Det er også snakk om muligheter til å rekruttere personale med erfaring og kompetanse. Helt nyansatte og nyutdannede sykepleiere trenger tid for å komme inn i de lokale forholdene og få erfaringskompetanse. Ved nesten 1/3 av enhetene, anser en at det mangler nødvendig kompetanse. Beregninger viser at det er langt fram til en balanse i forholdet mellom etterspørsel og tilgang på sykepleiere, til dels fordi det vil være vekst og endring i sykepleiestillinger og -roller<sup>3</sup>.

Det er også knapphet på tilgangen av hjelpepleiere. Denne yrkesgruppen har vært usikker på sin framtid i sykehus, og deres arbeidsfelt er snevret inn; noe de selv reagerer på med beklagelse. Nedtrappingen av innslaget av hjelpepleiere i sykehus har vært planlagt. Det kan være på tide å evaluere konsekvensene. Hjelpepleierne verdsettes av sine kolleger i andre profesjoner. Kommunehelsetjenesten etterspør hjelpepleiere, men tilgangen er svekket i løpet av de siste fem årene, til dels som følge av reformer i skoleverket<sup>4</sup>. Samlet sett er det beregnet at etterspørselen etter hjelpepleiere vil være større enn tilgangen et langt stykke inn på 2000-tallet.

Også legetilgangen er foreløpig begrenset, og enkelte steder er det et betydelig innslag av leger som ikke behersker norsk. Stadig utskifting blant legene påfører sykepleierne ekstraoppgaver, de må i noen tilfelle oversette for legene og gjøre dem kjent med forholdene lokalt. Men det er først og fremst pasientene som uttrykker at fremmedspråklige leger er et problem. Pasientintervjuene viser hvordan møtet med legen og prosessen fram til diagnostisering har stor betydning for opplevelsen av hvordan sykehuset som organisasjon fungerer.

Tilgangen på personale har følger for driften. I datamaterialet fra 2000 var det rundt 1/4 (27 %) av enhetene som hadde måttet stenge, eller redusere driften i perioder i løpet av det foregående året pga. personal-

---

<sup>3</sup> SHD rapport nr 2:2001

<sup>4</sup> SHD rapport nr 2:2001.

mangel. Registreringene i 2001 viste at det var ca 1/3 av enhetene som hadde gått til dette skrittet i det mellomliggende året. I denne sammenheng er det viktig å merke seg at det i undersøkelsen inngår enheter som *ikke kan* holde stengt, så som generelle kirurgiske og medisinske enheter. Spesialenheter og enheter som arbeider med elektive pasienter, har i mange tilfelle lagt opp til å kunne trappe ned aktiviteten i helger eller høytider. Vi fant eksempler på en viss omlegging av driften, slik at avdelingen eller posten bare holder åpent i ukedagene.

Knappheten på personale medfører behov for overtidarbeid. I registreringene fra 2000 ble overtidbruken rapportert til å være stabilt lav for 44 % av enhetene, stabilt middels for 22 % av enhetene og stabilt høy for 33 % av enhetene. For det mellomliggende året var det skjedd en viss bedring ved at flere enheter sa at de hadde hatt stabilt lavt nivå, og noen bemerket at de hadde overtid i mer begrensede perioder, for eksempel rundt jul. Det var 10 % av enhetene som sa at de hadde hatt stabilt middels nivå, og 30 % hadde hatt økende overtidbruk. I en av disse enhetene (operasjonsavdeling) ble det arbeidet 9245 timer overtid i 1999, og i 2000 var det en økning med vel 700 timer (9950 timer).

Undersøkelsen viser hvordan knappheten på helsearbeidere, og særlig sykepleiere, medvirker til press i arbeidssituasjonen. Dette forholdet sammen med svak oppfølging av arbeidsmiljøproblemer virker inn på sykepleiernes beslutninger om hvor stor stillingsbrøk de velger å ha. Det framkommer at en betydelig andel av sykepleierne som velger deltid, begrunner dette av hensyn til egen helse og behov for å kunne beskytte seg mot krav om å gå overtid eller ta ekstravakter. Når arbeidsgiver ikke følger opp påpekte uheldige forhold i arbeidsmiljøet, blir det tolket som at hver og en må passe på seg selv. Arbeidsgiver gjør med andre ord ikke nok for at de ansatte kan kjenne seg trygge på at deres helse, miljø og sikkerhet er ivaretatt av den som har det objektive ansvaret etter arbeidsmiljøloven. Tvert imot har mange opplevd at det nettopp er arbeidsmiljøet og arbeidsmiljøtiltak som blir salderingspost når de økonomiske betingelsene strammes til. Resultatet er at pleiepersonalet må finne private løsninger på et strukturelt problem, altså arbeidsmiljøproblemer.

Det var et like stort antall sykepleiere som arbeidet deltid i 2001 som ved registreringen i 2000. Mens 43 % jobber deltid, er resten i fulltidsstillinger<sup>5</sup>.

Sykehusene som inngikk i studien har store utfordringer både med hensyn til rekruttering og stabilitet. Resultatene er ikke helt sammenliknbare, men kan tyde på en viss bedring i tilgangen. Imidlertid er endringene små, og vi trenger observasjoner over en lengre periode for å kunne identifisere trender. Hva som defineres som høy, middels og lav turnover varierer noe geografisk.

### Nye roller for sykepleierne?

Internasjonalt har utviklingen i helsetjenesten og søkingen etter optimal utnyttelse av kompetanse og personalressurser medført utvikling av nye sykepleierroller (Sørensen 2000). Denne utviklingen bygger til dels på interessante substitusjonsstudier, dels på en forståelse av nye forventninger og behov hos befolkningen i møte med helsetjenesten.

Et annet aspekt er tiltakende viktig som bakgrunn for å utvikle nye sykepleierroller: Ser vi nærmere på *aldersfordelingen* blant de sykepleierne som er i aktivitet på sykehus, finner vi en ganske smal aldersspredning. Samtidig finner vi også at den store andelen som har deltid begrunner dette med arbeidsmiljø- og arbeidshelsehensyn. Utviklingen av nye roller for sykepleiere i sykehus vil kunne medvirke til at flere blir stående lenger i sine stillinger, og gitt at man kunne skape nye former for jobbutvidelse, vil sannsynligvis flere se seg i stand til å ha full stilling. Sykehusene trenger, som alle andre virksomheter, å ta inn over seg at vi står foran en situasjon i nær fremtid der vi vil være helt avhengige av en bedre seniorpolitikk. Konkurransen om de krympende ungdomskullene vil bare tilta. Det er ikke grunn til ensidig å fokusere på seniortiltak; det trengs en overbevisende satsning på nye karriereveier for sykepleiere som sannsynliggjør at de vil kunne ha større valgmuligheter enn i dagens situasjon. Nå heter det at sykepleie blir mer verdsatt som bakgrunn for karriereutvikling utenfor enn innenfor helsetjenesten: "Sykepleie kan lede fram til hva det skal være – bare du vet å hoppe av helsetjenesten

---

<sup>5</sup> Dette er helt tilsvarende tall for hele sykepleierbefolkningen og er derfor samtidig en indikator på at den foreliggende undersøkelsen er representativt sammensatt (se Askildsen og Haug 2001).

i tide”. Noen gir også uttrykk for at du står på toppen av din karriere som nyutdannet og etterspurt sykepleier. Og når du ser på dine godt voksne kolleger, kan du bli alvorlig i tvil om veien videre.

### Kunnskapsbedrifter?

I strukturkartleggingen ble det fanget opp en rekke vesentlige sider ved aktivitetsmønstre i sykehusenhetene. Personalet i sykehus er serviceytende, og de tar kunnskap i anvendelse for å gi adekvat behandling. I kunnskapsvirksomheter vet vi at ansatte er avhengige av å kunne vedlikeholde og oppdatere sin kompetanse for å kjenne seg trygge som profesjonsutøvere. Adgang til kompetansevedlikehold og muligheter til å systematisere egne erfaringer (forskning) og å kunne se disse i forhold til den generelle faglige utvikling på feltet, er også en viktig motivasjonsfaktor.

Data viser at en driver en viss *opplæring* i nær sagt alle enhetene som inngår i undersøkelsen. Både sykepleiere og leger bidrar til egenorganisert undervisning, noe som nesten alle driver med. Det er vanlig at lege eller sykepleier gir undervisning i emner med direkte relevans for den behandling og pleie som er relevant for egne pasientgrupper. Videre gir en del sykehus også kurstilbud på områder som data, ledelse, mv.

For at sykehuset skal være en *lærende* organisasjon, en kunnskapsbedrift, må det også foregå en anvendelse av egne erfaringsdata anvendt på organisering av virksomheten og videreutvikling av praksisformer. Det er sykehus i datamaterialet som lever opp til en type praksis der en tar egne data på alvor og bruker disse til å utvikle og forbedre rutiner, organisering og pasientrelatert adferd (som vi skal se er det ett av de interessante skillene mellom godt drevne og mindre godt drevne sykehus). Allikevel er dette snarere unntaket enn regelen. Det krever for eksempel tid og ressurser til å kunne følge opp pasientklager og avviksmeldinger i HMS-sammenheng. Dette er materiale som potensielt kan tilføre grunnlag for å utvikle og forbedre egen praksis. Rundt halvparten av enhetene har etablert en praksis der de trekker pasientklager inn som grunnlag for endringer i rutiner. På HMS-området er det derimot et flertall som nevner at selv om det gjøres kartlegginger, er det ikke ressurser til å følge opp med utbedrings- og utviklingstiltak.

### Oppgavefordeling – de ansattes peker på behov for endringer

Desto knappere personalressursene er, jo viktigere er det at den tilgjengelige kompetansen og arbeidskraften kommer til sin rett. I undersøkelsen ble det spurt om de ansattes vurderinger og erfaringer mht. oppgavefordeling. De fleste av respondentene svarte at det var rett person på rett plass i virksomheten. Nær en femtedel mener at det i dag ikke er rett person på rett plass. En betydelig andel (37 %) mener at andre yrkesgrupper bedre kan ivareta deler av deres opp-gaver i dag, og også at de/deres yrkesgruppe burde ha ansvar for opp-gaver som nå utføres av andre (30 %). Her ligger et stort potensiale for praksisnært utviklingsarbeid. De ansatte står daglig i situasjoner der de reflekterer over hensiktsmessigheten av den arbeidsorganisa-toriske utformingen. Noen prøver også å formidle disse erfaringene og kommer med konkrete forslag til endringer, men styringsstrukturen ser ut til å motvirke at denne meget viktige ressursen blir sett og ivaretatt. Når ledelsen har éndimensjonale parametre – å holde budsjettet – som ledetråd, synker sannsynligheten for at man klarer å nyttiggjøre seg de ansattes innsikter. I stedet får man en gammeldags rasjonalisering, og eksterne konsulenter og forskere kommer med sine oppskrifter. De ansatte kan oppleve dette som en slags straff. De skal på den ene siden fortelle utenforstående eksperter om sine erfaringer, på den andre siden blir det tydelig at direkte medvirkning ikke kan påregnes.

To av de veldrevne sykehusene i materialet har gått en annen vei. Riktignok bruker de også faglig ekspertise, men grunnlaget legges ved at eget personale deltar gjennom en prosess der deres erfarings-kunnskap valideres. Det er tvilsomt om noe annet kan gi varige betingelser for systemutvikling.

### Organisatorisk utviklingsarbeid

I en dynamisk virksomhet er evne til å omgruppere ressurser og om-stille seg en nødvendighet. Endringer som kan komme som resultat av en prosess der de som sammen skal bruke sine ulike, men komple-mentære kompetanser til å løse oppgaver, vil gi en opplevelse av mestring. Når endringene er påtvungne pga. knappe eller feil-disponerte ressurser, kan de fremkalle reaksjoner av oppgitthet. Data-materialet viser at enkelte sykehus og kommunehelsetjenester har et



godt tak på organisatorisk utviklingsarbeid. Andre har av ulike årsaker gjentakende erfaringer med organisatoriske omstillinger som begrunnes med nokså kortsiktige, administrative og/eller økonomiske forhold. Det reagerer personalet negativt på. Men det stopper ikke alltid initiativ til faglig genererte prosjekter. Noen finner alliansepartnere utenfor sykehuset som kan hjelpe fram spesielle tiltak. Derfor finner vi flere sammensatte miljøer der det nedslitte og halt-ende eksisterer parallelt med det ypperste.

### Pasienter, et tålmodig folkeferd

Pasientene roser personalet, de uttrykker forståelse for at "systemet" gir deres gode hjelpere vanskelige betingelser. Stort sett sier pasientene at de har kjent seg trygge som inneliggende. Noen er mindre fornøyd med informasjonen de har fått. Pasienter som ikke behersker norsk melder særlig om engstelse og utrygghet. De får kanskje en tolk i konsultasjonen med legen, men de har problemer med å få tak i hva som skjer og hva slags planer som er laget for deres behandling.

Pasientene beklager seg over venting, og i 2001-registreringene er det en noe større andel som har opplevd lengre utsettelse og kanselleringer av behandlingen. Det er interessant at vi ikke gjenfinner disse reaksjonene i det formelle klagematerialet. Utsettelse og venting er med andre ord noe man tilsynelatende anser som noe man bare må regne med. De formelle klagenes handler om helt andre ting, det er for eksempel klager fra pårørende i forbindelse med utskriving til kommunehelsetjenesten og ved dødsfall.

### Kan observerte forskjeller i datamaterialet fortelle oss noe om ulikheter mellom sykehus som fungerer godt og mindre godt?

Når det gjøres registreringer over tid, tegner det seg noen stabile og noen variable trekk ved de enhetene som undersøkes. Med et panel-design er det mulig å identifisere mulige, virksomme sammenhenger. På bakgrunn i materialet finner vi grunn til å skille mellom 1) forankrede sykehus, 2) flerpolære sykehus og 3) fragmenterte sykehus.

Undersøkelsen bidrar også til å lansere forslag til et metodisk arbeid som gjør det mulig jevnlig å ta temperaturen på helsetjenesten og danne grunnlag for dialog og utviklingsprosesser lokalt. Dette vil også kunne bringe inn momenter til den helsepolitiske debatten. Det kan

være med på å fremme en utvikling i retning av å gjøre sykehusene og kommunehelsetjenesten til klarere lærende organisasjoner.

En rekke viktige spørsmål som er tatt opp i undersøkelsen, gjør det mulig å analysere forholdet mellom ”eksterne” og ”interne” variable når det gjelder sykehusets evne til å løse sine problemer. I vårt materiale finner vi forskjeller mellom de sykehusene som har høy pasienttilfredshet og de som ikke har det. Pasienter og personale fremhever organisering, økonomi og størrelse som årsaker.

Ettersom vi har med sykehus fra hele landet, får vi også et bilde av kulturer og deres mulige innvirkning på hvordan forventningene til sykehuset er. I studien framkommer det at det enkelte steder er blitt kulturelle spor etter langvarig økonomisk sulteforing. Der hvor en har holdt fast på arbeidsmiljøtiltak og trukket ansatte med i endringsprosesser er kulturen mer preget av langsiktighet og pågangsmot, og slik sett har en motvirket utvikling av en fattigdomskultur.

### Forholdet til kommunehelsetjenesten

Forholdet til kommunehelsetjenesten setter også skiller mellom de gode og de mindre godt drevne sykehusene. Vi finner eksempler i materialet som viser at enkelte sykehus har tatt initiativ til å organisere opp et forholdsvis tett samarbeid med kommunehelsetjenesten. De som arbeider i sykehuset har gjort seg kjent med arbeidsmåter og rutiner i kommunehelsetjenesten og vise versa. Ved ett sykehus har en også sørget for hospitering for leger og sykepleiere, slik at en både har fått grunnlag for gjensidig innsikt i hverandres praktiske arbeidsdag og har kunnet knytte personlige kontakter. Det fremheves at dette har stor betydning for kommunikasjon, fleksibilitet og motivasjon til å utvikle praktiske løsninger, for eksempel i forhold til utskriving av ferdigbehandlede pasienter. Dette er et betydelig problem både for pasientene og personalet i så vel sykehuset som i kommunehelsetjenesten. Registreringene for 2001 viser at det var en økning i forhold til året før når det gjelder omfang av ferdig-behandlede pasienter som ble liggende i påvente av plass på sykehjem, i hjemmetjeneste eller rehabiliteringsinstitusjon.

### Konklusjoner

Undersøkelsen har vist oss et bilde av en helsetjeneste som møter nye utfordringer. Forventninger, blandet med uro og ønsker om å bidra til

en positiv utvikling, preger de ansattes holdninger til det som ligger foran. Undersøkelsen viser også en rekke konkrete satsningsområder det er verdt å prøve for å virkeliggjøre de gode intensjonene i nylig vedtatte lover og eierreformen. utfordringene gir alle aktørene i helsetjenesten muligheter til å bidra i en konstruktiv prosess. Og for å sitere en uttalelse en ofte hører fra helsepersonell: ”Det er ikke det du får gjort som sliter, men å oppleve at du ikke får mulighet til å gjøre det du vet både er riktig og nødvendig”.

Undersøkelsen har noen grunnleggende spørsmål:

- Kan vi være sikre på at ressursrammene i helsesektoren er på et nivå som trykker grunnlag for forsvarlig dekning av befolkningens behov for helsetjenester? Undersøkelsen gir ikke nok bakgrunn og oversikt til å gi noe entydig svar.
- Kan vi anta at rammene ligger på et nivå som gjør at de ressursene som finnes blir optimalt utnyttet, eller ser vi tegn til at knappheten hindrer ansatte og ledere i å optimalisere sine valg? Registreringer og andre data indikerer at det ikke er nok ressurser som når fram til driftsenhetene, dvs. rammene oppleves som for knappe til å gi tilstrekkelige frihetsgrader slik at rammene for optimalisering på stadig mer velfungerende nivå kan oppnås.
- Er det rimelig å regne med at personalmangelen vil kunne løses uten at meldingene fra praktikerne trekkes mer aktivt inn ved valg av løsninger framover? Datamaterialet viser ganske entydig at de ansattes erfaringskunnskap og faglige motivasjon hittil ikke på langt nær er kommet til sin rett. Det er vanskelig å tenke seg løsninger på rekrutteringsproblemene uten at dette skjer. Slik fungerer kunnskapsbedrifter: kvalitet og styring ligger i at yrkesutøvernes spesifikke kompetanse får en lokalt utviklet organisatorisk struktur som støtte.

Svarene på disse spørsmålene er begrenset til å gjelde det konkrete datamaterialet vi har arbeidet med. Det blir spennende å teste våre antakelser i en tredje kartleggingsrunde. Undersøkelsen peker også ut andre og umiddelbart viktige utfordringer i utviklingen av det nye Helse-Norge:

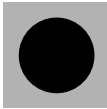
På overordnet plan:

- Differensiere helsetilbudene
- Skape en samarbeidskjede mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten/sykehusene

På virksomhetsnivå:

- Skape forutsetninger for at virksomhetene kan bli lærende organisasjoner
- Utvikle prosesser lokalt som kan danne en felles forståelse av virksomhetens utfordringer og frihetsgrader i organisering
- Ta arbeidsmiljø og arbeidshelse på alvor
- Skjerme midler til personalorienterte tiltak
- Belønne stabilitet og lojal innsats
- Differensiere tiltak i institusjonshelsetjenesten, fortsette en god utvikling
- Lage bredere karriereveier
- Lage en praktisk seniorpolitikk f eks i form av hybridroller som gjør det mulig for flere eldre ansatte å fortsette i arbeid
- Lage en mer kreativ arbeidstidsorganisering
- Prøv ut tiltak for å skille mellom linjer for produksjonen (akutt/elektivt)
- Lage gode screeningsmekanismer / observasjonsenheter som forebygger unødige innleggelser.





## English summary

This report draws on a large set of data encompassing interview data and material from records and observations in a stratified, randomly selected sample of somatic wards in 11 Norwegian hospitals. This study has a panel design, a rather rare design providing unique, comparative data. The researchers visits were not announced in advance and therefore came as a surprise to the institutions. A similar call on these hospitals was done almost a year earlier (2000). The sample of hospitals includes small hospitals, local hospitals, medium sized county hospitals and large regional hospitals.

Norwegian healthcare is facing new challenges. The parliament has accepted new laws and reforms in order to assure the quality of the care delivered. In 2002 all Norwegian hospitals will be transferred to state ownership and the institutions will be organised as enterprises and accordingly with increased managerial freedom to develop strategy and policy. The legislation that regulates hospitals, states that each citizen has the right of access to hospital admission and care, when in acute need of medical treatment. The municipalities are in charge of further care when the treatment needed in a hospital setting is completed. The LEON-principle provides the guideline for the collaboration between the different types and levels of hospitals and the municipal follow up procedures. The ownership reform comes as a response to a public and political debate focusing on the need to assure a steadier financial framework for the hospitals.

In 2000 a set of new reforms pertaining to assure improved rights for the patients were decided on. The citizens are now given individual so-called “permanent” doctors in their local community. When taken into hospital care the patient is entitled to an individually designated nurse and physician. The patients are also granted free choice as to which hospital they want to seek treatment in.

In Norway as in most countries in Europe health policy is a central issue in any election campaign. While the general aim of providing equal and just distribution of health care resources irrespectively of

who you are, what you own and where you live is confirmed a set of measures in order to achieve cost containment have been launched. Over the last years a rather impressive increase in activity has occurred, and through outpatient treatment, improved technology of treatment, the introduction of the DRG-system and economic incentives to increase production, the number of patients receiving treatment has increased accordingly. But the hospitals still struggle in meeting the needs and the demands of the population.

The aim of the study undertaken was to give an updated picture of the organisation of work, work environment and efforts to develop or optimise the organisational layout in somatic hospital services. Through registration of activity, recruitment of personnel, mapping the structural arrangements for training, health and safety practice a "Polaroid picture" was taken of the situation in the wards. Which activities were scheduled and which among these activities were not performed and, - for whatever reasons? Which categories of personnel were supposed to be on duty and who actually turned out to be present? The day, evening and night shifts were followed, and a selection of staff members and patients were interviewed. In order to get an overview of the managerial thinking, nurse managers and physician managers were also interviewed.

The portrait of the situation in 2000 was on the whole confirmed in 2001. Norwegian somatic units pursue an ambitious strategy and the personnel is characterised by high involvement and great dedication. But tight economic frames and a persistent shortage of physicians and nurses (auxiliary and registered) are perceived as limitations to find optimal organisational solutions. As a consequence the daily work is hampered by bottlenecks and unwanted variations to regularity in production. The data show, however, that considerable efforts are made to overcome or soften these problems. Patients explain that they trust the institutions and the personnel, and they blame "the system" for the fact that quite a substantial number of patients experienced delays in treatment and have to cope with less than satisfactory information about the treatment and their own clinical situation. The patients noticed the personnel shortage, and some withheld their needs for assistance because they were afraid to be a burden for the nurses and doctors. Because of the shortage in personnel, solutions are found in order to fill the vacant positions, but some of these solutions seem

to add to a type of “permanent temporality” in the work organisation. The hospitals also compete for qualified nurses and doctors, and many hospitals hire temporary staff from agencies offering short time substitutes. Some of the substitutes are Norwegians, but more often they are recruited from the Nordic countries and European countries, some come from far away. Since the therapeutic relationship is formed culturally, the presence of short time personnel who do not command Norwegian adds to the challenges in the work organisation. Norway is becoming a multicultural society, and patients depending on interpreters may feel more alienated in the patient role, especially when the hospital is under staffed and the work place tends to be rather hectic.

The high tempo and heavy workload is part of the explanation why 43% of the nurses are working part-time. Norway is one of the Western countries with the highest density of nurses (nurses pr 1000 inhabitant). But it has proven to be difficult to stimulate enough nurses to take full time employment. Besides the working conditions and the need to protect one self from too much overtime, the nurses also claim that they are underpaid in relation to comparable occupational groups.

The study shows that there are interesting efforts to develop new organisational solutions in the somatic units. When interviewed about their experiences the nursing staff expressed that they are open for participation in trying out new divisions of tasks and organisational forms at work. A general impression is that the units do not harness the resources like tacit knowledge, practical experience and innovative ideas held by the staff to its full potential. Reforms may be decided on in the political process in society, but time has come to open up for innovation from within the hospitals, where the staff generates amounts of useful and relevant data. The experiences of patients also represent valuable experiences that could be taken advantage of in internal developmental efforts.

Observations over the three shifts demonstrate that some units suffer from a shortage of beds as well as shortage of competent and experienced personnel. When working in a ward where patients have to stay in a corridor, a library or a bath, the personnel feels ashamed, overloaded with work and they are being hindered in applying



adequate tools, as for example lifts to assist them at work with heavy or disabled patients.

Since the municipalities have problems providing services to the patients that are ready to be discharged from the hospitals, quite a large number of the beds are occupied with such patients. This problem has increased over the last year according to the material.

There is controversy over the question about how the different shifts should be adequately staffed. Data shows that contrary to commonly spread assumptions the evening shift may be as busy and demanding as the morning shift. But the manpower situation is weaker in the evening shift. This may partly provide an explanation to the fact that patients express that they don't get enough information. The staff is aware of the fact that the time does not allow them to provide with appropriate psychosocial support in the evening shift. A more even distribution of personnel during the day and evening shifts seems important to promote the quality of care.

The units in question are parts of hospitals that expose considerable variety as to size, culture and fields of activity. Size is correlated with some traits. We find that the really small hospitals are fulfilling an important mission and they receive great appreciation by the patients. These hospitals have a well-defined set of tasks as specialists in providing treatment and care for patients in need of rehabilitation, minor surgery and for a group of patients who demand palliative care. The largest hospitals have the resources and capacity to diversify and create specialised units. Some of these units resemble the qualities we find in the very smallest hospitals. The medium range hospitals show great differences, ranging from the very best to the less than acceptable.

The study provides us with data that allow for suggestions as to how internal developmental work may be promoted in order to enhance more regularity, better working conditions and higher quality in the treatment and care rendered.

# 1

## Sammenlikninger over tid

Ett kalender år går fort i en organisasjons liv. Vi regner med at det vil være tilstrekkelig avstand for å observere noen endringer over tid, men at det samtidig er for kort tid til at vi kan uttale oss om sikre tendenser. Det vil si at vi naturligvis antar at de forandringene vi observerer er reelle, men om de er begynnelsen på et nytt mønster eller en ny trend, er ikke gitt før man har flere observasjoner. Forandringene kan altså bero på tilfeldigheter, og vi skal derfor være forsiktig med å trekke konklusjoner. Stabilitet over de to observasjonstidspunktene er det derimot større grunn til å merke seg. Vi skal i dette kapitlet se nærmere på de likheter og forskjeller som opptrådte når vi sammenlikner data fra de observerte enhetene fra et år til et annet. I tillegg til de data som ble samlet inn i sykehusenhetene med nøyaktig ett års mellomrom, kan vi også nyttiggjøre oss data fra en runde der det ble gjort enkelte stikkprøver for å kvalitetssikre data. I denne runden var søkelyset særlig rettet mot å få fram strukturdata fra sykehusene og data om samspillet med enkelte kommunehelse-tjenester som søker til sykehusenhetene.

### 1.1 Endringer på avdelings- eller postplan

Vi skal nå legge fram de dataene som omhandler endringer en har foretatt i løpet av det mellomliggende året fra februar 2000 til slutten av januar 2001. Endringer og omstillinger kan ha faglig, driftsmessig eller økonomisk bakgrunn. Det er ikke gitt at ledelse og personale på postene ser likt på forandringstiltakene. Gjennomføringen av endringene vil sette preg på opplevelsen av hva omstillingen innebærer, typisk tolkes omstillingsprosessens eget forløp som tegn på verdsetting eller mangel på verdsetting. Omstillinger er en prosess med flere faser. I forfasen formidles målsetningene med omstillingen, hva den skal lede til. Begrunnelsene som gis kan være avgjørende for oppslutning og innsatsvillighet. Når ledelsen hopper over begrunnelser og informasjon, inntreer noen karakteristiske reaksjoner. Siden det er viktig for oss alle å få informasjon i møte med en usikker framtid, vil

det være en tendens til at vi vil forsøke å redusere usikkerheten ved å lage egne tolkninger på hva som egentlig skjer. Slike tolkninger kan oppstå for eksempel i uformelle samtaler på vaktrommet eller i en diskusjon på et personalmøte. Tolkningene kan få støtte fra flere, og i den uformelle kulturen kan en så bli enige om at tolkningen er forklaringen. Kanskje den forklaringen ingen vil ut med. Prosessen løper nokså annerledes der omstillingsprosessen preges av åpenhet og medvirkning.

Datamaterialet har gode eksempler på dette. La oss se på kontrasten mellom noen enheter.

### Eksempel 1

Vi kommer til en avdeling og kjenner oss knapt igjen. Det skinner i rene gulvflater, og det er innbydende, lyst og trivelig. Vi blir oppmerksomme på blikket til den ansatte som viser oss rundt: *Hun* ser tilfreds på at *vi* ser den slående endringen. I fjor fortalte hun oss om de vanskelige arbeidsbetingelsene og hvor slitsomt det var å utføre arbeidet der framkommeligheten var liten. Selv om oppussingsperioden også var slitsom, opplevde personalet det som meget positivt at avdelingen ble oppgradert fysisk. ”Vi nådde fram, det er blitt mer eller mindre slik vi mente det skulle være”, dette tolkes også som ”å bli hørt” på en avgjørende måte. Det er en fysisk, men også mental lettelse i arbeidspresset når det er oversiktelig, lett å gjøre rent, ordentlige opplegg for å handtere medisiner, urent avfall og tøy. Pasientene har fått det bedre mens de er her, og det virker selvsagt inn på arbeidet. Ryktet spres, og nå kommer det jobbsøkere både innenfra eget sykehus og utenfra.

#### *Og hva sier pasientene?*

Pasientene var stort sett fornøyde, mest fordi de fikk rimelig god informasjon og ikke opplevde betydelige utsettelse.

### Eksempel 2

”Du får unnskyld”, sier hun og lukker døren til det frimerket av et avdelingssykepleierkontor som vi kommer inn i. Hun flytter papirer og en boks med noe utstyr rundt, slik at det blir plass ved skrivebordet. Avdelingen bak oss er en stor sengepost med en lang gang, som oftest bebodd av pasienter på korridor. Hun sier at det er helt ”på trynet” i avdelingen, før hun hjelpsomt og raskt går igjennom spørs-

målene med oss. Fra dagvakt til kveldsvakt, fra kveldsvakt til nattevakt. Hun forsøker å få det til å gå rundt. Å få nok folk er et strev, og det tar mye tid. Hun vet at de andre oppgavene blir satt til side, som veiledning og undervisning. Hun kjenner en uro fordi hun ikke nådde det i dag heller. "Det er jo ikke det at ledelsen ikke ser at vi strever, men rammene er slik. Det er ikke rom for utbedringer".

*Og hva sier pasientene?*

Pasientene ser de vanskelige forholdene. Noen har ligget på korridor. Hvorfor kan en ikke gjøre noe med kapasiteten og lokalene?

### Eksempel 3

"Det er blitt en ny hverdag", sier de med ettertrykk. Helt topp! Vi driver virkelig annerledes. Det er blitt mye bedre for pasientene. For de ansatte er den store, positive konsekvensen at det er blitt markert reduksjon i overtidsarbeidet. Omleggingen er ikke en kopiering av noe som er utviklet et annet sted, en oppskrift. Det er her lokalt som man har funnet løsningen, i egne erfaringsdata.

De ansatte har god oppfølging og tilbys mye opplæring. Det er spennende å være med på noe nytt.

*Og hva sier pasientene?*

Pasientene synes de får veldig godt stell. De har ikke noe å klage over. To eldre menn som ble intervjuet sa at de ikke ville ut: "Vi føler at de vil ha oss ut i helgene. Her er det selskap og noen som passer på at vi får riktig medisin". De oppsummerer at sykehuset virker bedre enn hva de forventet, og de legger til at "det virker mer negativt når man leser avisen".

### Eksempel 4

Intervjuet her blir sterkt preget av at de ansatte ønsker å fortelle oss om en omlegging av driften som de ikke finner velbegrunnet faglig. "Det er bare økonomien som teller", kommer til uttrykk gjentatte ganger av informantene. Historien er ikke ukjent, snarere typisk for en måte å gjøre omstillinger på. Ledelsen eller administrasjonen har sett etter sparemuligheter, og de har funnet en post på budsjettet der de direkte pasientrettede stillingene ikke blir berørt. Ved å flytte rundt på noen enheter og slå dem sammen, kan en dele personale på en ny måte. En merkantil funksjon kan kuttet. Inni denne pakken blir det

også plass til et tiltak som kommer fra fagfolkene, en dagklinikk. Det gir også noen økonomiske fordeler. Sengeantallet kan reduseres, og dette gir mer innsparing.

Forandringer er nødvendige og de ansatte ønsker endringer, men den formen for sammenslåing som er gjort henger ikke på greip. De ansatte påpeker at dette kunne vært gjort annerledes. De kom selv med forslag om overgang til mer dagbehandling og en organisasjons-form for dette. Det ble ikke diskutert med avdelingspersonalet før sammenslåingen, og det er heller ikke gjennomført noe organisasjons-utviklingsprogram for å få et bedre og nærmere samarbeid mellom partene i "fornuftsekteskapet". (De setter også spørsmålstejn ved fornuften.) Resultatet er blant annet at de ansatte har fått mindre rom for staben, som møterom etc.

#### *Og hva sier pasientene?*

Først og fremst fremhever de at personalet er alle tiders, men de har det travelt. "Det virker ikke godt organisert her", påpeker en pasient. Andre sier at det er vanskelig med kontakten når legen ikke snakker norsk. Flertallet av pasientene har opplevd store utsettelse. Vi får høre nokså oppbrakte uttalelser om helsepolitikk, at nedskjæringen virker negativt her lokalt. "Myndighetene burde gi sykehusene bedre økonomiske rammer", hevder pasientene.

#### Hva er blitt forandret i løpet av året?

Den vanligste endringen forekommer som reduksjon i sengekapasitet, sammen med andre organisatoriske omlegginger. I noen tilfelle er det snakk om få tilbake senger som er overflyttet til en annen enhet. Enkelte ganger skjer dette etter at en over en tid har hatt store bemanningsproblemer og måttet kjøre med redusert drift. Et sted manglet en 8 sykepleiere over en periode på 2-3 måneder, og dette førte til en omstrukturering og utflytting av senger og stillinger.

Oppdeling av poster i sengeenhet og dagenhet er et ganske vanlig mønster, og enkelte sykehus har gjennomført en slik omlegging i løpet av året.

Flere avdelinger forteller om tiltak for å gjøre arbeidssituasjonen mer forutsigbar og bedre organisert. I en ekstremt travel kirurgisk enhet forsøker en å legge opp et operasjonsprogram som gjør at det blir størst aktivitet i begynnelsen av uken, og da behandles de tyngste

pasientene. Helgebemanningen oppleves som så lav, at det er avgjørende å senke belastningen mot helgen. Ved en annen kirurgisk enhet etterlyser en tiltak, ettersom de opplevde at de nyrekrutterte til avdelingen sluttet etter kort tid. 2000 ble et hardt år. Nesten hele staben ble skiftet ut i løpet av noen måneder.

## 1.2 Rekrutteringssituasjonen

Nye løsninger kan, når de gjennomføres på en gjennomtenkt og medvirkningsbasert måte, gi motivasjon og fornye pågangsmotet. Dette er og har i løpet av de siste årene blitt stadig mer avgjørende for enheter som vil rekruttere sykepleiere og også i noen grad hjelpepleiere. Mange virksomheter legger ned stor innsats for å skaffe en rimelig dekning av kvalifisert personell, men en innsats i å beholde de nyrekrutterte er også avgjørende.

Mindre sykehus utenfor sentrale strøk kan ha lett for å rekruttere sykepleiere, men det er eksempler på sykehus med meget høy turnover samtidig, så høy som 70 % i ett tilfelle fra første registrering. 2001-registreringene fortalte at enkelte avdelinger opplevde nærmest total utskifting i løpet av det mellomliggende året. Dette betyr at man har mange som bare kommer til sykehuset for en kort periode. Vi vet ikke om det er tendens til at en snur og drar igjen raskere enn tidligere, men enkelte observasjoner kan peke i denne retningen. For noen er nye muligheter som å melde seg til tjeneste for et utleiebyrå, blitt et alternativ.

Vårt datamateriale viser at det er de middels og store sykehusene som har de største vanskelighetene med rekruttering. Ved ett av disse sykehusene ble det for eksempel sagt at man var engstelige for å søke etter mange sykepleiere samtidig, da det kunne medføre at et negativt inntrykk av sykehuset festet seg. Større sykehus har også forsøkt å gå nye veier som å satse på egen opplæringsvirksomhet og dermed få til rekruttering innenfra. Andre sykehus legger til rette for at en gjennom samarbeid med sykepleiehøgskolen lokalt kan få til bedre tilgang.

I en operasjonsenhet har en et forholdsvis lavt antall stillinger for offentlig godkjente sykepleiere uten spesialutdanning, og resten (et stort antall) er normert for operasjonssykepleiere. Sykehuset sørger for tilgang ved egen utdanning av operasjonssykepleiere, men som andre avdelinger melder, merkes konkurransen fra det kommunale

stillingsmarkedet for sykepleiere. Det oppgis at sykepleiere får fra 10 til 6 lønnstrinn høyere enn det som tilbys i sykehuset. Det antydes at dette ikke først og fremst trekker til seg nyutdannede, men erfarne sykepleiere med en viss ansiennitet. Lønnsforhold virker med andre ord inn på stabiliteten i personalet. Det er spesielt tankevekkende at dette også viser seg å gjelde personal med spesialutdanning.

### 1.3 Høy turnover

Noen av sykehusene som har lett for å rekruttere sykepleiere, melder også om meget høy turnover. Dette medfører at andelen av sykepleierne med meget lav fartstid, blir svært høy. Hva som er høy og lav turnover, tolkes ulikt fra sted til sted. I storbyene er det tendens til at en sammenlikner seg med det en antar er nivået der, og da sier en at det er bra med en sammensetning av de ansatte der 32 % har mindre enn ett års ansiennitet. Ved et middels stort sykehus og en enhet hadde gjennomtrekken i 1999 resultert i at av i alt 25 sykepleiere, hadde over halvparten av dem vært ansatte i mindre enn ett år. I 2001-kartleggingen karakteriserer et annet middels stort sykehus en turnover på 15 % pr år og 25 % over 3 år, som stabilt lav. Ved en enhet i et sykehus med tilsvarende størrelse, hadde 7 av 10 sykepleiere en fartstid på 18 måneder eller mindre, og i en annen enhet hadde halvparten vært ansatt i mindre enn 18 måneder.

Høy turnover er også et fenomen som kan gi ekstreme utslag der det er store rekrutteringsproblemer. Eksempelvis var fartstiden på en avdeling i gjennomsnittet 7,5 måneder, og i 1999 sluttet 16 sykepleiere og 2 hjelpepleiere av et pleiepersonale på 27 normerte stillinger. I løpet av 2000 ble det ansatt nye sykepleiere, hvilket forbedret dermed situasjonen. Fortsatt merkes den store utskiftningen i form av behov for å lære opp de nyankomne. I det hele tatt ser det ut til at avdelingene kan ha store problemer med å komme seg inn i et stabilt driftstempo etter større utskiftninger, eller lengre perioder med høyt sykefravær.

Ser vi nærmere på én av de kirurgiske enhetene, finner vi et bilde som er preget av at det er meget vanskelig å rekruttere sykepleiere. Ved enheten er turnoveren høy og overtidsbruken ligger på et høyt nivå, stabilt høyt nivå. På grunn av personellmangel, må driften reduseres i perioder. Det er interessant å se hvordan dette avtegner seg i en typisk

to-puklet kurve over aldersfordeling og ansettelseslengde. En gruppe har nylig kommet til, mer enn en tredjedel, mens en like stor andel har vært ansatte mer enn 3 år.

Ved en annen enhet der det er vanskelig å rekruttere sykepleiere, sies det også at turnoveren har vært stor og med mange korttidsengasjementer.

#### 1.4 Overtid

Ved en av operasjonsenhetene er problemet ikke å få rekruttert sykepleiere, men at en opplever at det er for lav normert bemanning. Dette medfører at en har et økende overtidsbruk, og at en i perioder har måttet søke dispensasjon fra arbeidstidsbestemmelsene. Her er det en meget stor stabilitet i sykepleierstaben. Sykehuset ligger slik til at det er lang avstand til nærmeste alternative arbeidsplass, og nesten alle de ansatte har vært knyttet til operasjonsenheten 3 år eller mer. Dette er et særsyn i materialet.

Overtidsproblemene er en markant utfordring. Ved én av operasjonsenhetene ble det arbeidet 9245 timer overtid i 1999. Dette medførte at en måtte søke dispensasjon for noen ansatte. Problemene vedvarte og ved registreringen i 2001, oppga dette sykehuset at det hadde vært en økning på 700 timer i overtidsforbruk. Fortsatt er problemet å få tak i kvalifiserte ekstravakter utenfor egne rekker. Dette problemet er delvis løst ved at en har opprettet en egen stab med korttidsvikarer som kommer tilreisende for å jobbe intensivt i 1-3 uker. De kommer i hovedsak fra andre land i Norden. Disse korttidsvikarene jobber mye og intensivt når de er på plassen. Allikevel er det tankevekkende at trenden holder seg over lengre tid. Dette bekymrer avdelingens og sykehusets ledelse, som forsikrer oss om at de nå satser på å få denne overtidsbruken ned.

Som vi ser, rekruttering, personellturnover og overtidsbruk synes å ha en viss sammenheng.

#### 1.5 Døgnrytmen - tallenes tale

Vi skal nå se nærmere på registreringsmaterialet fra døgnobservasjonene. Materialet er omfattende og vil bli presentert på en enkel måte i første omgang.



## Morgenvakt

Forskningsteamene var sammensatt slik at det var mulig å oppsøke flere enheter synkront og parallelt. Det vil si at man kunne dekke flere enheter. Observasjonene fra morgenvakten omfattet 33 enheter i 2000 og 27 enheter i 2001.

### *Enhetenes primære aktiviteter<sup>6</sup>*

Enhetene som ble kartlagt var 15 medisinske avdelinger, 12 avdelinger var kirurgiske, 1 avdeling var blandet kirurgisk og medisinsk, 3 avdelinger var operasjonsavdelinger/postoperativ/intensiv, 3 avdelinger var fysikalske/rehabilitering/revmatologiske i tillegg til 1 fødeavdeling. I 2001 hadde det skjedd noen strukturendringer, blant annet var 4 enheter slått sammen til 2, det var nå ikke lenger aktuelt med to fysikalske/rehabiliterings-enheter. Fødeavdelingen ble ikke inkludert, og kapasitetsproblemer gjorde at ytterligere én enhet ikke kom med.

### *Senger og korridorpasienter*

Om morgenen 8. februar 2000 hadde en til sammen 865 disponible senger ved de enhetene som ble kartlagt. Medregnet i datagrunnlaget er altså ikke avdelinger som rehabilitering, fysikalske og operasjonsenheter. Ved de enhetene som er tatt med, var det overbelegg på 12 enheter. Dette overbelegget var på fra 1 til 10 pasienter. Gjennomsnittlig overbelegg var på 4 pasienter. I 2001 hadde en 607 senger til rådighet. Det var overbelegg på 13 enheter, og overbelegget var fra 1-6 pasienter. Blant de som hadde overbelegg lå gjennomsnittet på 3 pasienter.

Organisatoriske endringer i løpet av det mellomliggende året har medført at flere enheter har etablert praksis med mer vekt på dagbehandling. Dette gjelder både for medisinsk og kirurgisk enheter. Pasienten som kommer til dagbehandling trenger da normalt ikke en seng på avdelingen over natten. Enkelte har også etablert ordning med pasienthotell. Fortsatt ligger det pasienter på undersøkelsesrom, bad, i bibliotek og på korridor. Når dette er et vedvarende problem, henger det blant annet sammen med at sykehusene ikke alltid kan sende ferdigbehandlede pasienter videre. Ved noen av enhetene ble det sagt at man ikke kan ha korridorpasienter, konkret gjaldt dette infeksjons-

---

<sup>6</sup> Liste over enhetene med en kort funksjonsbeskrivelse finnes i vedlegget.

medisin-enheter. Noen sykehus har også såkalte "hvor som helst"-pasienter som plasseres der det er en ledig seng.

På morgenvakten i februar 2000 registrerte vi at det var ledige sengeplasser på 10 enheter. I gjennomsnitt var det 2,7 ledige senger. I 2001 hadde 5 enheter ledige senger på morgenvakten, og i gjennomsnitt sto da 3 senger ledige. Noen sykehus hadde disse sengene øremerket for barn, noen hadde sendt pasienter til operasjon eller overflyttet pasienter midlertidig til annen avdeling.

#### *Ferdigbehandlede pasienter som overliggere*

I 2000 var det 53 ferdigbehandlede pasienter som ikke kunne reise/ skrives ut fordi mottaksleddet, f.eks. sykehjem eller hjemmetjeneste, ikke hadde muligheter til å gi dem et tilbud. Disse pasientene fordelte seg på 21 enheter, dvs. at det var 2,5 seng i gjennomsnitt belagt med ferdigbehandlede pasienter. Det var særlig stor opphoping av ferdigbehandlede pasienter på medisinske og rehabiliteringsavdelinger.

I 2001 etter hadde en større andel av postene, der det ble gjort registreringer, overliggere (84 % mot 64 %). Det ble også spurt om hva som var årsaken til at pasienten ikke kom videre i behandlingsskjeden. Hovedårsaken som ble oppgitt, var at pasienten ventet på å få plass på sykehjem eller rehabiliteringsinstitusjon, eller ventet på klarsignal fra hjemmetjenesten i egen kommune. Det var også eksempler på at pasienten ikke kunne sendes til sitt nærsykehus fordi det ikke (ennå) fantes kompetanse på den oppfølgende behandlingen pasienten var avhengig av. Dette indikerer at det vil være viktig å sørge for at personalet ved nærsykehusene får innføring i nye terapeutiske behandlinger samtidig som at disse tas i bruk på større sykehus.

#### *Pasientturnover*

I alt ble det registrert en turnover (ut / inn) på 21 % pasienter på enhetene som ble observert i løpet av morgenvakten i 2000. Tallene fra 2001 viste omtrent den samme rørligheten. Turnoverraten var svært ulik fra enhet til enhet, fra 50 % og til ca 10 % i 2000 og noe jevnere i 2001.

#### *Fravær*

I 2000 var det ikke fravær i 23 % av enhetene i løpet av morgenvakten. I 62 % av enhetene var det sykefravær, og i over halvparten av

disse enhetene var det langtidsfravær. Bare en mindre andel av enhetene hadde fravær pga. sykt barn (14 %), og fravær pga. kurs var ubetydelig oftere forekommende. Fraværet skyldtes permisjon (velferd, barsel, utdanning mv) i 25 % av enhetene, og nesten like mange med årsak i ferie og avspasering, eller fordi de hadde fått forskjøvet arbeidstiden ettersom de hadde måttet jobbe dobbelt de to foregående vaktene.

Registreringen for 2001 viser at i 2/3 av enhetene som ble besøkt på morgenvakt, var det sykefravær. Hovedtyngden av sykefraværet var 10 dager eller mer. Det var få som var borte pga. sykt barn, og det var bare små forskjeller i forhold til året før, så små at det må sies å være ubetydelig.

#### *Personalet i 2000-registreringen*

Sykepleierpersonalet var fulltallig tilstede i forhold til normerte stillinger på 29 % av enhetene, mens det var 71 % enheter med større og mindre andeler ubesatte stillinger. Denne siste gruppen felte seg ut med vel halvparten av enhetene som manglet fra 4-20 % av stillingene, og noe under halvparten som manglet fra 21 til 50 % av stillingene. Gjennomsnittstallet for de enhetene som manglet personale var 20 %.

Hjelpepleierpersonale finnes ikke på alle enhetene, men det er 61 % av enhetene som skulle ha hjelpepleiere som rapporterer om ubesatte stillinger, og gjennomsnittsmangelen her er på 25 %.

De manglende sykepleierstillingene var dekket opp ved ulike typer personale. Det forklares at stillingene er fylt dels av sykepleiestudenter, dels av ekstravakter med noe ulike kvalifikasjoner. Noen nevner også at hjelpepleiere går i sykepleierstillinger. (Dette skal belyses nærmere senere.)

I vel ¾ av enhetene er det personale som kommer inn til erstatning for fast ansatte på morgenvakten. Omtrent halvparten av de enhetene som har erstatningspersonale, har to eller flere typer ekstrapersonale på vakt. Den vanligste kombinasjonen er at man har ekstravakter, innleide (f.eks. fra byrå eller fra utlandet) og /eller eget personale som går ekstra. I 41 % av enhetene var det bare ekstravakter og ikke innleide fra byråer/utlandet i tillegg.

Det sies at man forsøker så langt råd er å unngå beordringer, og at man i stedet "gods snakker" med personalet. Noen hevder at beordring som oftest er snakk om noen timer, ikke en hel vakt. Det var et lavt antall beordrede på morgenvakt (6 %), men enkelte informanter nevnte at deres bruk av eget personale grenset opp mot beordring.

I volum ser det ut til at det er eget personale som går ekstra som er størst, i enkelte enheter kan det være en stor andel. Personale som går overtid (i dette tilfelle fra nattvakten og inn i dagvakt) er ikke uvanlig, det vi fant dette på 21 % av enhetene.

#### *Personalet i 2001-registreringen*

Registreringene for 2001 viste at det var ekstrapersonal på 79 % av morgenvaktene. I registreringene spurte vi meget detaljert om hvem som var til stede, hvem som skulle ha vært på vakt og hvilke grunner som forårsaket fravær. Fraværet ble i 2001 også i de fleste tilfellene kompensert delvis eller helt ved fast ekstrapersonal, bare et fåtall hadde ukjente ekstravakter. Innleie fra byrå eller fra utlandet var den nest vanligste måten en hadde tatt i bruk for å erstatte fraværende eller manglende personale. I en tredjedel av morgenvaktene hadde en personale som hadde forskjøvet arbeidstid, eller som arbeidet overtid for å dekke inn mangler. Vi fant også noen enheter der det manglet personale som bare delvis eller ikke i det hele tatt, ble dekket opp. En hadde da vurdert situasjonen slik at det var forsvarlig å gjennomføre arbeidet uten fulltallig bemanning, alt tatt i betraktning (pleietyngde, belegg, planlagt aktivitet).

#### *Noen utfyllende kommentarer*

Enkelte sier at det er mye bruk av eget personale til ekstravakter, og at dette skyldes at det er vanskelig å få fatt i andre: "Det er nesten snakk om beordring". I 2001-dataene var det beordring på kveld og natt, ikke på dagtid. Noen praktiserer forskyvning av vakter for å få det hele til å gå opp bemanningsmessig.

Det er varierende når det gjelder muligheter for å rekruttere ekstrapersonale, enkelte enheter oppgir at de har et stort antall personer som de kan henvende seg til når det gjelder ekstravakter. Andre informanter forteller at de er avhengige av personale med spesielle kvalifikasjoner, men kan ikke finne disse i eget distrikt. De må derfor rekruttere ved å gå utenlands eller til andre regioner i landet.

I 2000 fikk vi informasjon om at det var sykehus som hadde ordnet seg slik at de har en fast stab av kortidsvikarer som kommer for 1-2 uker om gangen, i angjeldende uke var det snakk om 4 personer på en enhet. Dette er kommet i stand fordi det ikke er mulig å få tak i kvalifiserte ekstravakter lokalt (operasjonsenhet). I 2001-materialet finner vi bruk av norske og utenlandske utleiebyråer (personalet kommer fra Sverige og Tyskland).

#### *Utsatte aktiviteter?*

I februar 2000 viste det seg at flere enheter hadde møtedag / planlagt lav aktivitet på den tilfeldig valgte tirsdagen. Det er nødvendig i sykehus og skjer med visse mellomrom. Men ved 18 % av enhetene skjedde det endringer i behandlingsopplegget. Dette dreide seg om utsettelse av behandling, og utsettelsene omfattet både medisinsk (for eksempel cellegiftskur) og kirurgisk (operasjoner) behandling. Utsettelsene skyldtes sykefravær og dermed for lav kapasitet.

Dataene fra 2001 fortalte om ett sykehus som var preget av et stort bygningsmessig problem. Dette hadde oppstått plutselig, og det virket inn blant annet på mulighetene for å bruke røntgenavdelingen og utstyret der. Følgene for pasientbehandlingen var omfattende. Pasienter måtte sendes videre til andre sykehus, eller sendes hjem i påvente av at problemene ble løst. Ved to avdelinger var det kurs som flere i personalet deltok i. Knapphet på personal og utstyr medførte andre steder at både medikamentell behandling og operasjoner ble utsatt. For pasientene som hadde ventet fastende både 2 og 3 dager, var det naturligvis plagsomt. Overbelegg og sykefravær er en ulykkelig kombinasjon og førte til at det ble utsettelse i behandling ved en enhet. Et par enheter måtte handtere akutt forverring hos noen av sine pasienter, få dem til hasteoperasjon. På morgenvakten opplevde en fjerdedel av enhetene uforutsette hendelser som virket inn på behandlingen, dvs. medførte stryking fra operasjonsprogram eller muligheten til for eksempel å komme i gang med dialyse.

En sykepleier på en av enhetene der morgenvakten ble preget av uforutsette hendelser forteller:

”Hverdagen går veldig mye ut på å handtere uforutsette hendelser. Det er spesielt tilfelle i forhold til å koordinere planlagte operasjoner og øyeblikkelig hjelp. Man må få til et samarbeid med de andre postene. Når det er mye fravær og en mangler folk, brer

det seg en opplevelse av usikkerhet. Det er en belastning å ikke vite.

I dag ble det jo sykefravær på operasjonsenheten, og utsettelse eller strykninger av den grunn. Det er mye ekstraarbeid med utsatte operasjoner. Det krever at man gir mer informasjon, mer behandling mv. En operasjonsstue ble strøket pga sykdom, og da ble to planlagte operasjoner strøket for våre pasienter. Vi hadde jo 6 pasienter i overbelegg fra morgenen av. Og så ble det en uforutsett overflytting også.”

Som vi så i 2000, registrerte en også på morgenvakten i 2001 at det ble stort innrykk av akutte pasienter i enkelte enheter, mer enn vanlig. Andre påpekte at det hadde vært en "glatt vakt". Ved et par enheter ble det sagt at det er vanskelig å avgjøre om det *var* uforutsette hendelser, i og med at det *alltid* var uforutsette hendelser pga. aktivitetenes karakter. I ett tilfelle skyldtes det uforutsette at pasienten selv hadde vegret seg mot å gjennomgå den planlagte behandlingen (kirurgisk).

### Aftenvakten

Ikke sjelden hører en at pårørende og besøkende har en oppfatning om at aftenvakten virker rolig, men personalet kan fortelle en helt annen historie. En forsker forteller om sitt inntrykk av enheten:

"Vårt inntrykk er at det er et hektisk arbeidstempo på aftenvakten. En av sykepleierne har overhodet ikke fått tatt pause i løpet av vekten fra kl 15.00 til 23.00. Hun gir uttrykk for at det har vært en del slike vakter i det siste.

Det er økte krav til dokumentasjon og mye papirarbeid. Alle gir uttrykk for at de trenger bedre grunnbemanning på aftenvakt. En av de to sykepleierstudentene som har vært her i ca 10 uker, gir uttrykk for at hun er skeptisk til å skulle tilbake hit. Hun synes at det er hektisk og særlig med stadig overbelegg, med pasienter på korridor."

Under registreringen i 2001 noterer en av forskerne:

”Dette var en ekstremt presset avdeling. Nesten ingen hadde 5 minutters pause på denne kveldsvakten. Det var synlig høyt stressnivå og uttrykk for fortvilelse hos flere. De ga uttrykk for at de ikke hadde tid til å få unna det de skulle rekke i løpet av vekten.”

Aftenvakten er oppfattet som en tid med mindre aktivitet enn på dagtid. Dokumentasjonen viser at det er betydelig aktivitet: noen pasienters situasjon forverres akutt, og de må sendes til operasjon eller til annen behandling. Ved observasjonene i 2000 mottok 59 % av avdelingene nye pasienter på aftenvakten, og flere var involverte i drøftinger om hvor pasienter skulle plasseres. I 2001 var turnoveren (de som kom og de som dro ) til sammen 86 %.

Over halvparten av enhetene hadde korridorpasienter på aftenvakten i 2000, det vil si at det var betydelig flere enn på morgenvakten. Vesentlig færre enheter hadde korridorpasienter i henhold til 2001 dataene. Overgang til dagavdeling og bruk av pasienthotell forklarer noe av dette. Overbelegget er i gjennomsnitt 2,5 pasient pr enhet under aftenvakten. Noen enheter har faste korridorplasser, andre tar i bruk bad, pårørende rom der de finnes, og noen pasienter som er i stand til det, blir overførte til pasienthotell.

#### *Personalet på aftenvakt*

Aftenvaktene er gjennomgående normert med lavere bemanning enn dagvakten. Enkelte enheter hadde bare et "ekstra" sammensatt team på aftenvakten, for eksempel kunne det være tre ekstravakter, én av de ordinære sykepleierne som hadde en forskjøvet vakt, og én hjelpepleier som kunne komme fra en annen avdeling. Når det er en normert bemanning på 2 hjelpepleiere og 2 sykepleiere på aften og alle disse er ubesatte, kan det knipe med å få det til å gå rundt. Det er ikke mulig å bruke ufaglærte selv om mange uten helsefaglig utdanning gjør en god jobb som pleieassistenter. I noen tilfelle var det for eksempel snakk om ekstra krevende belegg (f.eks. med respiratorbehandling), og dette gjorde at man måtte ha forsterket bemanning. Da er det nødvendig å hente inn faglig kvalifisert spesialkompetanse.

Dataene fra aftenvaktene forteller at enkelte enheter rett og slett må klare seg uten et fulltallig personale, som det sies "vi mangler en sykepleier på vekten og denne er ikke dekket inn". Andre bemerker at "det er ofte en person som mangler - vi skulle vært 4, men er gjerne bare 3".

En ekstrem grad av fleksibilitet viser eksemplet der sykepleieren går hjem når det ikke er altfor hektisk på kveldsvakten, for så å komme tilbake og arbeide om natten. Ved hjelp av forskjøvne vakter, sørger en for å ha iallfall én av det faste personalet på plass.

Studentenes rolle som viktig arbeidskraft kommer også tydelig til syne: "Ja, hva skulle vi egentlig har gjort uten dem". Noen understreker at de går inn på lik linje med de andre og avhjelper alvorlige mangler. At dette ikke er talemåter, men virkelig realiteter ble klart da sykepleierstudentene gjennomførte sin aksjon sommeren 2000<sup>7</sup>. Dette medførte innskrenkninger i driften eller stengning av enheter i følge informantene .

I materialet finner vi noen typiske bemanningsmikser:

- 2 hjelpepleiere og 2 sykepleiere
- 1 eller 2 hjelpepleiere og 1, 2 eller 3 sykepleiere
- enheter med utelukkende normerte sykepleierstillinger

Ekstravaktene er enten hentet fra ekstravaktsentral, fra eget personale som tar ekstravakt, innleide eller fra korttidsvikarer. Det sies også eksplisitt at en del av dem som hjelper til på aftenvakten, er ufaglærte, assistenter eller studenter.

#### *Fravær?*

Paradoksalt nok kan det virke som at den store andelen "ekstra"-personale gjør at disse vaktene er sammensatt slik og på såpass kort varsel, at de som avtaler å komme, faktisk i stor grad møter fram. Når 3 av 4 er ekstravakter/ekstrapersonale, så er sannsynligheten for sykefravær redusert, for å si det slik.

Men det *er* allikevel fravær: Både i 2000 og 2001 hadde nesten halvparten av enhetene (48 %) sykefravær i forhold til det faste personalet. Og når 1 eller 2 i personalet er fraværende av en bemanning på 4 eller 5, blir det naturligvis nesten meningsløst å regne prosentandel. Det er her som ellers andelen langtidssykemeldte som drar opp, det er flest som oppgis å ha fravær over lengre tid. Her kommer også gravide med i tellingen. Andelen som var borte pga. sykt barn var lavt og lavere enn på dagvakten. Nesten hver tredje enhet hadde fravær av personell på aftenvakt pga. andre fraværsgrunner som f.eks. ferie, permisjon, kurs eller oppgaver som f.eks. tillitsvalgt.

#### *Uforutsette hendelser?*

---

<sup>7</sup> Studentene tok ikke sommerjobb på sykehusene.



Den vanligste uforutsette hendelsen på kveldsvakten er at det blir værende overliggere igjen på avdelingen. Dette kan være pasienter som ikke kommer videre til neste ledd i behandlingen, til sykehjem eller hjemmetjeneste. I 2001 hadde 71 % av avdelingene overliggere på aftenvakten.

Det skjer også utsettelse for eksempel mht. å få formidlet informasjon og noen former for behandling. 2001-dataene fortalte om slike hendelser i mer enn halvparten (57 %) av avdelingene.

Det rapporteres også om utsettelse pga. maskin-/utstysfeil eller problemer pga. det fysiske miljøet (lekkasje som gjør at en ikke kan bruke lokalene).

I alt ble det rapportert om utsatte operasjoner/strykninger ved 6 % av enhetene. Det var langt vanligere at undersøkelser eller behandling og trening ble utsatt eller forskjøvet. Dette kunne dreie seg om ERCP-undersøkelser, røntgenundersøkelser eller postoperativ mobilisering. Ved enkelte enheter var personalet bekymret fordi de ikke kunne hjelpe til med trening/mobilisering ettersom det var flere terminale pasienter og lite personale.

Andre uforutsette hendelser var knyttet til behov for psykiatrisk behandling hos ustabile pasienter og et behov for å mekle i forhold til opprørte pårørende. Mer trivielle problemer som at det kom feilleveranse av mat fra kjøkkenet, hører også med i bildet.

På grunn av knappe personalressurser på dagtid hadde noen oppgaver også blitt forskjøvet inn i aftenvakten, og dette fikk følger for planlagte samtaler og omsorg for engstelige pasienter. Dette formulerte sykepleierne slik:

"På grunn av krevende pasienter og lav bemanning rekker vi bare å gjøre det absolutt medisinske nødvendige, ikke det pasientene har behov for av samtale, informasjon og omsorg. Dette er den største belastningen i jobben, dvs. det å avspise pasientene med mindre tid enn det de trenger."

Eller som en annen uttrykker det: "Bemanningen tillater ikke aktivisering, prat og omsorg som denne smerteplagede pasientgruppen trenger og burde fått."

*Oppsummering*

Bildet som tegner seg av aftenvakten er meget tankevekkende: På tross av at det er færre personal på jobb, så er aktiviteten stor og bærer preg av at en må takle problemer som er oppstått på dagtid (i tillegg til pleie- og oppfølging av rutiner). Mot kvelden kommer også andre behov frem. For avdelinger med mye ekstrapersonal blir det naturligvis meget krevende å skulle finne en god rytme og samspill. Mye aktivitet på en sykehusavdeling er avhengig av at personalet forvalter sin "tause kunnskap", og at alle kjenner sine roller. Når rolleinnhaverne stadig skifter, kan vi forvente at det skjer noe med balansen i forholdet mellom de ulike rolleinnhaverne og dermed oppgaveløsningen. De ansatte må også kjenne sine pasienter. Sterkest kommer dette til uttrykk overfor pasienter som skal forberedes til neste dags operasjon eller annen behandling. Men det dreier seg også om å kunne finne tid til å dokumentere aktivitetene på vekten.

Grunnbemanningen på aftenvakt synes å være underkritisk. Omlegging til mer dagbehandling har også medført flytting av stillinger. Heller ikke i materialet fra 2001 finner vi bekreftelse på den alminnelige utbredte antakelsen om at kvelden er en rolig tid på en somatisk sykehusenhet. Det er variasjoner, men inntrykket fra 2000 registreringene bekreftes.

#### Nattevakten

Med natten kommer mørket, tankene og roen senker seg også over sykehuset. Men noen nattvakter er, i følge de data vi bygger på, ikke akkurat preget av ro. Rapporten som overleveres fra vakt til vakt kl 22.30 kan varsle om mange utfordringer. Behovene hos urolige pasienter, engstelse og mange oppgaver skal balanseres ut. Som det sies i en av registreringene: "I prinsippet er det meste av det nattvakten gjør ikke planlagt, ut over de rutinemessige oppgavene med tilsyn og noe dokumentasjonsarbeid og tilretteleggings-oppgaver". Minst mulig skal skje i løpet av natten, men pasienter kan bli akutt verre. Ting må da skje fort, og med minst mulig forstyrrelser for de andre.

#### *Men det kommer pasienter også på natten*

I overkant av hver femte enhet fikk inn pasienter på natten både i 2000 og 2001. Ved de kirurgiske enhetene ble det gjort klart til operasjon både for akutte, for inneliggende, men også for elektive pasienter. Det siste gjelder et sykehus der man ikke klarer å få gjennomført sine

oppgaver med mindre man avviker ventepasienters behov på nattetider.

I 2000 måtte noen slike operasjoner utsettes, dette dreide seg om pasienter som defineres som "øyeblikkelig hjelp". Som kjent er det en definisjonssak hva som er "halvøyeblikkelig" i motsetning til uoppsettelig. I 2001 registreringene tok en hånd om uforutsette hendelser i vel 1/5 av enhetene, i halvparten av disse enhetene dreide det seg om akutt forverring og behov for å overføre pasient til intensiv eller operasjon.

Det er beredskapen som bestemmer hvilken bemanning som er normert for natten. Det er også denne normeringen som medfører at personale kan bli beordret til å forskyve vakter innen turnusen, slik at en kan ha full dekning. Dette gjøres for eksempel ved sykdom, og det forekom også denne natten.

Det var ikke store forskjeller i sykefravær på enhetene denne natten (15 % ved første registrering og 19 % ved andre). Rundt halvparten av enhetene hadde ekstrapersonell på vakt, innslaget var litt større i 2001. Dette skyldtes til dels sykefravær, men hadde også sammenheng med krevende eller svært dårlige pasienter og et behov for å styrke bemanningen.

Ekstrapersonellet var studenter, innleide fra ekstravaktsentral, eller eget personale som tok en ekstra vakt. Ved nær halvparten av enhetene var det utelukkende stillinger på natt normert for sykepleiere. Blant disse var både intensivheter, medisinske og kirurgiske sengeposter og operasjonsenheter.

Når vi ser samlet på datamaterialet fra nattvakten, får vi et bilde preget av variasjon. Fra de ansatte på de minste enhetene som sier at det har vært en rolig natt, til de ansatte som oppsummerer at det skjedde mye: en måtte rokkere om på pasienter, det var eksempel på at kveldsvakten ikke kunne gå av etter endt vakt fordi det ikke kom nok på til nattvakt. Nattevakt er aldri noe ordinært, man går mot strømmen, mot døgnrytmen. Det har personalet mange tanker om, og disse tankene presenteres like ofte av den som ikke lenger orker heltidsarbeid, som av de som nå går i turnus. Man må regne med å gjøre minst like stor innsats på natten som på dagen, og arbeidssituasjonen preges også av at man bare er en eller to av hver

yrkesgruppe. Når noe hender samtidig hos flere pasienter, skal det erfaring og faglig trygghet til for å mestre en slik situasjon. Derfor møter vi takknemlige ansatte på avdelingene der natten forløp rolig. Lettelsen er påtakelig: ”Takk og pris, det ble en rolig natt”.

Skift- og turnusarbeidere er kjent for å være lojale overfor sine kolleger, og særlig strekker en seg langt for å kunne møte på nattvakt. De fleste av oss opplever arbeid på natten som en belastning. Noen bare må.



## 2

## Personalets syn på egen arbeidshverdag

I dette kapitlet tar vi først for oss dataene som viser hvordan basispostene<sup>8</sup> beskrev sin situasjon i januar 2001<sup>9</sup>. Hvordan er basispostene bemannet? Har avdelingen tilstrekkelig kompetanse i personalet til å ivareta sine oppgaver? Er det personalressurser nok til å unngå stenging i perioder? Dersom det er riktig at sykehuset er en kunnskapsvirksomhet, hvordan organiseres undervisning og kompetanseutvikling? Etter å ha gjennomgått disse strukturelle trekkene ved avdelingene, presenteres de ansattes erfaringer med arbeidsoppgaver og miljø.

Helsetjenesten skal ikke bare holde et høyt kunnskapsnivå, personalets evne til å gi behandling, omsorg og pleie er naturligvis grunnleggende krav til virksomheten. Hvordan arbeider en for å sikre kvalitet i behandling og pleieoppgaver? Kvalitet er også avhengig av miljøforhold. Hvordan står det til med den systematiske innsatsen for å ivareta helse- miljø og sikkerhet? Hvilke utfordringer i arbeidsmiljøarbeidet er registrert og hvordan følges disse opp?

Hvilken tilbakemelding får avdelingene? Får de klager og hva dreier eventuelt de seg om? Hvordan arbeider en med kvalitetssikring, og hva betyr kvalitetssikring for dem som har ansvaret?

### 2.1 Personalet har alt å si...

Helsetjenesten sliter med å rekruttere og beholde sitt pleiepersonale. Dette er ett av de forholdene som går igjen, som preger og har preget helsetjenesten vår over lengre tid. Helsepolitisk historie er et interessant bakteppe å se dagens utvikling mot: den sterke utbyggingen fra 1970-tallet til midten av 1980-tallet, da man tråkket på bremsene slik at politikken ble mer og mer preget av målsetningen om at det skulle

---

<sup>8</sup> Basispostene var de enhetene som ble kartlagt med alle de til sammen 9 måleinstrumentene, mens tilleggspostene ble observert morgen, aften og nattevakt med vekt på rene driftsdata.

<sup>9</sup> I kapitlet "Sammenlikninger over tid", blir disse dataene bli sammenholdt med resultatene fra første runde i 2000.

produseres mer helse for hver krone. Nye ideologier som vektla behandling, omsorg og rehabilitering utenfor institusjon, fikk stor betydning, ikke minst i form av kortere liggetider og ”hjemliggjøring” av omsorgen for eldre og handikappede. Mange og omfattende omorganiseringer og innføring av nye finansieringssystemer kom til å være viktige deler av moderniseringsprosessen. Samtidig har vi sett en sterk utvikling av den medisinske teknologi. Nye behandlingsformer og ny kompetanse har medført en stor vekst i antall behandlede pasienter. Med heving av kompetanse- og aktivitetsnivå ble det stadig fremmet krav om at personalet på pleiesiden måtte økes, og i løpet av det siste tiåret er en betydelig andel av hjelpepleiestillingene omgjort til sykepleiehjemler, en utvikling som for øvrig er i tråd med hva vi ser i andre land, særlig USA. Dette har medført sterk vekst i behovet for kvalifisert personell.

Selv om utdanningskapasiteten for sykepleiere er økt betydelig, har avgang fra yrket og utstrakt bruk av deltid gjort at vi ikke har klart å dekke behovet. Institusjonshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten konkurrerer om det knappe godet som sykepleiere, hjelpepleiere og leger er. Uten kvalifisert personell stopper virksomheten opp eller blir overbelastet. I Norge har sykehusene og kommunehelsetjenesten lovpålagte krav om å gi behandling og hjelp til den som trenger det. Man kjemper om de nyutdannede og forsøker med mange midler å kapre dem som er villige til å flytte på seg. En prøver også å mobilisere de som er deltidsansatte, eller de som har gått ut av yrket til mer eller ny innsats. Problemet er at denne konkurransen på mange måter er et nullsum-spill: til sist er det tilgjengelige antallet kvalifiserte sykepleiere, hjelpepleiere og leger gitt. I denne rapporten skal vi blant annet se på sykehusenes atferd for å trekke til seg personell, og vi får også se hvordan sykepleierne resonnerer rundt sin situasjon på individnivå.

## 2.2 Rekrutteringssituasjonen i sykehusene

Som vi ser av tabellen nedenfor, er den vanligste tilstanden at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere, og at er det høy turnover blant sykepleierne. Blant de som sier at de har lett for å rekruttere, er det også en god del som opplever at det allikevel er høy turnover. Gruppen der det både er lett å rekruttere og beholde sykepleiere, er den minste.

Tabell 2.1 Rekrutteringssituasjonen i sykehusene

KATEGORI	ANDEL
Vanskelig å rekruttere, høy turnover	45 %
Lett å rekruttere, høy turnover	33 %
Lett å rekruttere, lav turnover	22 %

Sammenliknet med sykepleiere er det noe enklere å rekruttere leger, men også leger er en knapp ressurs. Hjelpepleiere er den gruppen som lettest å beholde, men samtidig er det vedvarende vanskelig å rekruttere denne yrkesgruppen enkelte steder. En skal imidlertid merke seg at vi møter representanter for denne gruppen som sier at de ville hatt en større stillingsandel dersom dette hadde vært tilgjengelig

”Det er ikke vanskelig å rekruttere sykepleiere, men også hos oss er det stor turnover blant sykepleierne. Vi holder på å utvikle et program, tiltak for å gjøre det faglig spennende og interessant for folk å fortsette å være her. Men vi må bli flinkere.”

”Det er lett for oss å rekruttere, men turnoveren er høy. Det vi gjør for å rekruttere er at vi tar inn sykepleierstudenter.”

”Vi synes ikke det er lett å rekruttere sykepleiere, og det er for høy turnover. Men vi satser på at vi har et godt rykte som avdeling og dessuten har vi et godt arbeidsmiljø.”

”Det er dessverre veldig vanskelig å rekruttere særlig leger og sykepleiere, men det er også vanskelig å rekruttere hjelpepleiere. Vi har ingen spesielle tiltak for å sikre rekruttering.”

Som i resten av arbeidslivet der det er knapphet på kvalifisert personell, finner en tiltak som skal få folk til å komme og bli værende. Vi ser at noen har tatt inn over seg at helsetjenesten er en kunnskapsvirksomhet som møter forventningene hos arbeidstakerne om å oppleve at det investeres i deres kompetanse ved videreutviklings- og opplæringsprogrammer. Det skjer også en spredning av erfaringer om virksomme tiltak internasjonalt, og ønsketurnus eller selvvalgte arbeidstider er ett av de mer vellykkede eksemplene (Åkerstedt 1997). Hvilket rykte som arbeidsmiljøet har, er en faktor som kanskje vektlegges for lite. Dette har først og fremst betydning som interessevekker: man får lyst til å prøve selv, hva andre har fortalt er så givende og interessant. Uformell formidling av erfaringer fra arbeids-



plasser kan ha betydning ved at noen man stoler på kommer med en anbefaling: ”Det ville sikkert passe fint for deg, det skulle du prøve”.

”Ja, vi har svart at vi ikke har problemer med å rekruttere sykepleiere, men egentlig burde vi sagt ja selv om alle stillinger er besatte nå. Dette skyldes økt utdanningskapasitet internt. Vi gjør mye for å rekruttere og å beholde folk, så turnoveren er liten. Blant annet premieres det at folk blir, ved at folk får opprykk for å bli – lønnsmessig. Vi gir også etableringsstipend til de som ikke får kommunal bolig og vi gir en ukes permisjon pr år som en stimuleringsuke til de fast ansatte.”

”Vi har faglig program og et eget introduksjonsprogram.”

”Vi er fremdeles lykkelige for å få søkere og vi kan fremdeles ikke velge på øverste hylle. Turnoveren har vært høy, men den er nå på vei ned. De unge som kommer har den fordel at de kan formes, har ikke med seg unoter som de eldre har. Vi gjorde en masse i fjor for å få til rekruttering. Det ryktes at avdelingen er trivelig, da kommer det positive av seg selv. Her mener man at man er inne i et positivt spor. Og de fokuserer på dette også i pressen og det gir mye positivt igjen.”

”Huset her har flere rekrutteringstiltak. For eksempel arbeider vi med å innføre ønsketurnus. Det er ellers lettere å få sykepleiere til en spesialavdeling enn til en vanlig sengeavdeling.”

”I disse dager er vi inne i forhandlinger med et privat firma for å få tak i sykepleiere. Avdelingen kjøper fra et firma som kjøper og leier ut sykepleiere. Vi får en kjempekonkurrent. Man kan like det eller ikke like det, men rekrutteringen til ansvarsyrker er skummel. Kostnadene blir belastet avdelingsvis. Vi vet at ved å gjøre dette går kostnadene rett vest. Vi har ikke noe valg. Gjennomsnittlig får en sykepleier i lønnsstrinn 32 kr 180 pr time, men vi må betale 380 kroner pr time for en utleid.”

”Vi svarer fort på henvendelser, viser interesse og ønsker velkommen. Vi er også aktive for å hente inn folk.”

Noen ser ut til å ha inntatt en mer stoisk posisjon: de har registrert at personalet kommer og går, og stort sett er deres erfaring at også spesielle rekrutteringstiltak har begrenset virkning. Dette kan vel også reflektere at noen institusjoner strever hardt for å få inn folk, men er kanskje ikke like aktive i oppfølgingen.

”De sier at de ikke tror at folk kommer for å bli. En må akseptere at folk kommer, lærer og drar. Dette er et universitetssykehus, så det må vi bare lære oss. Vi må snu dette til noe positivt. Det er jo positivt å lære opp folk som skal hjem med kunnskap vi gir.”

”Vi har ikke noe egentlig rekrutteringsproblem, men et stabilitetsproblem. Turnoveren blant sykepleierne er høy. Vi har hatt en ”pakke” en stund. Men vår erfaring er at det holder med ca ett år, så er det å dra videre.”

### Stenge pga. personalmangel?

Hvor alvorlig personalmangelen rammer, framkommer tydelig av data om forekomsten av stengninger pga. at det ikke er tilstrekkelig bemanning. Det er i alt nesten halvparten av enhetene som har måttet holde stengt, og mer enn 1/3 har måttet gå til dette skrittet fordi de ikke hadde nok bemanning.

### 2.3 Har avdelingen tilstrekkelig nødvendig spesialiteter/kompetanse?

På bakgrunn av beskrivelsen ovenfor av rekrutteringssituasjonen, er det interessant å få en oversikt over vurderingene av hvorvidt avdelingen rår over tilstrekkelig, nødvendig kompetanse.

Tabell 2.2 *Har avdelingen tilstrekkelig kompetanse?*

Har tilstrekkelig kompetanse	70 %
Har ikke tilstrekkelig kompetanse	30 %

La oss se nærmere på de mer utfyllende svarene som ble gitt. Vi ser at ”tilstrekkelig” i noen tilfelle er dekkende for ”så vidt det holder”.

”I vår kirurgiske enhet, som er seksjonert er spesialiseringene tilpasset dette. Vi har laget en arbeidsorganisasjon som sørger for at det alltid er riktig kompetanse eller spesialisering også på kveld og natt.”

”Ja, for så vidt, men vi ønsker flere sykepleiere spesielt på aften og natt; dag er rimelig godt dekket. Vi mangler nok ”all round”-sykepleiere, vi mangler både med hensyn på antall og kompetanse.”

”Både ja og nei. Vi har så ungt personale og de savner mer erfaring først og fremst.”

”Ja, totalt sett har vi det. Men det spørres hva du legger i begrepet kompetanse. Er det rent fag så har man faglig bakgrunn, men når det gjelder evne til å utnytte den, og bruke den til fellesskapets beste så mangler det, blant annet hos noen av legene. Vi har nyutdannede sykepleiere, og vi skulle ønske at det ikke hele tiden var noviser som vi skal lære opp. Men etter noen år så ønsker de seg videre.”

”Vi mangler intensivsykepleiere.”

## 2.4 Sykehuset – en lærende organisasjon?

I flere av de siterte betraktningene om rekruttering, stabilitet og kvalitet i sykehustjenesten, ligger implisitt antakelser om hvilken betydning mulighetene for læring og kompetanseutvikling har for helsepersonell. Vi skal nå se litt nærmere på de faktiske kompetansehevende tilbudene som gis, hvilke utdanningstiltak som tilbys og hvorvidt tilbudene omfatter alle, og hvilke ressurser som er satt av for opplæring og kompetanseutvikling.

### Aktiviteter - og for hvem

Tabell 2.3 Utdanningstiltak - for hvilke grupper

Det er utdanningstiltak for alle personalgruppene på avdelingen	82 %
Det er utdanningstiltak for noen grupper på avdelingen	9 %
Det foregår andre kompetansegivende tiltak (for eksempel i forbindelse med personalmøte)	9 %

Umiddelbart gir tabellen et imponerende inntrykk, da det ser ut til at sykehusene gir undervisning til det store flertallet. Når vi går inn i de utfyllende kommentarene, ser vi at det i virkeligheten både er stor variasjon i den praksis som ligger bak tallene, og også ganske villige tolkninger av hva som er ”utdanningstiltak”.

Kommentarene om de ulike enhetene fortalte om ganske ulik praksis: Mens noen hadde en svært gjennomtenkt strategi for utdanningsvirksomheten, var det andre som bare fortsatte i et spor som var tråkket opp av andre, dvs. de fulgte så å si opp en etablert tradisjon

ved enheten. I de fleste enhetene var utdanningstiltak en del av driften av enheten, en virksomhet som de anså som nødvendig for å holde de ansatte oppdaterte. Hvor grensen går mellom informasjon og utdanning kan være uklart i flere av tilfellene. Mens enkelte pekte på at de hadde lagt opp rullerende utdanningstiltak, dvs. tiltak som sørget for at alle nyankomne ble innpasset i en lokalt nødvendig oppgradering av kunnskaper, var det andre som hadde mer sporadiske temamøter å henvise til.

Tabell 2.4 Aktiviteter og for hvilke grupper aktiviteten dreier seg om (f.eks. hygiene, forflytningsteknikk, etc.)

AVD	GRUPPE	TYPE UTDANNINGSAKTIVITET
X	Alle	Internundervisning (ønsker fra personalet)
Y	Alle S.pl. S.pl	Internundervisning (personalmøte) Cellegift Lederopplæring
Z	Alle	Operasjonssykepleier har 1 uke pr år til studie/etterutdanning. Assistenten får 40 t teori + 4 uker i arbeid sammen med en, og 8 uker med veiledning. Hjelpepleierne har tilbud om 1 uke som s.pl.
Æ	S.pl.	Deltidsstudium i geriatri og rehabilitering
Ø	Alle	Temakvelder, veiledningstilbud
P	Alle	Internundervisning
A	S.pl Hj. Pl Andre	Forflytningsteknikk, klinisk stige 1-3 internt på sykehuset. Forflytningsteknikk, tilbud til hj. Pl som vil bli s.pl. i regi av sykehuset. Forflytningsteknikk: tilbud til ufaglærte som vil bli hj. Pl i regi av sykehuset.
B	S.pl	Internundervisning hver 14.dag, opplæringsavdelingens kurs.
C	Alle pleiere	Forflytning, smertebehandling, sårstell, lungepleie, diabetes, slagsykepleie, hjertelunge kurs, kurstilbud fra sentral opplæringsavdeling.
D	S.pl, Hj.pl	Skal starte et spesielt, prosjektrelatert opplæringsprogram, internundervisning
E	S.pl, Hj.pl	Stomibehandling, sårbehandling, sykdomslære, kreft og ernæring, fysioterapi ved avdelingene

### Opplæring som en integrert og strategisk del av driften

To av sykehusene er helt tydelige på sine prioriteringer av opplæring. Det ene sykehuset har en klar vektlegging av at alle gruppene på pleiesiden skal ha mulighet til å oppleve at det satses på å utvikle deres ressurser. Opplæring stimulerer den sentrale, faglige interessen hos helsepersonell, og er dessuten helt nødvendig for at alle skal kjenne seg faglig trygge, resonnerer de.

Ett av sykehusene som utmerker seg med en meget klar satsning på utdanningsaktiviteter, har utarbeidet et omfattende program og kan redegjøre for dette i detalj:

- Operasjonssykepleierne har en uke pr. år til studier og etterutdanning, samt  $\frac{3}{4}$  time undervisning en gang pr. uke hvor alle personalgruppene kan delta.
- Det er et eget opplæringsprogram for de offentlig godkjente sykepleierne.
- Hjelpepleierne har likeledes tilbud om en ukes etterutdanning pr år og ukentlig undervisning.
- Alle avdelingssykepleierne har nå formell, offentlig godkjent lederutdanning.
- Assistentene må ha solid opplæring for å begynne på avdelingen. Sykehuset tilbyr denne gruppen 40 timer teori, 4 uker arbeid i følge med noen og 8 uker med veiledning.
- Videre har avdelingen 4 avansementstillinger i hygiene, traume, autoklave og astma/allergi, samt en til å holde orden på faglitteraturen.

Et annet sykehuset satser systematisk på å virkeliggjøre tiltak som klinisk stige, men det har også satt i system tilbud til hjelpepleiere som ønsker å bli sykepleiere, og ufaglærte som vil bli hjelpepleiere.

### Internundervisning

De enhetene som forteller om mer omfattende internundervisning, trekker fram at det gis undervisning knyttet til klinisk fagstige. Det drives hospitering, og det kommer fram at lokalsykehus for eksempel kan få omfattende tilbud fra sentralsykehuset som det tilhører.

Andre nøyer seg med å si at de velger tema ad hoc, dvs. tema som er aktuelt for avdelingen. Her vektlegges det at undervisningen skal være

meningsfylt ut fra praksis. Det nevnes kursdager med større tema, internundervisning med leger som organiseres av avdelingssykepleier, planlagte program på personalmøter, faggrupper har omfattende undervisning f.eks. sårgrupper, hygiene, ergonomi, miljø, dokumentasjon.

”Internundervisningen foregår ukentlig og det er kvartalsvise fagmøter, det er opplæring i et internt kvalitetssikringsprogram. Det er lokale ressurspersoner som underviser eller veileder i det daglige arbeidets oppgaver: forflytning, sårstell, slagsykepleie, lungesyke-pleie, hjertelunge, smertebehandling og diabetesbehandling.”

Ett av sykehusene vektlegger veiledning, dvs. oppfølging nært til praksis, men opplever at få er interesserte i dette tilbudet. Derimot registrerer en her at det er god oppslutning om et regelmessig kveldstilbud med temakvelder som er åpne for alle, og at det også er mange som møter fram til avdelingenes egne regelmessige kveldstilbud som gis hver 6 uke.

#### **Ressurser avsatt til utdanning/kompetanseheving**

Sykehusene vektlegger altså i varierende grad undervisning, men dette har også noe med ressurstilgang å gjøre. I den følgende tabell ser vi hvordan en oppfatter ressurssituasjonen:

Tabell 2.5 Ressurser (personell, penger, tid etc) som er avsatt til utdanning/ kompetanseheving

AVD	RESSURSER/PERSONELL	RESSURSER KR
X	Fagstilling er tilrettelagt for dette 1 t/pr uke for alle (avspas. time for time) Gruppemøte 1 x pr mnd – fagutvikling	Ikke angitt
Z	Eget stipendutvalg Egen kursavdeling	Ikke angitt
Æ	5 uker pr år pr deltidstudium	Ikke angitt
Ø	Undervisningss.pl	7 000,- pr/person
P	Egen hygienesykepleier	60 000,- pr 40 personer
A	Egen sum til en prioritert utdanning	0,-
B	Egen sum til en prioritert utdanning	0,-
C	Lokale krefter og sentral opplæringsavdeling	Vet ikke
D	Vet ikke, men mener at det er for lite	Vet ikke
E	Lokale krefter	Vet ikke

I sykehus som vi fremhevet som strategisk interessert i utdanning, kommer dette til uttrykk også i ressursbruken: Ved det ene sykehuset har man en liberal holdning til opplæring, og dette sykehuset har også et eget stipendutvalg. Kursavdelingen tilbyr gratis kurs til alle ansatte. Riktignok er det for tiden mye datakurs, men også noe kurs i ledelse. Seksjonsvis foregår det hele tiden kurs, seminarer eller konferanser. Konferansene er mest for legene, men sykepleierne får også delta. Det foregår utstrakt firmaundervisning, dvs. kurs som gis av leverandører. Dette er tilbud som mest kommer sykepleierne til gode, og en gir uttrykk for at en savner tilsvarende muligheter for hjelpepleierne og assistentene. Sykehuset drar også nytte av at det er et universitets-sykehus. Begrensingene ligger ikke på tilbudssiden, og en får som regel lov til å delta fra sykehusets side. Men, det krever vilje og ork til å utnytte de mange tilbudene.

Sykehuset som vektlegger å stimulere til videreutdanning (klinisk stige/sykepleieutdanning for hjelpepleiere og hjelpepleierutdanning for ufaglærte), ser på dette som en investering i framtidig arbeidskraft.

En del av dem som får slike muligheter vil bli værende, iallfall noe lenger enn hva som ellers ville vært tilfelle.

Tabell 2.6 Utdanningsplaner/kurstilbud som sykehuset har

AVD	UTDANNINGSPLANER/KURSTILBUD
X	Lindrende behandling til kreftpasienter (24 t for kreftgruppa – 10 personer).
Z	Datakurs, personaladministrasjon, seksjonsvise kurs + firmaundervisning av leverandører.
Æ	Planlegger fordypningskurs for hjelpepleiere.
Ø	Kompetanseplan for sykehuset, men svak økonomisk dekking.
P	Opplæringsenhet lager planer/tilbud til hele sykehuset.
A	Felles opplæringspolitikk for hele sykehuset, men differensierte tilbud til ulike grupper. Vektlegger å gi utdanning som er relevant, både for at sykepleiere skal bli ved sengepostene (klinisk stige), og for at det skal bli mulig å få påbygging til nytt yrke for enkelte grupper.
B	Tilbyr en rekke kurs innenfor emner som klinisk ernæring, væsketerapi, stomi pleie, stell av tracheostomi, omsorg ved livets slutt, HIV/AIDS, diabetes, hjertekurs.
C	Variert kursprogram fra sentral opplæringsenhet.
D	Kurs tilbudt av Fylkeskommunen, hospiteringsordning ved andre sykehus.
E	Temadager, organisert av avdelingssykepleiere.

Det er naturligvis forskjell på store og små sykehus, og det er mest vanlig at de større sykehusene har egne opplæringsenheter. Vi ser også at geografisk eller organisatorisk nærhet til en høgskole eller et universitet, betyr en del for tilbudet. Dog er det unntak fra dette: ett av sykehusene som ligger ved en høgskole, har, så vidt vi kan spore, ikke noe samarbeid.

Nærheten til høgskole eller universitet skaper forutsetninger for å utvikle mer enn bare kurstilbud; det er snakk om en viktig miljøfaktor som har betydning for hele lokalsamfunnet. Dette kan også stimulere til prosjektsamarbeid på flere felt, for eksempel organisasjon og ledelse. Det ville være interessant å vite mer om mulighetene for spill med læresteder. Slik våre data er, får vi visse pekepinner



gjennom hva som sies om hvordan enkelte avdelingsledere eller ansatte referer til denne kontakten som en ressurs for miljøet.

### Undervisning på to nivåer

Vi får inntrykk av at det meste av undervisningen foregår på to nivåer: på avdelingen i form av innslag på personalmøter, og som kurs tilbudt av opplæringsenhet eller personer med et opplæringsansvar. På personalmøter tar en opp tema som er direkte knyttet til utfordringer, nye behandlingsformer m.v. som direkte har med den pasientgruppen avdelingen betjener. Det er gjerne undervisning som gis av leger knyttet til avdelingen eller fagsykepleiere. Initiativet til den undervisningen kommer ofte fra avdelingssykepleier, men kan også komme fra ansatte som har ønsket om å få et tema spesielt belyst. Det framkommer av tilleggskommentarene at avdelingssykepleierens interesse for undervisningstiltak blir avgjørende. Denne siden ved avdelingssykepleierrollen er på mange måter sentral i miljøbyggingen på avdelingen. Som vi skal se senere, har undervisningsklimaet stor betydning for hvordan miljøet oppleves av de ansatte. Noen av avdelingssykepleierne forteller at dette er en svært meningsfylt aktivitet.

Tabell 2.7 *Beskriv hvilke ressurser som er avsatt felles for sykehuset og lokalt i avdelingen.*

AVD	FELLES	FOR AVD
X	En fagsykepleier	-
Z	1 fagutviklingsstilling, 4 avansementsstillinger	Gjelder avdelingen
Æ	Ingen	-
Ø	Utdanningssykepleier	Gjelder avdelingen
Å	Opplæringskontor for hele sykehuset	-
A	Sentralt ansatt personale	-
B	Sentralt ansatt personale	Spesialsykepleier på avdelingen
C	Sentralt ansatt opplæringsleder	-
D	Sentralt ansatt opplæringsleder	-
E	-	-
F	-	-

Kursene som tilbys av opplæringsenheten der denne finnes, er mer spredt på ulike tema. Typisk er dette kurs man melder seg på av

personlig interesse. Men det kan også dreie seg om kurs for å innføre ny teknologi, eller tiltak for å kurse de ansatte i endringer i regler og lovverk.

Det er uvanlig at man kan angi hvilke ressurser som er satt av, og de som kjenner til dette, vil ikke sjelden si at det da er noe man opplyser om i rekrutteringsøyemed.

Ledelsens ansvar for å undervise og gi opplæring, blir understreket i sykehus der man har skapt en strategisk vektlegging av opplæring. Her heter det at en på avdelingsnivå har innrettet seg med en fagutviklingsstilling, avansementsstillinger og avdelingssykepleiere som sammen har et undervisningsansvar. Dette er naturligvis dels en funksjon av størrelse, men samtidig viser datamaterialet at størrelse ikke borger for at det satses på undervisning og et læringsmiljø. Det kreves en bevisst satsning, og den må komme fra strategiske prioriteringer.

### Kompetanseheving for legegruppen

I den gjennomgangen vi har gjort her er vekten lagt på tilbudene generelt, og de spesielle tiltakene rettet mot pleiepersonalet og ufaglærte. For legegruppens vedkommende er kompetanseheving noe som ligger i tjenesteplanene. Legene er den gruppen som er medisinsk ansvarlig, og som naturligvis må følge med i den faglige utviklingen ved kontinuerlig videre og etterutdanning. Nye behandlingsformer gjør det stadig aktuelt å sette seg inn i hvordan nytt utstyr fungerer, å delta i konferanser og kurs, men også å følge litteraturen, i det minste på eget fagfelt. I sykehus er legetjenesten bygget på spesialiteter, men som vi skal se senere foregår det også en utvikling der kommunikasjon og samarbeid mellom spesialister vektlegges.

Det ble også spurt om personalets egeninnsats for kompetanseutvikling. For legegruppen er videreutdanning en omfattende aktivitet, alt fra grenspesialisering til arbeid med doktorgrad.

## 2.5 Registrerte klager<sup>10</sup> i 2000

Klager kan ha stor betydning for en virksomhet som stadig ønsker å forbedre seg, og som samtidig er avhengig av tilbakemeldinger for å få et godt grunnlag for å vurdere hvordan pasientene opplever sin situasjon. Ettersom det er først nylig vi har fått fritt sykehusvalg, så er sykehusene og kommunehelsetjenesten fremdeles i en viss forstand også ”monopol”, og det gjør det ikke mindre viktig at det er adgang for brukerne/befolkningen til å ta opp saker med behandlere og pleiere. Nå er det flere måter å sikre at pasientenes erfaringer, både de positive og de mer negative, kommer fram. Det er blitt ganske vanlig at det gjennomføres ulike former for ”pasienttilfredshets undersøkelser”. Allikevel vil det alltid være en viss sannsynlighet for at noen behandlingsforløp gir såpass store avvik i negativ retning at pasienter og pårørende finner grunn til å klage. I hvor stor grad klager de direkte til sine behandlere? Hvilke klager er det som kommer fram? Er det forskjell på de formelle klagene og ”beklagelser” som pasientene fremmer når de får anledning til å uttale seg og egne erfaringer? Er det forskjell på sykehusenes måter å handtere klager på?

Vel halvparten av enhetene sier positivt at de ikke har registrert klager i løpet av dette året, men resten sier at de har mottatt klager.

---

<sup>10</sup> Med klager mener vi her skriftelige, formelle henvendelser til sykehuset hvor mangler eller problemer påpekes. I tillegg rapporteres avvik når noe ikke forløper normalt under gjennomføring av et inngrep eller annet behandlingsforløp. Avvikene rapporteres av ansvarlig personale.

Tabell 2.8 *Typer klager*

AVD	TYPER KLAGER
D	Mangelfull informasjon – spesielt i forhold til legene, transport-/hjemsendelse
E	Svikt i systemet ved en funksjon
F	Ingen i 2000
G	Ingen i 2000
H	Mellom 5-10 ”uformelle klager”
I	Tap av verdisaker, sykehjemsplassering
J	Ingen klager i 2000
K	Ingen klager i 2000
L	Ingen klager i 2000
M	Tilstedeværelse ved dødsleie
N	Ingen klager 2000

### Tema for klagene

Pasientklagene som nevnes fra ett av sykehusene, dreier seg ikke om selve den medisinske behandlingen, men om bortkomne verdisaker og om forholdet til kommunehelsetjenesten. Å miste kjære gjenstander er naturligvis kjedelig, men det er alvorligere at knappheten på sykehjemsplasser i lokalmiljøet gjør at eldre slektninger må takke ja til en plass i noen avstand fra familiens bomiljø, eller at de ikke får plass. En slik klage er imidlertid vanskelig å håndtere siden det dreier seg om forholdet mellom umulige valg: enten ingen plass eller en plass som ferdigbehandlet på sykehus eller en plass langt unna. Å bli liggende ”på nåde” på sykehuset er ikke noen ønskelig situasjon. Det er ikke lagt opp til aktivisering og rehabilitering som en finner ved et sykehjem eller en rehabiliteringsinstitusjon. Personalet føler at de kommer til kort overfor disse pasientene: de ser deres behov, men tidspresset på sykehuset er for stort til at de kan sette av tid til omsorgstrengende eldre. Det kan også oppstå akutte prioriteringsproblemer. Når alt er belagt og man får pasienter som trenger akutt hjelp, må en flytte på den som ikke er i aktiv behandling.

Når pårørende klager over at deres eldre slektning ikke får en plass i nærmiljøet, dreier det seg om en klage over en *systemisk svakhet* som kommer til syne og får følger på personnivå. Her dreier det seg om

koordineringssvakheter, eller ressursmangel mellom ulike nivåer i helsetjenesten. Men hvem er rett ”adressat”? Når noen så klager over transporten til hjemstedet, kan det enten være ganske enkle ting det dreier seg om, som for eksempel uakseptabelt lang ventetid, men det kan også dreie seg om forhold som bidrar til å forverre pasientens situasjon eller sette han/henne i fare.

Det er også denne gangen nevnt eksempler på klager i forbindelse med tilstedeværelse ved dødsleie. Dødsprosessen gjør de pårørende sårbare, og i sykehus med knappe ressurser kan det altså se ut til at enkelte får vonde opplevelser som de ønsker forklaring på eller gjerne vil si i fra om. Dette er også klager som sykehuset legger ganske mye arbeid i å besvare på en måte som imøtekommer klagernes behov for å få meddelt seg, få informasjon og kanskje forsikringer om at sykehuset skal anstrenge seg ytterligere for å unngå at andre pårørende kommer ut for de samme opplevelsene.

### Klager og beklagelser

Det er tankevekkende å sammenholde disse *klagene* med de *beklagelser* som pasientene kommer med. Her finner vi en rekke eksempler på lange utsettelse i behandlingsforløpet, pasienter som ikke får skikkelig informasjon, m.v.. Dette er en type erfaringer som det altså i liten grad kommer formelle klager over. Ett graverende eksempel på mangelfull oppfølging av et sykt barn i kommunehelse-tjenesten inngår også i datamaterialet. Mens foreldrene er både fortvilet og opprørt der de forsøker å protestere mot den lokale helse-tjenestens mangel på forståelse, så ”glemmer” de denne erfaringen i møtet med omsorg og hjelp fra behandlere og pleiere ved ankomst til sykehuset. Det ser med andre ord ut til at pasienter i mange tilfelle avfinner seg med svært alvorlige belastninger rett og slett i lettelse over at ”det gikk jo godt til slutt, og det er hva som teller”. Som materialet viser, uttrykker de stor forståelse for at ”systemet” ikke fungerer. Noen pasienter uttrykker likevel harme og frustrasjon rettet mot politikerne, men noen klageprosess overfor sykehuset initieres ikke.

Også enkelte av våre informanter i personalet reflekterer over at det er færre klager enn hva de kunne ha trodd, dette også ut fra egne erfaringer med pasientreaksjoner i øyeblikket. Enkelte avdelingssykepleiere og sykepleiere forteller også at de spør pasientene om hvordan

de opplever situasjonen fordi de vet at det kan være vanskelig for en pasient å ta opp tema som kan innebære påpeking av noe kritikkverdige.

”Hvis folk først skriver noe, er det positive ting. Egentlig er det overraskende at det ikke reageres mer. Men når pasientgruppen har fysiske plager og får hjelp, reiser de herfra mye bedre og gir uttrykk for det positive. Fordi de opplever å bli bra. Det er helst venting det klages på mens de er her. Det er så mange som skal si sitt til pasientene, *når det passer for dem*. Pasientene venter på visitt, papirer, sykehjems plass – det er mye tid som ikke utnyttes godt nok...”

Dette viser, også for *personalet*, hvorfor det er viktig at *de* er pasientenes advokater: at de forteller hva som skjer, hvilke følger det får både for tilliten til systemet og for opplevelsen av å få god behandling. Noen er også svært opptatt av at det ikke må være slik at pasienter og deres pårørende ikke våger å si noe så lenge pasienten fortsatt er under behandling / avhengig av sykehuset. Ingen ønsker å være en vanskelig pasient. Senere skal vi se at noen har språk- og kulturproblemer som gjør at de ikke kan gi uttrykk for hva det er som plager dem.

Klagebehandlingsrutinene er noe ulike fra sted til sted

I et åpent spørsmål fikk informantene mulighet for å presisere hvordan klager behandles og eventuelt drøftes i avdelingen, herunder om dette får noen følger i form av endringer i rutiner eller nyttiggjøres til forbedringer.

Tabell 2.9 Klageoppfølgingsrutiner

H	1) Klage til oversykepleier/overlege 2) Drøfting 3) Svar til pasientombud/fylkeslege 4) Personalmøte for drøfting av rutiner 5) Eventuell endring
I	Pasienten klager til USU (Utvalg for skader og uhell)
J	Klager tas opp med vedkommende vaktlege
K	Klagene går til en overlege som tar hand om dem.
L	Klage til avd.s.pl – så til ov.s.pl og ov.lege Til kvalitetsutvalget Direktør – pasientombud og brukerutvalg. Har ingen internprosedyre i avdelingen på klagesaker ennå.
M	1) Skriftelige klager fra pasient sendes til sykehusdirektøren. 2) Klagen behandles og sendes til avdelingssykepleieren 3) Avdelingssykepleieren sender svar til direktøren 4) Direktøren sender svar til pasienten Dersom det er avdekket mangler ved rutiner som har forårsaket feil/problemer som er oppstått , blir det foretatt endringer.
N	I dette sykehuset har en satt opp postkasser der pasienter/pårørende kan melde fra om ting som er problematiske. Generelt sies det at meldte klager tas til følge dersom nærmere undersøkelser viser at det er grunnlag for dette. Men i enkelte tilfelle gis det ikke medhold, men informasjon.
O	Klager kommer gjerne via pasientombudet. Klagene får skriftlig behandling, og en sikrer at klagen blir nyttiggjort til forbedringsarbeid ved at det går kopi til sykehusets kvalitetssikringsutvalg.
P	Klager som kommer skriftlig går til direktøren som formidler saken til rette vedkommende, for eksempel sjefslegen. Dersom det er oppstått en feil i enheten, forsøker man å få til samtale med avdelingssykepleier.
Q	Klage fører til skriftlig rapport til administrasjonen, deretter følger møte mellom avdelingssykepleier, lege og eventuelt stab om klagen får skriftlig rapport. Det kan også gjennomføres samtale med klager.

Enkelte sykehus oppfordrer pasientene til å melde fra om eventuelle klager, og en har satt opp en postkasse for kommentarer, klager og forslag.

Noen av sykehusene forteller om en fast rutine der skriftelige klager blir sendt til sykehusets direktør som så behandler klagen og sender klagen videre til avdelingen der pasienten var innlagt. Avdelings-sykepleieren undersøker saken og gir svar til direktøren. Denne gir så svar til pasienten eller de som klager på hans/hennes vegne. Dersom det viser seg at feilen er oppstått på grunn av mangler ved rutiner, endrer man disse. Her får med andre ord klagen betydning for forbedringsarbeidet, og typisk nok er en da opptatt av systemiske trekk, ikke bare eventuelle feilhandlinger. Da er fokus ikke så sterkt på såkalt menneskelig svikt. Forskning omkring sikkerhet støtter denne tilnærmingen som grunnlag for et trygt læringsklima rundt feil og nesten feil. Fra luftfarten kjenner vi til at muligheten for personalet til å melde fra anonymt om feil og nesten-feil, medfører at man får en økt sannsynlighet for å få et mer representativt materiale om områder der sikkerheten og kvaliteten er under press eller har vært i fare. Det kan tenkes at klageadferden vil endres som følge av at enhver pasient får pasientansvarlig lege og sykepleier. Dermed får man en klar adressat for henvendelser. Uttalelser fra pasienter om at ”min lege sto på for meg”, eller at ”det er så mange jeg har vært borti at jeg vet ikke riktig hvem som er min lege” tyder på at det kan være mye å vinne kommunikasjonsmessig nettopp på ordningen med pasientansvarlig lege og sykepleier. I dagens situasjon kan uoversiktlige forhold medvirke til at en ikke påklager hendelser.

Av enkelte uttalelser som framkommer i materialet, kan det se ut til at praksisen med å invitere til ”klagesamtale” bevisst eller ubevisst medfører at ”situasjonen roer seg”; ”ansikt til ansikt”-kontakten og det å få snakket gjennom situasjonen, er viktig for klager. Det kan imidlertid også medføre at klagen ikke løftes opp til det mer prinsipielle nivået, og at verdifull informasjon om ikke-tilsiktete konsekvenser av rutiner f.eks. ikke tilflyter de organer som burde fått den.

Ved ett sykehus sies det at en alltid behandler klagen, men at de ikke alltid tas til følge. Sykehuset kan oppfatte klagen som ikke berettiget. Dette kan ha stor betydning fordi det signaliserer at sykehuset ikke med en gang starter jakten på den/de skyldige, men er opptatt av å skaffe seg et helhetsbilde av situasjonen. Å gi forklaringer, beklage det inntrufne, men også kunne grunngi handlingsvalg er viktig for legitimiteten til klageinstansen. Dersom man antar at sykehuset har en klart kommunisert kvalitetspolitikk, vil klagesaker også kunne være til



stor nytte for å stadig vedlikeholde denne, og her er nettopp den lokale anvendelsen av klagesaker potensielt av stor betydning.

Pasientombudet nevnes som den vanligste klageren ved et annet av sykehusene. Ved denne institusjonen sendes alle slike henvendelser til deres kvalitetssikringsutvalg.

I et annet tilfelle forklarer man at det går en skriftelig rapport til administrasjonen. Dernest kaller en sammen til møte mellom avdelingssykepleier, lege og andre i staben. Et neste skritt er gjerne et møte med klageren. En slik framgangsmåte anerkjenner de menneskelige følelsene hos alle involverte, og gir ikke minst personalet en anledning til å reflektere over hendelsene og en mulighet til å legge dem bak seg, integrere dem i egen personlig og profesjonell forståelse. Den ansatte som har vært involvert i en hendelse som medfører klage, kan ha behov for debriefing. Forbigår man saken i taushet, kan det være tungt og kjennes usikkert hvordan andre i miljøet oppfatter og tolker det som har hendt.

Ved ett av de sykehusene der det hadde forekommet klager, ble det sagt at en ikke hadde noen egentlig klagebehandlingsrutine, men at en tok initiativ til samtaler med den eller de som sto bak klagen. En vurderer om det er behov for oppfølging direkte i forhold til de som har noe å klage over, men ser også etter om det er mulig å trekke lærdom av det som er blitt påklaget, for eksempel ved endringer i rutiner.

## 2.6 Kvalitetssikring

Med kvalitetssikring mener vi her systematisk arbeid for å legge til rette for at / undersøke om tjenesten holder et definert kvalitetsnivå. Kvalitetssikring er viktig av mange grunner, ikke minst for personalets psykososiale trygghet. Det ble stilt konkrete spørsmål om redskaper, holdninger og metodisk orientering. Har avdelingen utviklet et systematisk kvalitetssikringsarbeid?

Dersom avdelingen har utviklet et systematisk kvalitetssikringsarbeid, hvordan vil avdelingsleder beskrive dette? For å få tak i hva dette konkret innebærer ble det også stilt oppfølgingsspørsmål. Det er viktig å få vite på hvilken måte dette er arbeidet er systematisk, og hvilken opplæring som gis, og hvordan de ansatte inkluderes.

Tabellen nedenfor viser hvordan avdelingsledere ved de besøkte sykehusene definerer kvalitetssikring.

Tabell 2.10 Hvordan definerer avdelingsleder kvalitetssikring?

AVD	DEFINISJON AV KVALITETSSIKRING
Æ	Melderutiner ved avvik, internkontroll arbeidsmiljø, internkontroll medisiner og prosedyrer.
Ø	Kompetent personale, gode rutiner og prosedyrer, riktig utstyr og hjelpemidler.
Å	Tilfredse pasienter, riktig medisiner og fungerende teknisk utstyr.
V	Metodebøker til beste for pasientene.
W	Prosedyrer, informasjonsrutiner, kompetanse og kontinuitet, internkontroll.
K	Dokumentasjon, oppfølging av sentrale retningslinjer felles for hele sykehuset med bruk av prosedyrer og metodebøker. Aktualiserer dette ved egne prosjekter om skriftlig dokumentasjon.
L	Dokumentasjon, bruk av prosedyrer og metodebøker.
H	Bruk av dokumentasjon og metodebøker, dobbeltsjekker medisiner og intravenøst.
I	Klare rutiner og prosedyrer, klar ansvarsfordeling, fortløpende evaluering av prosedyrer.
J	Dokumentasjon av hva som foregår, ikke minst knyttet til samarbeid med andre avdelinger og i forhold til medisiner - her er det dobbeltkontroll. Skriftlighet og pleieplaner er sentralt.
S	Utvikling av gode og forsvarlige regler, retningslinjer, gode faglige rutiner, både på arbeidsmiljø og faglig.

Som det framgår er definisjonene ganske varierende: fra dem som bare nevner at de har metodebøker til rådighet, til enheter der en først og fremst vektlegger at en har en viss forståelse av at kvalitetssikring dreier seg om kompetanseutvikling, systematisk oppfølging av personalet, samspill og rutiner, oversikt over utstyr og hjelpemidler. Det er imidlertid få som trekker inn betydningen av at det gjøres tilsyn eller kontroll fra andre enn de som selv utfører oppgavene.

Ved ett av sykehusene sies det at kvalitetssikringen foregår pr seksjon og er en integrert del av driften. Det finnes omfattende prosedyre-

beskrivelser. Avansert og krevende kirurgi betinger at en har godt og sikkert utstyr, og dette er et vesentlig mål med kvalitetssikringen.

I enkelte framstillinger kommer også kompleksiteten i kvalitetssikringssystemene fram: Noen prosedyrer og systemer omfatter alle, mens andre kvalitetssikringsopplegg er fagspesifikke, utviklet av de ulike profesjonene. Det understrekes også at en er avhengig av å sikre kvalitet gjennom jevnlige og planlagte dialoger på tvers av profesjonsgrensene. På denne måten bidrar kvalitetsdiskusjoner til en felles forståelse av avdelingens kjerneoppgaver, og hvilke standarder som skal ligge til grunn for arbeidet og som personalet må føle seg forpliktet av.

I ett eksempel får vi demonstrert hva den løpende kvalitetssikringsinnsatsen kan dreie seg om:

1. Det er utviklet et system med merking av alt på lageret.
2. Det er laget rutineskjema for prosedyrer og behandlingsforløp.
3. På personalmøtene og individuelt overfor nykommere, gjør man et systematisk informasjonsarbeid omkring endringer i rutiner.
4. Det er utviklet et sett av skriftlige rutiner, blant annet ved at de ansatte må kvittere ut at de har sett igjennom eller utført oppgaver.
5. Previsitten inneholder faglige diskusjoner og forholder seg til kvalitet.
6. Nyansatte blir invitert til samtaler med tilbakemelding omkring deres erfaringer.
7. Når den nyansatte sykepleieren har vært i avdelingen i 3 uker henholdsvis 4 måneder, tas han/hun ut til 2 dagers undervisning.
8. Det er laget prosedyre-/metodebøker for bestemte diagnoser. Disse har personalet ved avdelingen utviklet sammen.

I dette eksemplet er det lagt opp til et dynamisk system, dvs. rutiner og prosedyrer legges til grunn både for gjennomføring av behandling og pleie, og for diskusjoner om mulige behov for endringer og tilpasninger. Den aktive holdningen overfor nyansatte er åpenbart krevende, men høyner sannsynligheten for at den nyansatte både føler seg inkludert, blir møtt med tillitsfulle forventninger og gis også muligheter til å ta til seg kunnskap.

Noen viser til at ikke minst forholdet til studentene som er i praksis på avdelingen, har gjort det nødvendig å utvikle et systematisk kvalitets-sikringsopplegg. Også her er en opptatt av at en skal bruke avkrysning/signering/kvittering for å markere at ting foregår på fastsatte måter, at en har vært gjennom opplæring, kan utstyr og prosedyrer. Dette oppfattes som en enkel og god måte å sikre seg at alle blir bevisste om at de må stå ansvarlige for å holde seg oppdatert og utvikle sikker kompetanse.

Det gis eksempler på at utvikling av kvalitetssikring gjør det lettere å kreve en enhetlig praksis fra alle. For eksempel kan man ved telefoniske ordinerings si at vedkommende må gå til avdelingen og gjøre det skriftlig. Systemet krever personlig utkvittering. Alle får samme behandling, man kan ikke fungere etter systemet ”gjennom andre”. Dette oppleves som en lettelse og en avklaring; å ha et gjennomtenkt system å forholde seg til gjør handlinger og disposisjoner tydeligere og mer sporbare.

Enkelte enheter sier at de holder på med å utvikle systemer. Det er klart at dette må få ta tid, men allikevel er det interessant at det er de samme enhetene som også uttrykker seg mer omtrentlig (og tautologisk) når de skal definere hva de legger i kvalitetssikring.

Det finnes også eksempler i datamaterialet der det rett ut sies at en ikke har utviklet noe systematisk opplegg.

Holdninger til kvalitetssikring kommer også fram: Noen ser på kvalitetssikring som et nødvendig gode, dvs. en måte å skape konvergens mellom ulike grupper med ulikt særpreget oppgave ansvar, men også med en felles ansvarlighet. Andre har mer en oppfatning som understreker at dette er nyttig for å kunne gardere seg mot feil og mot at noen i ettertid skal bli klandret for ikke å ha utført arbeidet riktig. Derfor fremheves dokumentasjonen. En tredje holdning er mer vagt uttrykt, som et ønske om å gjøre det tryggere for pasientene, og dette skal også oppnås ved at det er rutiner og dokumentasjon.

Ved ett sykehus framkommer det oppgitte synspunkter på forholdet mellom idealer og realiteter. I dette sykehuset er det ekstremt trangt fysisk. Overbelegg er vedvarende høyt, med mange korridorpasienter. Avdelingen må ta i mot akutt innkomne pasienter uansett. Men de rådende fysiske forholdene har direkte innvirkning på mulighetene til

å praktisere kvalitetssikringsrutiner, det blir i beste fall ”så langt de rådende forhold tillater”. Legene gir uttrykk for bekymring over mulighetene til å ivareta personvernet, sykepleierne ser hvordan de vanskelige fysiske forholdene gjør pasientene enda mer sårbare. Da blir det en mager trøst at de ansatte gjør så godt de kan.

”Alle” snakker om kvalitetssikring, men det er langt fra det samme som legges i begrepet.

## 2.7 Arbeidsmiljø – helse, miljø og sikkerhet

I arbeidsintensive kunnskaps- og service-basert arbeid kreves det god tilrettelegging av det fysiske, organisatoriske og sosiale arbeidsmiljøet for at arbeidet skal gli lett. I teamarbeid, der mange grupper er delaktige i en sammensatt virksomhet, vet man også at en satsning på utvikling av arbeidsmiljøet kan være det som skaper forskjell mellom gode og mindre gode virksomheter. Utstyr og bemanning kan være den samme, men forvaltningen av de menneskelige ressursene er det som vil prege kvalitetene i det avgjørende samsillet mellom ansatte, i deres pågangsmot og vilje til å investere – ikke bare i forholdet til pasientene, men også i forhold til arbeidsplassen. Vi skal se senere at motivasjonen til å ta heltidsarbeid, eller fortsette i samme sykehus nettopp for en del av de ansatte hang sammen med denne typen overveielser: ”Er jeg verd noe, eller er jeg likegyldig?”. Vi skal ta opp denne tråden seinere i gjennomgangen av verneombudenes opplysninger og vurderinger.

### Lovpålagt, men ingen vits?

Med ett unntak sier sykehusene at de har oversikt over aktuelle lover og forskrifter på arbeidsmiljøfeltet. De bekrefter også at de har oversikt over rutinene for opplæring, bruk av verneutstyr mv. Med ett unntak er det også gjort kartlegginger av problemområder på helse-, miljø- og sikkerhetsområdet.

Det viser seg at en tredjedel ikke kan vise at de har skriftelige handlingsplaner på området, og disse har naturligvis heller ikke satt tidsfrister for eventuelle utbedringer. De samme enhetene vet heller ikke hvem som er ansvarlige for oppfølging og utbedringer. Nær halvparten av informantene sier at de ikke har skriftlig redegjørelser for organisering og ansvarsforhold knyttet til arbeidsmiljøet. Doku-

menterte rutiner for avdekking av negative forhold og dokumentasjon for handlinger ved avvik, er som oftest på plass. Det kommer også fram at motivasjonen til å melde avvik synker når det ikke gis tilbakemeldinger om hva som gjøres for å korrigere for rapporterte avvik. Dette understreker at for at miljøarbeid skal vinne legitimitet og oppslutning må en kunne vise til effekt.

De fleste understreker at de har informasjon om internkontroll som er kjent for de ansatte, og at alle har adgang til internkontrollhåndboka.

HMS-kartleggingene, der hvor disse er gjennomført, viste en variert bredde av miljøutfordringer: fra kjemiske helsefarer ved håndtering av cytostatika til usikkerhet om nedlegging. De fysiske forholdene, at det er tungvint og trangt, kom fram flere steder. En pekte også på samarbeidsproblemer gruppene i mellom. De som hadde ferske arbeidsmiljøundersøkelser som inkluderte psykososiale forhold, var i mindretall, og vi merker oss at det ble rapportert om at forholdene var bra. Dette kan også henge sammen med at det nettopp i disse miljøene er en større oppmerksomhet og klarere satsning på arbeidsmiljøet.

Tabell 2.11 Hovedkonklusjoner og tidspunkt for siste HMS-kartlegging

SYK./ AVD.	TIDSPUNKT FOR KARTLEGGING	HOVEDKONKLUSJON
U	Febr 2000 psykososial u.s. Nov 2000 vernerunde Fysiske arbeidsforhold	Godt arbeidsmiljø  Dårlige arkivforhold – støv og støy
V	Ikke av nyere dato, men avd. har månedlige HMS- møter	(Henviser til forrige undersøkelsesrunde.)
W	Juni 2000	Intet spesielt bemerket
X	Nei	
Y	Høst 1999 (vernerunde)	Fysiske tungvinte arbeidsforhold og samarbeid med andre yrkesgrupper
Z	November 2000	Kjemiske helsefarer, bygnings- messige problemer som er meldt; trangt arbeidsrom der man blander cytostatika.
Æ	Høsten 2000	Veldig godt psykososialt miljø blant alle ansatte, lite fravær. Kan tilby hverandre mer hjelp.
Ø	Ukjent om det hadde vært noen HMS-kartlegging	-
Å	Oktober 2000	Trussel om nedleggelse av syke- huset. Virker mobiliserende på de ansatte.
T	Januar 2000	Ikke kjennskap til resultatet
R	Ikke foretatt	-

### Sykefravær og sykefraværersdata

Når det gjelder data om sykefravær, forteller  $\frac{3}{4}$  at de har data på avdelingen, men bare et fåtall kan redegjøre for disse dataene. Flere forteller om omlegginger i registreringssystemet, innføring av nye databaserte registreringssystemer som gjør sammenlikninger over tid vanskelig. Noen fører bare liste over det ekstrapersonalet de har brukt.

Et flertall av avdelingene har tall/statistikk på antallet uføretrygdete i egen enhet.

## 2.8 Oppsummering

Sykehus er både kunnskapsvirksomheter og virksomheter der det produseres tjenester. For å løse oppgavene kreves det både koordinering, kommunikasjon og kompetanseutvikling. Oppgavene er i betydelig grad avhengig av at de som bekler rollene i arbeidsorganisasjonen har en felles forståelse av hvordan de – gjennom sin rolle og sine mandater – kan bidra til å løse oppgavene. Det går lettest når en er enige om hva som er kjerne oppgavene, hvordan forholdet skal være mellom kjerneoppgaver og støttefunksjoner. Det trengs en tydelig regi og scenografi, når mange alternerer i rollene. Derfor blir det tankevekkende at det går såpass langsomt med å komme videre med å utvikle de prosessene som gjør sykehusene til lærende organisasjoner, som tar vare på det relevante materialet om pasienterfaringer og arbeidsmiljøutvikling.

Når ansatte kjenner seg alene med arbeidsmiljøproblemer, med feilen de gjorde eller behovet for kompetanseutvikling, er veien kort til å søke seg vekk. Lokale prosesser i arbeidsorganisasjonen er undervurdert som stabiliserende faktor.





# 3

## Det gjenstridige arbeidsmiljøet

### 3.1 Arbeidsplass og pasientmiljø

Arbeidsmiljøet i helsesektoren inkluderer både den fysiske tilretteleggingen og den organisatoriske utformingen av arbeidsoppgavene, samarbeid og ledelse. Det gir ikke mening å se disse faktorene atskilt fra forholdet til pasienten og i mange tilfelle også de pårørende. Dette er på en måte så selvsagt i helsearbeid at det ikke er enkelt for arbeidstakerne å skille pasientens fra egne miljøforhold.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på de ansattes opplevelse av det fysiske, organisatoriske og sosiale arbeidsmiljøet. Dette bygger på intervjuer med minimum fire ansatte ved hver av enhetene. Intervjuene ble avtalt på stedet. Enkelte vegret seg da de ble forespurt. I et feltnotat forteller en av forskerne i teamet at to av de som hadde vært lengst ansatt ved en enhet, avslo med henvisning til at de mente det var bedre om noen som ikke var så sliten og lei som dem, ble intervjuet. De ville bare gi et svært dårlig inntrykk av stedet. De fikk samtidig sagt noe om at de syntes det var slitsomt med alle som kom og gikk på avdelingen hele tiden. Ved dette sykehuset var det uttalt misnøye rundt rekrutteringspolitikken, og flere ansatte informerte om at sykepleierne overveide å markere sin misnøye ved at hver og en leverte sin oppsigelse.

Som ved registreringen i 2000, viste årets registrering at mens de ansatte er minst tilfredse med det fysiske og organisatoriske arbeidsmiljøet, vurderer de gjennomgående det sosiale arbeidsmiljøet som meget bra. Det sosiale arbeidsmiljøet dannes av samarbeidsforhold, forholdet til klienter/kunder/brukere – i dette tilfelle pasienter – og utsatthet for vold, trusler om vold (Grimsmo 1996). Trivsel, mestring og trygghet påvirkes i høy grad av det sosiale arbeidsmiljøets kvaliteter. Når det sosiale arbeidsmiljøet oppleves som velfungerende, gir det en buffereffekt mot press. Dette har betydning for graden av opplevd stress eller anspenthet i arbeidet, noe som gir helsekonsekvenser over tid (Karasek 1978, Karasek og Theorell 1990).

### 3.2 Forholdet til pasientene, emosjonelt arbeid

I arbeidsmiljøforskningen er de emosjonelle sidene ved arbeidet blitt gjenstand for større oppmerksomhet og forskning. Dette er en nyere utvikling. Litteraturen viser at emosjonelt arbeid er et økende krav i moderne arbeid. Adelman (1989) hevder at emosjonelt arbeid nå like ofte er et krav i arbeidet for amerikanske arbeidstakere som fysisk eller mental innsats. Morris (1994) hevder at emosjonelt arbeid er en organisasjons forsøk på å regulere hvordan ansatte viser sine følelser overfor klienter, vanligvis for å øke deres tilfredshet. Her forstås emosjonelt arbeid som et tredimensjonalt begrep. Hvordan dette arbeidet oppleves avhenger av hyppighet, varighet og rolledissonans, dvs. muligheter for å være konsistent i profesjonsutøvelsen.

Vi tenker oss vanligvis at følelser er noe ”inni oss”, noe dypt privat og personlig, og det er naturligvis en del av bildet. Men som Elias hevder (Elias 1994), må følelser og emosjoner sees som uttrykk for individuelle reaksjoner med røtter i historiske og sosiale forhold. Selv det vi oppfatter som våre mest individuelle reaksjoner, er preget av en kultur vi er sosialiserte inn i. Å lære en profesjon er også å få en innføring i normer og verdier knyttet til profesjonsutøvelsen. Arbeidsplassen er en arena der det kreves betydelig grad av følelsesmessig tilbakeholdenhet eller disiplinering (Newton, Handy et al 1995). Dette er tradisjonelt et fremtredende trekk ved pasientrettet arbeid, der innlevelse og respekt for pasientens integritet er kjerneverdier. Samfunnsutviklingen har medført en økning av den typen arbeidsroller der vi er forventet å ta i bruk følelsesmessige uttrykk for å fremme salg, ”smøre” samspill og gjennomføre transaksjoner.

Empati er ikke lenger bare et varemerke for helse og omsorg. Grensen mellom service og bevisst bruk av følelser er i ferd med å viskes ut i en del såkalte frontlinjejobber, der transaksjoner med kunder og klienter er en del av arbeidsprosessen. En av de forskerne som først ga en presentasjon av emosjonelle og relasjonelle krav i tjenesteyting, er den amerikanske forskeren Arlene Hochschild (Hochschild 1989). Hun mener at man kan måle graden av krav til emosjonelt arbeid ved forekomsten av

- ”øye til øye”-, ”ansikt til ansikt”- og ”øre til øre”-kontakt
- intensitet og varighet
- krav om at uakseptable følelsesuttrykk ble undertrykket

I Hochschilds studie møter vi kabinpersonale som blir drillet i en spesiell service ideologi. Hun vektlegger at det er noen fundamentale paradokser i å betale folk for å tilby emosjonell omsorg i vanlige service situasjoner. Dette kan sees som en nedvurdering av både leverandøren og mottakeren av slike falske eller ”erstatnings”-opplevelser. Det blir uklart hva som er autentiske og ”liksom”-opplevelser. Flyvertinnene ble indoktrinerte til å tro at de hadde en forpliktelse til å engasjere seg i en ”dyp” samhandling, snarere enn i en overfladisk.

Passasjerene hadde på sin side ingen forpliktelse om å gjengjelde. De hadde jo betalt for tjenestene. Med økende trafikk ble dette en vanskelig arbeidssituasjon. Noen flyvertinner beveget seg fra å være genuint følelsesmessig involverte i arbeidet til en følelsesmessig frikopling både i sitt private og profesjonelle liv. Andre utviklet en strategi der de lærte å skille mellom når og i hvilken utstrekning de spilte en rolle.

Forskningen om emosjonelt arbeid kan ha relevans for å forstå den form for slitenhet som helsepersonell rapporterer om. Denne forskningen forteller om hvordan organisatoriske betingelser som tempo-krav, fremmedfølelse pga. manglende medvirkning og reaksjoner på å måtte innfinne seg med ”konsepter” eller styringsredskaper som gjør at en ikke kan følge eget faglig skjønn, representerer et vedvarende press. Tidligere forskning hadde beskrevet emosjonelt arbeid som en dikotom variabel (finnes/finnes ikke). Morris har sett nærmere på følelsesmessig utmattelse, jobbtilfredshet og rolleinternalisering.

Morris’ studie som omfattet gjeldsinnkrever, rekrutter til militære og sykepleiere, er et særlig viktig bidrag fordi den kunne vise hvordan varighet, hyppighet og rolledissonans varierer i grad og får konsekvenser som avspeiler dette. Når det er mulig med samspill over tid og yrkesutøveren kan ha tid til å gjøre arbeidet rolig og med en opplevelse av genuine følelser, så øker jobbtilfredshet og tryggheten i yrkesrollen. Konklusjonen i flere av disse studiene (se f.eks. Ericksen 1991) er at opplevelse av autenticitet, dvs. at en har mulighet til å opp-

leve at det en gjør samsvarer med hva en gir uttrykk for følelsesmessig, har stor betydning for den psykiske helsen.

Adelmann (1989) viser til 2 studier som belegger at ansatte i jobber med høye emosjonelle krav rapporterer lavere grad av jobbtilfredshet, lavere jobbutførelse, selvfølelse og glede, flere symptomer på depresjon, dårligere egenopplevd helse og anomi enn andre arbeidstakere.

Det er åpenbart at man trenger både opplæring/kompetanse og visshet om at det finnes en sosial struktur som kan gi støtte når man skal utføre emosjonelt arbeid. Skjer dette ikke, er det høy sannsynlighet for at "kroppen tar saken" mange ganger i løpet av arbeidsdagen. Opplevelsen av press utløser en fysiologisk respons på presset, og personen opplever seg anspent. Det er dette som gjør de relasjonelle arbeiderne så slitne; de kan ha et fysisk "lett" arbeid, men allikevel oppleve at de er svært slitne etter arbeidstid.

Visshet om å ha nødvendig kompetanse fungerer som en buffer mot disse reaksjonene. Kunnskap hjelper til å fokusere i en kompleks situasjon: der en uten kompetanse vil bli slått av kompleksitet, vil fagpersonene vite hvordan han/hun raskt skal kunne identifisere en struktur, dvs. "knekke nøtten" og "finne en ende å nøste fra". I dette perspektivet er det viktig også å plassere forskningsresultater som viser at den som har mye kunnskap, men samtidig må kompromisere denne hele tiden, vil komme i en presset situasjon (Sørensen og Grimsmo 1996).

Dessverre er en del kunnskapsoverføring ikke annet enn moralisering, og den kan høyne opplevelsen av press. Det er særlig skadelig når den ansatte ikke har et godt tilrettelagt miljø både fysisk og organisatorisk.

### 3.3 Det fysiske arbeidsmiljøet ved sykehusene

De ansatte ble bedt om å beskrive sitt fysiske arbeidsmiljø, og disse beskrivelsene kan sammenfattes som en historie om mangler ved tilrettelegging. Den viktigste faktoren med stor betydning for utførelsen av arbeidet, er rett og slett at det er for trangt. Det fysiske miljøet er ikke dimensjonert for de aktivitetene som foregår, og dette er dermed med på å gjøre arbeidet utrygt, noen steder helsefarlig.

### *En liten oppsummering*

Halvparten av sykehusene svarer med overvekt på at det fysiske arbeidsmiljøet har noen mangler. Det er videre en gruppe sykehus der det er variasjoner fra post/enhet til enhet, og der de ansatte gjenspeiler dette i sine svar slik at det framkommer en lik fordeling mellom å synes at det fysiske arbeidsmiljøet har noen mangler, og at det er godt tilrettelagt. En tredje gruppe består av sykehus med enheter der det er lik fordeling mellom at det fysiske arbeidsmiljøet synes å ha noen mangler, og at det er svært lite tilrettelagt. Ved ett sykehus gir de ansatte uttrykk for at det fysiske arbeidsmiljøet er svært lite tilrettelagt, ved ett annet sykehus mener de ansatte at det er godt tilrettelagt. Vi har valgt å gjengi noen av beskrivelsene som illustrasjon.

### Mangler ved tilrettelegging

*Det er trangt, lite skjerming, for mye trafikk, lange avstander, uhensiktsmessige og gamle senger, nattbord mv*

- ingen personheiser
- elendige romforhold på badene, trangt, liten plass, håpløst å jobbe
- badene er for trange for hjelpemidler
- for små rom, har ikke plass til utstyr, rullestoler, heiser, må flytte på ting hele tiden
- mangler møterom og rapportrom, må sitte på toalett og skrive
- trangt vaktrom, dårlig luft, varmt - også på pasientrom
  
- hektisk, hele tiden folk på farten, det trengs mer skjerming
  
- lange avstander, mye gåing
- posten har dagligstue for pasienter, men med svært lang gang dit
  
- gamle senger gir vanskelig arbeidsstilling
- vi trenger flere hjelpemidler
- vi mangler senger
- ønsker senger som er lettere å bruke, nattbord med gode hjul

### *Kombinasjon av flere forhold gjør arbeidet vanskelig*

”Ugunstige løftestillinger. Vi har apparater, men får ikke brukt dem. Det tar så lang tid å bruke dem, det er for hektisk. Det oppstår mange situasjoner der man ikke kan bruke disse redskapene pga. tidsnød. Brudd o.l. – mye improvisasjon. Det er ikke det ene løftet som er tungt, men når man har 200 vanskelige løft i løpet av ett år så sliter det. Dårlige kontorforhold, vi mangler stoler og bord.”

”For varmt og for dårlig luft. Vanskelige arbeidsforhold pga. plass-mangel. Trangt i dusj og toalett. Det er vanskelig å komme inn med gåstol (’prekestol’) og rullestol. Det finnes et stort dusjrom, men det kan det være kø på pga. forberedelse til operasjon.”

### Når det fysiske arbeidsmiljøet er bra

”På dette sykehuset er det ganske bra, selv om det er trangt for rullestoler og ’prekestoler’. Det er en følelse av ’tett luft’ og det er ikke mulig å lufte. Tørt, skulle ha vært bedre ventilasjon. Bra møterom for personaler. For små vaktrom, det blir trangt.”

- Trives veldig godt, men de bygningsmessige begrensninger er jo der...Savner fargeskriver, men det er jo småtteri...
- Vi kan bruke sengene, gått på forflyttningskurs, lar pasient hjelpe seg selv.
- Helt topp!

### 3.4 Det sosiale miljøet på posten

I første runde av kartleggingen kom det fram at det sosiale miljøet på posten absolutt var viktig, nesten avgjørende. Omtrent alle som ble intervjuet i 2. kartleggingsrunde, gir uttrykk for at de opplever det sosiale miljøet på posten som bra eller veldig bra. Noen av forholdene som går igjen er trivelige kolleger, at man tar vare på hverandre, jobber bra sammen, at det er stabilitet, åpenhet, at det er lett å spørre, og lignende. Betydningen av det gode sosiale miljøet understrekes ved at det velges uttrykk som at ”det er redningen til tider”. Deres refleksjoner over hva et støttende sosialt miljø betyr, samsvarer med god latin i arbeidsmiljøforskningen. Opplevd sosial støtte i form av vurderingsstøtte, informasjonsstøtte, emosjonell støtte og praktisk støtte fungerer, som en buffer mot høye krav og lav innflytelse i arbeidet

(Karasek 1989). Riktignok er det noen som ser det omvendt og mener at ”jeg tror vi har det så trivelig fordi vi ikke har tid til å lage intriger”. Også denne ytringen får forskningens støtte, det er faktisk slik at i grupper der alle kjenner seg behøvd og vet hva de har å gjøre, er det et lavere konfliktnivå (andre forhold holdt konstant). Det er også interessant at noen i personalet gjør et poeng av at de skal ha det trivelig, men akkurat passe, det er ”høvelig bra” som en sier. En annen sier at ”Det er bra, ikke noe voldsomt spesielt. Jeg tror ellers at vi har det så trivelig fordi vi ikke har tid til å lage intriger. Når vi har mannfolk her, virker det alltid grådig positivt”. Her følger noen av svarene:

”Bra trivsel og arbeidsglede. Vi prøver å ta vare på hverandre (avlastet hverandre). Bursdager blir markert, alle får flagg på navnet når de er på jobb! Noen har med seg is eller kake. (går ut utenom jobb). Ja og litt på utflukter. Jenteavdeling? Ja. Ellers én mannlig sykepleier. Vi har det veldig bra! Vi prater med hverandre om også private ting. Avdelingsleder er flink til å ta vare på oss.”

- Åpent, trivelig miljø, lite baksnakking, stabilt, ansatte i mange år, sjelden at man slutter/sier opp.
- Synes det er veldig godt. Vi er stort sett snille med hverandre. Det bare er sånn. Det hjelper veldig at på at det er mindre ekstravakter, at det bare er de faste som er her.
- Kjempebra! Ingenting å si på. Stor åpenhet, ærlighet, lov å vise følelser. Gjør ting sammen på fritiden.
- Veldig bra! Inkluderende, lett å være ny, lett å spørre, åpne for nye ting, faglig oppdatert.
- Veldig bra. Sammensveiset gjeng – alle hjelper til og hjelper hverandre. Sosialt også utenom arbeidstid. Avdelingen satser gjennom en arbeidsmiljøgruppe på det sosiale miljøet.
- Veldig bra. Vært her lenge. Har en post som fungerer godt med ledelsen. De gjør mye for å få oss til å trives. Det sosiale som gjør at vi gidder.

Forholdet til andre grupper og ledelsen virker også inn: unge sykepleiere sier at det er fint med erfarne hjelpepleiere, og sykepleierne peker på ”mye energi i legemiljøet, de er entusiaster og entreprenører”.



Det er noen kommentarer som viser at det å oppleve mye utskiftninger, kan slite på miljøet.

”Det sosiale miljøet er veldig bra. Lite miljø med godt samhold og gode kolleger mellom alle gruppene. Vi er plaga av utskiftninger, spesielt leger og sykepleiere. Det går utover fagutvikling og rutiner, må stadig lære opp nye (...) Jobber med lønnsramme – hvis det ikke blir bedre, så sier vi opp! Tror det blir større stabilitet med høyere lønn og stipender + fagutvikling.”

Og vi ser også ekko av at det å måtte bli integrert i en post man ikke forstår hvorfor man skulle flytte sammen med, gir virkninger på det sosiale miljøet: ”Negativ innflytelse av å ’flytte inn’ på en annen avdeling. Vi har aldri blitt orientert om hvorfor vi ’mistet’ egen post.”

### 3.5 Opplevelse av arbeidsmiljøforhold og syn på arbeidskontrakten

Så langt har vi fått et inntrykk av det fysiske arbeidsmiljøet og noen sentrale sider ved det organisatoriske og sosiale arbeidsmiljøet. Fysiske arbeidsmiljøforhold og fysiske krav i arbeidet påvirker særlig muskel-/skjelettplager, organisatoriske forhold kan ha virkning på psykosomatiske plager, og det sosiale arbeidsmiljøet virker inn på den psykiske helsen og psykosomatiske plager. Vi kan anta at de ansatte trekker noe ulike konklusjoner av sine arbeidsmiljøreaksjoner når det gjelder vurderinger og valg. Opplevde helseplager inngår i slike oppsummeringer, og de kan få følger for hvordan en ser på framtida og hva en bør velge å gjøre for å trygge sin egen helse. Synspunkter på hva som er en lønnsom måte å innrette seg på, vil også i en viss grad bli påvirket av tolkninger i bedriftskulturen, hva som blir sagt på vaktrommet, i pauser eller uformelle samtaler ellers. I de følgende underkapitlene skal vi se på valgene personalet gjør mht. stillingsbrøk, overveielser rundt framtidsmuligheter.

#### Heltid eller deltid?

Det ble spurt om en arbeidet heltid eller deltid. Av de som har svart, er det 43 % <sup>11</sup> som jobber deltid<sup>12</sup>, resten jobber heltid.

---

<sup>11</sup> Akkurat dette spørsmålet egner seg for sammenlikninger med andre kilder. Vi viser her til Askildsen og Holmås 2001, tabell 2 s 69 (Askildsen og Haug 2001). Antall

Tabell 3.1 Type deltid

TYPE DELTID	ANDEL I PROSENT
80 % eller mer	11 %
75 %	47 %
60 %	16 %
50 %	26 %

Noen av begrunnelsene som går igjen på hvorfor man jobber deltid, er at arbeidet er tungt, at man ved deltid har større mulighet til å velge, ha mer fritid, eventuelt ta ekstra vakter, en har mulighet til på hente seg inn, tid til barn. Nettopp begrunnelsene for å ha deltid ville vi gjerne få bedre grep om:

#### *Helse og restitusjonsrelaterte begrunnelser*

”Stor belastning å gå turnus. Vakt hver 3.lørdag. Vil ha overskudd til andre ting, at livet skal bestå av andre ting enn jobb. Har muligheten til å velge. Barna har blitt store.”

”Det passer meg bra. Jobben er så krevende at det passer best slik. Jeg trenger fritid. Har det bra i 75 %, og dette er nok til å holde kontinuitet.”

”Vi har en familiebedrift der jeg også må ta et tak. Det er for mye å gjøre, tungt, blir sliten av å være skiftarbeider i full stilling. Kunne ikke tenkt meg i 100 %.”

- Er 50 % ufør pga. høyt blodtrykk.
- Må ha litt fritid. Går en del ekstra vakter.
- Bare en av sykepleierne går fullt. For tøft. 75 % passer bra. Går ikke nattevakt ut fra legeerklæring.
- For å ha muligheten til å si nei, til å hente meg inn, ha muligheten til å velge.
- Lønn, fritid - penger er ikke alt! Helse er viktigere.

#### *Omsorgen for barn*

- Hadde små barn, passet perfekt
- Tid til barn, søkt om å få full stilling.

---

sykepleiere etter beskjeftigelse, der det fram kommer at 58 % av de beskjeftigede er i heltid, 42 % i deltid.

<sup>12</sup> Tallet fra registreringene i 2000 var identiske med 2001-tallene.

- Overgang fra svangerskapspermisjon
- Tidligere fikk jeg ikke mer, nå pga. barn

*Ikke alle tilbys full stilling*

”Jeg jobber fra 7.30-14.00 fem dager i uka. Jeg kunne jobbet fullt, men stillingen er sånn. Lønnen er for dårlig. Jeg er fast ansatt som hjelpepleier, men søkte denne stillingen. Jeg har beholdt lønna mi som hjelpepleier. Dette er ett forsøk.”

- Kunne ønsket 100 % på posten, behovet er tilstede
- Kan ha mye fri, men jobber reelt mer.
- Kan ikke vie hele sitt liv til sykehuset!

Blant de som jobber heltid, sier noen også at de har mye ekstravakter, f.eks. ca.2 i måneden. En informant forteller om en annen tilpasning: ”Jeg har full stilling, men er 20 % sykemeldt for ett år”.

En som har full stilling sier: ”Jeg har heltid, har alltid hatt full stilling – jeg er sterk”. Hun legger til at man også ”må” være sterk for å klare det.

**Hva/hvilke forhold ville kunne medføre at den ansatte eventuelt ville øke sin stillingsandel?**

Noen av forholdene som trekkes frem, er turnusordningen, tidsklemme og at man er sliten. Det er viktig å merke seg at noen sider ved det emosjonelle arbeidet også understrekes; selve arbeidets preg viser seg å ha betydning. For noen er det at en aldri vet hva som venter en når en går på vakt, en interessant side ved jobben. På den andre siden er det flere som sier at selve dette uforutsigbare ved arbeidet, oppleves slitsomt. En respondent uttrykker det slik: ”Da måtte det være jevnt, vite hva man går til, men her svinger det slik, dvs. arbeidspresset”. Møtet med mennesker i vanskelige livssituasjoner tar på, for eksempel pasienten som har fått en livstruende diagnose, eller der en skal pleie en yngre person hvor alt håp er ute.

Noen er merket av en lang arbeidsdag i helsetjenesten, og for enkelte av dem er dette med arbeidstiden noe de tenker over. Når de har gått ned i timetall, skyldes det at for dem er dette en strategi for å ta vare på helsen og øke fleksibiliteten. De kan alltid få ekstravakter når de

har krefter til dette: ”Jeg har vært på tanken, men kroppen merker de 20 årene. Jobber heller ekstra, mer fleksibelt, man har valget”.

En som har valgt å prøve heltid sier:

”Jeg har ett års vikariat her på avdelingen. Jeg har jobbet på en annen avdeling, men ønsket å prøve noe annet. Jobbet deltid der. Her er det bra dekket med sykepleiere i forhold til den andre enheten. Stabilt og med god dekning, og det er veldig godt og gir bedre kontakt med pasientene. Det er slitsomt å ha mange nye hele tiden. Ønsket 100 %. Da vet man når man har fri. 80 % gir mye forespørsel om ekstravakter”.

Turnusarbeidet er med på å gjøre fulltid *for* slitsomt, og derfor velger de deltid:

- Skulle jeg hatt heltid, da ville jeg ikke ha gått i turnus.
- Mer sosialt å jobbe fullt på dagen. Men jeg synes det er slitsomt med 100 %. Mindre kveldsjobbing kunne ført til at hun ville vurdert det.
- En turnus hvor man ikke hadde det alt for mye varierende vakter. Bedre senger ville også gjort det lettere.
- Jeg har jobbet så lenge at jeg jobber ikke mer. Jeg ønsker mer fri.
- Helsebelastninger gjør turnusarbeid uaktuelt
- Absolutt ingenting! Ikke for 5 lønnstrinn heller! Litt helseproblemer som gjør det også.
- Helseforhold kan gjøre det helt uaktuelt: Uaktuelt (59 år og høyt blodtrykk). Blodtrykksporene er i familien. Vil ikke slutte helt.
- Skeptisk til å øke. Føler at jeg jobber meg i hjel.

For øvrig er det noen standardfaktorer som vektlegges:

- Barnehageplass, lønn
- Hvis det var ledig ville jeg tatt det, men det er fullt
- Større barn og mulighet for mer tid
- Ønsker ikke
- Har det bra som det er

*Privatisert løsning på et strukturelt problem?*

Inntrykket fra første kartleggingsrunde blir bekreftet og utdypet gjennom disse svarene. Arbeidet er såpass krevende at de ansatte i betydelig grad må tenke igjennom balansen i forholdet mellom de kravene som stilles og deres egne muligheter til å bevare helsen, eller ivareta andre verdier og samtidig være i jobb. Da blir noe reduksjon i arbeidstiden et valg som mange tar. I all sin direktehet forteller sykepleiere og hjelpepleiere at de har funnet en privat løsning på et strukturelt problem, at arbeidet ikke lar seg forene med en rimelig balanse mellom arbeid, fritid og restitusjon. Valgene kan tolkes som en slags frivillig lønns- og pensjonsreduksjon for å tilpasse seg et umettelig system. Dette kan se ut til å være en kjønnnet mestringsstrategi. Vi kjenner den igjen fra andre kvinnedominerte yrker. Det er verd å merke seg at det ikke bare er unge kvinner med barneomsorg, men også de som har jobbet en stund og som er slitne, som velger redusert tid. En kan lett tenke seg at det hadde vært mulig å tilby andre oppgaver og mindre turnusbelastning for dem som ser seg nødt til å redusere stillingsandelen.

Når en betydelig andel av de som velger redusert stillingsandel begrunner dette med stor slitasje, tyder det på at arbeidet ikke er tilrettelagt på en realistisk måte. Dette er i strid med arbeidsmiljølovens intensjoner, for arbeidet skal tilpasses individet så langt råd er. Vi stiller oss følgende spørsmål: Er en kommet for kort i utviklingsarbeidet når det gjelder å finne fram til gode arbeidsorganisatoriske løsninger? Er sykepleie er type arbeid som bør ha en kortere normalarbeidsdag enn den vanlige? Det bør ikke være noe uprøvd med hensyn til å utvikle sider ved tilretteleggingen av arbeidet og arbeidstidsordningene som kunne gjøre det vesentlig bedre å stå i jobben på full tid.

Hva er det ved arbeidet ditt som du setter mest pris på, hva gir deg arbeidsglede?

Det er interessant å snakke med representanter for ulike personalgrupper om arbeidsglede. Det som går igjen hos nesten alle, er rettet mot pasientene: kontakten med pasienter, muligheten for å hjelpe og se folk bli friske. Ellers nevnes også generelt det å jobbe med mennesker, gode kolleger, det sosiale, samarbeid og variasjon. Også samarbeidsforholdene trekkes fram, og når samarbeidet glir godt øker det arbeidsgleden.

Når en leser gjennom materialet, kommer det tydelig fram at pleiepersonalet liker å gjøre noe ekstra, gi pasientene en god følelse av å være ivaretatt. Dette gir sykepleieren og hjelpepleieren en opplevelse av mestring. Sykepleie har det vi kaller iboende belønninger: å gjøre godt oppleves godt.

Sykepleiere framstår som en resultatorientert gruppe, de vil noe med jobben sin. Det er ikke bare en jobb, men en mening med jobben som gir dem glede.

#### *Den menneskelige kontakten med pasientene*

”Når man ser folk trenger hjelp og vi kan hjelpe, så kjenner jeg arbeidsgleden. Fornøyde pasienter gir mye. Det er fint å kunne oppmuntre dem til å klare mer. Kjekt å kunne se fremgang. Det er bedre å gå full tid og se denne fremgangen. Vi lærer dem å kjenne. Det at avdelingen er delt i to grupper, gjør at vi blir mer kjent med pasientene.”

”Å, det er mange ting, det er variert: Kontakt med pasienter og pårørende. Å ha gjort jobben man skal gjøre. Samarbeid med gode kolleger.”

”Det betyr mye at jeg føler at jeg får gjort veldig mye som er veldig viktig å gjøre. Få hjelpe pasienten med mange av de tingene som pasientene kom hit for å få hjelp til. Menneskelig kontakt er meget tilfredsstillende. Jeg kunne ikke tenkt meg en annen jobb med mennesker enn denne. Jeg liker å jobbe med pasientene.”

”Kontakt med andre mennesker, hjelpe andre mennesker teller, men også kontakten med andre kolleger og miljøet her. 12. i hver måned (lønningsdag) gir meg glede og gjøre meg litt sur og (sier han med et smil om munnen).”

”Jeg trives, jeg liker å hjelpe pasienter som trenger det. Det er spennende og utfordrende å drive pre og post operativt. Føler at man får noe ut av det og ser at pasientene kommer seg hjem. Arbeidsmiljøet! Spiller inn. Nå er jeg så ny her at alt er spennende. Det er ikke minst internundervisning.”

”Utbyttet man har av pasienten, at man kan stille og alt man kan få tilbake fra pasienten. At man kan se en pasient bli frisk og dra hjem. Det er viktig å se at noen drar hjem. Samværet med mennesker er viktig i jobben – både pasienter og ansatte. I arbeid med kreftsyke som er dødssyke – er det fint å få lov til å gjøre det best mulig. Studenten sier: det kan være vanskelig i møte med dem

som er mest syke – ikke bevisst. Sykepleier: man skal alltid stelle som man selv skulle ønske å pleies. Den gylne regel sier: vær mot andre som man vil at andre skal være mot deg.”

### *Samarbeidsforholdene*

”Det at jeg kan prate med mange, har kontakt med ansatte, leger, pasienter betyr mye. Alle henvender seg jo hit, og jeg ordner dagen stort sett selv. Hovedoppgavene er å møte nye pasienter nede, ta de opp hit, snakke med de. Det er en selvstendig jobb. Avdelingsleder tar vaktlister, jeg hjelper henne når hun ikke har tid. Ved sykdom; må vi finne ut av det og må klare oss med det som er, hvis det ringes samme dag. Når noen ringes dagen før og varsler at de ikke kan komme, prøver vi å få tak i vikar.”

”Jobbe med pasienter. Det er interessant å jobbe med andre faggrupper, se fremgang. Her er det også godt samarbeid med leger, ikke ovenfra og ned holdning.”

”Kollegene og samarbeidet betyr mye, de hjelper til å lette spenninger. Jeg er mest glad for å være med pasientene, papirarbeidet har jeg mindre sans for.”

”Folkene man jobber sammen med, og når koordineringen funker. (uttalelsene gjelder for 3 stk.)”

”Det sosiale på jobben. Mange ulike pasienter. Lettere her enn tidligere steder – har jobbet på sykehjem. Arbeidsmiljøet er mer til å leve med. (uttalelsene gjelder for 3 stk.)”

”Kontakt og støtte fra kolleger gir arbeidsglede. Det innebærer at en jobber sammen i team og får støtte og trivsel fra de andre.”

”Det sosiale, når pasienten er fornøyd. Her stilles mange alvorlige diagnoser, særlig kreft, derfor får mange vanskelige budskap. MEN, det er kjekt at legene her er så langt fremme, de siste behandlingsformene er stort sett tilgjengelig her. Sjefen vår brakte trippelkur for mavesår til Norge. Merker dette ved pasientene som er utredet før – mange ganger – de får satt sammen puslespillet her. ’Endelig!’ fikk de et svar, det betyr mye og det ser personalet.”

”Det er et friere system her enn der jeg jobbet før.”

”Jeg liker å ha nok å gjøre, men ikke for mye. Må være et forsvarlig tempo – slik at det blir tid til å tenke gjennom det man

har gjør og slik at en ikke glemmer viktige ting som medisinerer.”

”Godt arbeidsmiljø. Positivt at det er en del utflytting av eldre spesialister. Unge entusiaster slipper til. Blir bedre miljø når man ’slipper’ de eldre ’småkongene’. De eldre spesialistene flytter til bedre betalte jobber på Østlandet. Det virker positivt inn på miljøet. Mer engasjement blant de unge.”

#### *Å være kreativ, gi det lille ekstra*

”Pasientkontakten, jobbe direkte med dem. Mange ulike pasienter, variasjon, være kreativ/oppfinnsomhet.”

”Hvis jeg ikke har for mange pasienter som jeg kan bruke hele tiden min på – gjøre noe ekstra for dem. At det ikke blir som i dag at jeg må løpe frem og tilbake uten det lille ekstra.”

”Vi kommer inn på mennesker på en unik måte. Har mer tid til å være til støtte på natta.”

”Kontakten med pasientene. Dagene hvor man har tid til å prate med pasientene – være medmenneske. Treffer utrolig mye spennende mennesker bare en har nøkkelen til å låse opp døra.”

”Jeg kjenner arbeidsglede når jeg greier å hjelpe pasientene til å få det bedre og sitter igjen med god opplevelse av å ha vært der for ham eller henne.”

#### *Faglige utfordringer*

”Faglige utfordringer, møte med pasientene, kolleger/samhold, gøy å være på jobb, latter, mye humor, får lov å utvikle seg, sette i gang prosjekter, blir satt til å gjøre oppgaver.”

”Takknemmeligheten preger pasientene her, pasientene blir friske på denne avdelingen. De får en relativt kort behandling, så blir de bra – generelt sett. Det er også et bra sosialt miljø. Jeg er godt inne i et telemedisinprosjekt. Det er faglig spennende med en del nye teknologiske innretninger.”

”Faglig så er dette arbeidet allsidig. Det gir bred erfaring og det er dessuten mye ”action”. Det er bra så lenge en orker. Det er faktisk mest det faglige som gir arbeidsglede.”

#### *Variasjon*

”Variasjon, kontakt med mennesker.”



”Aldri en lik vakt. Masse forskjellige folk. Ser at folk blir frisk. Føler mange ganger at jeg har gjort en god jobb.”

”Variasjon og nærheten til pasientene, når du føler at du har god kontakt med dem og jobber godt med alle.”

*Andre uttalelser om arbeidsglede:*

- Å kunne gå til jobben. Å ha en jobb! Trives her.

**Er det sider ved arbeidet og/eller arbeidsplassen som den ansatte er mindre tilfreds med?**

Svarene er mer varierte, men noe av det som går igjen er tempoet og travelhet, liten tid til pasientkontakt og omsorg, samt fysiske forhold og mangler.

*Hvordan er tempoet i arbeidet?*

Ved et flertall av sykehusene er det en overvekt av de som mener at tempoet stort sett er høyt. Den nest største gruppen sykehus har overvekt av ansatte som mener at tempoet er varierende, mens det er ved ett sykehus vi finner ansatte som svarer at det er mer jevnt, ikke for hektisk. Ellers ligger omtrent samtlige svar på at det enten er varierende tempo, eller stort sett høyt.

**Når det er varierende:**

- Tirsdag var det altfor hektisk, i dag har vi hatt god tid. To dager er ofte veldig forskjellig. En pasient kan gjøre det store utslaget.
- Det varierer fra vakt til vakt. Natt kan være like travel.

**Når tempoet er stort sett høyt:**

”Det er vanskelig å tidfeste når det er travlest, det varierer. Lørdag, søndag kan være travel pga. mindre bemanning enn ellers – vanskelig å få tak i personale ved akutt behov. Tempoet – det kommer an på hvilken side man er på, hvilke pasienter og til hvilket tidspunkt. Tempoet er ofte høyt på natta. To personer skal gjøre det samme som de andre på dagen. På dagen er det ut- og innskriving, om kvelden kan det være akutt. Nå i disse dager er det høyere tempo pga. været, glatt is, brudd.”

- Er tempoet for høyt, da vet man ikke hvilken ende man skal begynne i... .

**Når tempoet er bra:**

Ved ett sykehus sier de fleste at tempoet er jevnt, ikke for hektisk, en respondent svarer allikevel at det varierer.

### *Bemannings*

”(...)Skulle ønske man var 2 sykepleiere i helger og kvelder, da er det ofte veldig hektisk – ”flyr som piska skinn”. Har en nattsykepleier som går på flere poster, det hjelper.”

- For travelt – får ikke gjort ting slik en vet at det bør gjøres. Folk må beordres ut på tidspunkt når folk er slitne. For tungt.
- Når det blir for masete rundt meg, for lite folk på jobben, du løper fra en stue til den andre uten å gjøre noe helt!
- At en må lete etter ekstravakter.
- For liten tid til å gå i dybden ute i posten.
- Høyt tempo, går utover pasientene, når det er få sykepleiere på vakt på gruppa – stor belastning.
- Fysisk. Periodisk stor belastning der, men må prioritere. Det å gå hjem fra jobben å måtte skyfle vekk det psykiske – samtalene – det er ingen god følelse. Dette er i perioder.

### *Arbeidstiden/turnus*

”Nattevakter i grunnturnus. Mye møteaktivitet (sløsing av tid, mister tid med pasientene). Mye prosjekter på gang, mye å holde styr på. Får ikke satt seg grundig inn i ting, evaluert ting før det er noe nytt. Ex: psykososialt arbeidsmiljøprosjekt – ser ikke resultater. Forsvinner i det blå!”

- Turnus er jo ett ”hærk” (latter), men vi har jo valgt det selv. Kunne ønske litt mer kurs, og at det ikke ble tenkt så mye på økonomi.
- Ubekvem arbeidstid. Til tider tungt fysisk, tar seg lite tid til å vente på hjelp fra kollega. Mye trist – elendighet, tar det med hjem. Lønna!
- Å ta nattevakter er slitsomt – ellers lite.

### *Samarbeidsproblemer*

”Ikke på posten, men på huset. Folk sitter på hver sin tue. Mangel på å se på helheten. Savner større forståelse for hverandres hverdag. Spesialavdelinger jobber på en annen måte.”

”Mer eller mindre gnisninger mellom ledelsen om uenigheter og lignende, men har hatt møter, åpen kontakt, gått til dem det gjelder for å prøve å få løst problemene.”

### *Fysiske arbeidsmiljøforhold*

”Jeg godtar egentlig det vi har. Skal bygges nytt, dette vil bli en øy med avdelinger rundt. Blir en helt annen struktur, mer oppgaver til posten enn det som er i dag. Da flytter vi over til helt nye sengeposter. Håper å starte i november. Ca. 2 år bygging. De graver på teknisk. Blir samme område, bare utover. (Ble dere tatt med på råd?) Alle har vært med, lege, sykepleiere, hjelpepleiere, renhold, har vært med. Men det står litt på penger, tror jeg...om vi får det til. Tegningene henger i kjelleren, og vi blir godt informert om fremdrift.”

- Vi er 3 grupper på 2 vaktrom. En gruppe på 20 (rom med sofa og TV) som ikke har PC, de må inn hit, og det kan bli forstyrrende.
- Dårlig luft på vaktrommet, tung luft spesielt om vinteren, fying, dårlig ventilasjon, luften blir for oppbrukt.

### *Sammensatte problemer*

”Masse! Medisinsk avdeling har ikke status. Vi kan ha korridor-pasienter, men ikke kirurgisk. ”hvor som helst-pasienter” kommer hit, aldri kirurgi. De har så mye mer makt. Tungt med alle som ligger og tar opp rom. Savner flere enerom. Har bare 4. for få for dagens Med. – isolat av utenlandsfarere osv.”

”Det skulle ha vært en personalkantine oppe og tilgjengelig. Kun man.-fre. 10.00-13.30. Det skulle ha funnets røykerom for pasienter, et ventilert røykerom. Tenk deg en med brudd som går ut i hagen vår og røyker – nytt brudd. Vi må følge dem ut. Røyken er først og fremst sosial faktor for pasientene. Trøst for ensomme.”

”Jeg er sinnsykt forbanna på lønna. Jeg har ikke smusstillegg – irriterer meg noe. Jeg rydder alt mulig skit og lignende. Portører og vaskehjelp får det, men ikke jeg som pakker alt dette for dem. Forbundet er dårlig, derfor er jeg ikke medlem.”

- Nedleggelsestrusselen sliter noen og skaper dårlig stemning.
- Alle medisiner skulle ha vært i alfabetisk ordning i stedet for kategorier. Kategoriene etter ulike lidelser.
- 3-skift – håper aldri kommer tilbake. For stort på her på sykehuset, blir tungvint, parkere bil, kø, kø hente tøy, kø i heisen. Avdelingen blir det eneste stedet du kjenner.
- Fysiske avstander, går langt i løpet av dagen. - Så tjener man jo dårlig.

### *Arbeidsoppgavene*

”I blant får man bare gjort det med stellet, men får ikke gjort noe med psyken. Ingen teknisk mulighet pga. visitt, sengestell, medisinerings,. Når jeg går hjem føler jeg meg elendig. Nattskift – stress med mange pasienter. Vondt å se pasienter som kunne trenge prat/omsorg, men som det ikke blir tid til. Pasientene er engstelige, redde for framtiden, de har det vondt. De kan ringe hele natta – man har bare tid til å gå inn og slå av klokka – de kan bare ønske å ta en prat, men du har ikke tid – går igjen. Har ikke tid. Det skulle ha vært 3 tilstede på natta. En hjelpepleier som kunne ha tatt de andre oppgavene, for eksempel skyllerom, kjøkken, skift og lignende. Dette tas av sykepleierne, vrient mellom pasientjobbing. Natt er særlig tungt. Når det kaldt og glatt er det mange demente som brekker bein – urolige på natta.”

- Periodene hvor det er veldig hektisk, må som sykepleier prioritere papirarbeid og ikke pasientene.
- Vanskelig med pasienter som har diagnoser som ikke kan behandles. Å måtte avslutte behandlingen på unge folk.
- Kreftpasientene som en ikke kan hjelpe, samt for dårlig tid til hver enkelt pasient.
- Mye venting pga. manglende koordinering og folk i opplæring. Men vi må jo ha folk i opplæring.
- Lei praktiske oppgaver som kunne ha vært fordelt annerledes. Ex: kjøkken + skylling. Kunne hatt bedre utstyr.
- For eksempel skulle hatt noen som vasker senger. Hadde det der jeg jobbet før.
- Ikke lønna som holder meg her. Blir veldig hektisk i blant, blir veldig sliten. Går ut over det å få gjort en fullverdig jobb. Veldig lett å bli utbrent. Tungt å gå turnus.
- Mer bemanning, mindre hektisk, bedre senger og hjelpemidler.

### *Uro*

”Stadig utskiftning av folk, nye folk på jobb og endringer av rutiner. Nye folk tar med seg nye rutiner som vi må forholde oss til. Samme med nye leger som kommer og skifter allerede godkjente prosedyrer for avdelingen. Vi som er her over tid møter på stadig nye endringer alt ettersom hvilke rutiner folk har fra sine forrige arbeidssteder og hva de har lært på skoler.”

### 3.6 Rett person på rett plass?

I den helsepolitiske debatten er det tett mellom utsagn som dreier seg om bedre utnyttelse av kompetansen og ferdighetene til de ansatte. Et nøkkelspørsmål i sykehus og kommunehelsetjeneste er hvordan jobbene utformes i forhold til oppgavene som skal dekkes. Arbeidsdeling er et hett tema, både i form av profesjonskamp<sup>13</sup> og i form av forslag til organisering som ivaretar faglig kvalitet, som samtidig er fleksibel. Virksomheten i sykehus og kommunehelsetjeneste er sammensatt, og det kan gjøres gjeldende mange ulike syn på hvordan denne kompleksiteten skal komme til uttrykk.

Ettersom utdanningene til helseprofesjonene blir stadig mer akademisert og generalisert, understrekes det at de som kommer ut av "doktorskolen" og sykepleiehøgskolene, er avhengig av påbygging i form av praksislæring, der de får sin første stilling. I en tidligere undersøkelse<sup>14</sup> fant vi for eksempel at et stort antall sykepleiere mente at de ikke kunne gå inn i en ny jobb uten ganske omfattende opplæring. Grunnutdanningen oppleves ikke som tilstrekkelig, og dette gjelder, ikke overraskende, oftere for sykepleiere enn for kvinner i yrkesbefolkningen ellers. Mens 23 % av kvinnene i arbeidstokken sa at det tar fra under 2 uker til 3 uker å lære noen opp i deres jobb, mener bare 11 % av sykepleierne at opplæringen kan gå i løpet av denne tiden. I alt 75 % av informantene mener at innføring i jobben krever 3 måneder eller mer. Dette innebærer at viktige kunnskaper som er knyttet til utføringen av sykepleiernes arbeid, ofte krever en lokal og stillingsspesifikk "på jobben"-kvalifisering i større grad enn for gjennomsnittet av kvinnelige arbeidstakere. Hver gang sykepleiere skifter jobb påløper betydelige omkostninger i form av opplæringstid. At det ikke er realistisk å tenke seg at "et stykk" sykepleier med letthet kan erstatte en annen, får støtte av disse dataene. Samtidig må det sies at dette gjelder for nær sagt alle kunnskapsarbeidere: De har "bærbar" kompetanse og også forutsetninger for å finne den lokale passformen. Men det tar sin tid.

Arbeidsdelingen og den organisatoriske utformingen på postene utformes gjerne ut fra krav til produksjon, fra plantall basert på

---

<sup>13</sup> I vårt materiale kommer det imidlertid ikke fram særlig sterke tegn til profesjonskamp selv om enkelte utsagn og vurderinger har i seg elementer av motsetninger.

<sup>14</sup> Se Sørensen 2000: kapittel 5.

erfaringer om pasienttilgang og hvordan en best organiserer virksomheten utfra lokale forutsetninger. Ved enkelte sykehus er det mer og mindre klare ideologiske eller verdimeslige rammer som danner en slags overbygning over de konkrete løsningene.

Vi var interessert i å bidra til å belyse hvordan de ansatte oppfatter arbeidsdelingen som var gjeldende i deres enhet. Videre gir det god mening å få en presentasjon av ”rett person på rett plass”-diskusjon på bakgrunn av de faktiske oppgavene som sykepleiere og hjelpepleiere utfører. Dette avsnittet er disponert slik at vi først får en presentasjon av oppgavene, dernest en vurdering av hva/hvilke oppgaver en mener at andre eventuelt bedre kunne ivareta. Dermed får vi et inntrykk av forholdet mellom hva som oppfattes som profesjonsspesifikke oppgaver, og hva som kan betegnes som generelle oppgaver i enheten.

### Hvilke oppgaver består stillingene av?

De ansatte på pleiesiden beskriver sine arbeidsoppgaver på ulik måte. Noen er innforståtte: ”Jeg gjør alt som til faget henhører”, eller ”det er enklere å fortelle hva jeg ikke gjør”. Andre går inn på en ganske detaljert beskrivelse, og vi skal i det følgende referere og kommentere noen av disse beskrivelsene<sup>15</sup>.

#### *Sykepleiernes oppgaver*

- Sykepleieoppgavene omfatter arbeid med pasienten som er en behandlingstrengende person (kroppen og den mentale situasjonen).
- Pasientadministrative data og tilrettelegging for koordinering i forhold til eventuell viderebehandling /hjemsendelse.
- Tilrettelegging for arbeidsorganisering og kvalitetssikring av behandling, og oppfølging av beslutninger for eksempel om prøvetaking mv..
- Undervisning av nyansatte, studenter og intern veiledning og undervisning.
- Drive utviklingsarbeid, for eksempel lage nye verktøy som oppslagsbøker, elektroniske verktøy.

---

<sup>15</sup> Det er metodisk viktig å understrek at dette er beretninger om hvordan forholdene oppleves. Selv om vi har besøkt stedet og i noen grad observert arbeidet, er det altså de selvopplevde ansatte beretningene som refereres.

- Ledelse og drifting av enkelte prosjekter som pasientskole, dagklinikker, veiledning i forhold til definerte pasientgrupper.
- Arbeid med ”huslige” oppgaver som å holde det rent, hygienisk, ryddig og servering av mat
- Ivaretakeroppgaver i forhold til pårørende.

Noen vektlegger også at deres arbeid innbefatter sosial kartlegging og planlegging forut for utskiving av pasienter. Dette har stor betydning for forholdet til kommunehelsetjenesten. I samband med utskriving er samtaler med pårørende også av stor betydning.

Dokumentasjonsarbeid er en viktig del i arbeidet som må gjøres i den totale behandlingsskjeden. Det er mange papirer som skal følge med, og en rekke lover og regler som skal følges opp.

”Jeg driver med stell, medisin utdeling, mobilisering/trening av slagpasienter, informasjon til pårørende, tilrettelegging av hjemsendelse, rapportering og utvikling av pleieplan. Jeg synes det blir mye papirarbeid.”

Spennvidden i sykepleierens oppgaver kommer klart fram: Den som har ansvar for dokumentering og klargjøring av pasienter som skal utskrives til videre behandling, sier at de også har ansvar for vasking og rydding. Kompleksiteten i oppgavene blir ekstra tydelig når det sies:

”Studenter krever opplæring, sykepleieoppgavene er der hele tiden samtidig og det innebærer å dele ut medisiner, snakke med pårørende, i vareta primærpasienter, tilrettelegge for og følge opp legevisitt. Jeg er med i 2 ressursgruppeprosjekt: 1) Å utarbeide metodebok for slagpasienter, dette er et oppslagsverk og noe av dette arbeidet utføres i arbeidstiden, noe i fritiden, 2) utvikling av elektronisk pleieplan. Jeg er dessuten ressursperson innen inkontinens.”

”Inn og utskrivning av listepasienter + alt papirarbeide. (En sykepleier kommer inn) Hun kan brukes til ALT!. Det hender jeg går ut i pleien også, eller jeg tar en ekstravakt, dvs. ikke ofte, men det hender.”

Flere beskriver hvordan de engasjerer seg i pasienter som skal bli motiverte til å ta tak i livet igjen: De refererer til mye pleie, mobilisering, dvs. få pasientene ut av sengen. Hjelpen dreier seg av og

til om å bidra til å se lyst på livet. Det framgår av materialet at sykepleierne sliter med bevisstheten om at den psykososiale omsorgen kan være avgjørende for pasienten. Samtidig må de haste videre og ta seg av de mange lovpålagte oppgavene som krever skrivearbeid/dokumentasjon, og som også gjør at de må jakte på andre i fagmiljøet for å få korrekte dokumenter klargjorte. Dette siste er viktig for flyten i arbeidet og for at pasientene skal kunne skrives ut eller komme videre til rehabilitering eller tilbake til primærhelsetjenesten.

Andre informanter forteller om spesialiserte roller: Nattsykepleieren som driver nattstellet, ajourfører papirer i de mer stille stundene, klargjør medisin til neste dag, lister seg ut med lommelykt for å overvåke blodtrykk og puls, for så å finne tid til litt ryddearbeid, og operasjonssykepleieren som forholder seg til ”sovende” pasienter og er opptatt av respekten for den sovende som de skal observere klinisk, dosere medisiner, drive dokumentasjon - og gi pleie. Det fortelles om store oppgaver som å drive med kliniske sykepleieoppgaver og drive cytostatikaklinikk.

Erfaring gjør at noen kan glede seg over å sammenlikne deres nåværende, gode arbeidsmiljø med hva de har opplevd tidligere. Da vektlegges slike ting som at det er godt samarbeid mellom hjelpepleiere og sykepleiere, at det er lite konflikter og forskjeller. Det er et trygt og godt forhold med legene. Laget spiller sammen.

Noen forteller at deres sykepleieridentitet er sterkt knyttet til det å være nær pasienten, og at de derfor har vegret seg mot å gå inn i mer administrative stillinger.

#### *Hjelpepleiernes oppgaver*

En hjelpepleier sier: ”Mitt arbeid består av nærkontakt med pasienter, med pleie, stell og ekstra arbeid ved skyllerom”, hun understreker at dette ikke primært er hjelpepleiers oppgave. Hjelpepleiernes situasjon i sykehustjenesten har gjennomgått endringer de siste årene. Det har vært sett som ønskelig å heve kompetansenivået blant pleiepersonalet, og hjelpepleierstillinger er blitt omgjort til sykepleierstillinger i betydelig omfang. Fortsatt er hjelpepleierne representerte i de aller fleste enhetene som inngår i undersøkelsen. Det viser seg at de også blir høyt verdsatte av sykepleierne, og det fremkommer forslag om å ansette flere. Hva hjelper det å omnormere stillinger som ikke kan besettes av sykepleiere pga. av manglende rekruttering? Erfarne



hjelpepleiere kan utføre viktige oppgaver, og de roses for deres stabilitet. Et betydelig innslag av ekstravakter uten videre erfaring og kompetanse har enkelte steder blitt de som dekker stillinger hjelpepleiere tidligere hadde.

Hjelpepleierne selv gir uttrykk for at de synes arbeid på sykehus er interessant og lærerikt, og flere av dem vil gjerne ha en større stillingsbrøk.

Sykepleiere kan gi uttrykk for at de gjerne hadde sett flere hjelpepleiere på egen avdeling. En uttrykker seg slik:

”Jeg synes at hjelpepleierne er blitt tatt fra for mye ansvar. De har jobbet her i 20-30 år og kan ting og så kommer en ung jypling som meg og har ansvar. For eksempel sårskift og div. prosedyrer, intravenøst og lignende. Dette gjør bare vi sykepleiere nå.”

#### *Sekretærfunksjoner*

I utredningen ”Pasienten først!” fremheves betydningen av tilstrekkelige og godt tilrettelagte sekretærfunksjoner for velfungerende sykehus. En postsekretær beskriver sitt arbeid slik:

”Svare telefoner, formidle pasient informasjon, gjennomgå 4 kardexer, etter visitt bestille prøver og bestillinger av hva som har blitt bestemt, hente journaler, litt skriving, post, oppfølge/bestille kontorutstyr.”

Postsekretæren utfører meget viktige oppgaver, for gjennom ivaretagelse av alt fra skrivearbeid til logistikkfunksjoner, representerer sekretæren en viktig betingelse for at leger, sykepleiere og hjelpepleiere kan ivareta sine oppgaver. Som vi skal se, er det også et utbredt ønske om å bygge ut sekretærtjenesten.

#### **Oppgavefordeling**

Enhetene ivaretar behandlings- og pleieoppgaver overfor ulike pasientgrupper. De tilhører også sykehus som kan ha relativt ulik indre, organisatorisk struktur. Lokale avdelingsledere kan fremme spesielle organisasjons- og ledelsesperspektiver. Arbeidsdelingen er med andre ord påvirket av flere forhold. De ansatte kommer i utgangspunktet til avdelingen og ansatte med bakgrunn i en spesifikk kompetanse, ikke alle har lov til å utføre enhver oppgave. Helseprofesjonelle må ha autorisasjon fra samfunnet – gjennom sin utdanning – for å kunne ivareta definerte oppgaver. Dermed er det en rekke oppgaver

som man nok kan veksle på å utføre innen yrkesgruppen, men ikke mellom yrkesgruppene. Andre oppgaver kan åpenbart utføres av alle, men samtidig vil dette ikke bli oppfattet som rasjonelt siden det er knapphet på visse typer nødvendig kompetanse. Det ble stilt en rekke spørsmål omkring oppgavefordeling mellom de ansatte på avdelingen. Disse spørsmålene ble formulert slik at den ansatte kunne svare med å gi konkrete eksempler:

- Er det noen oppgaver du i dag utfører som du mener at andre personalgrupper burde ivaretatt?
- Er det noen oppgaver som andre personalgrupper ivaretar i dag som du mener at din yrkesgruppe burde ivareta?
- Slik du ser det, er det riktig å si at det er ”rett person på rett plass” i avdelingen i dag?

Svarene som ble gitt er kanskje ikke så overraskende:

Tabell 3.2 Oppgavefordeling

SPØRSMÅL	JA	NEI	VET IKKE/ UBESVART
Er det oppgaver du i dag utfører som andre personalgrupper burde ivaretatt?	37 %	63 %	-
Er det oppgaver andre personalgrupper ivaretar som din yrkesgruppe burde ivareta?	30 %	53 %	17 %
Er det ”rett person på rett plass” i avdelingen i dag?	81 %	13 %	6 %

Svarfordelingen over viser flere interessante trekk. For det første bekreftes det som kommer fram i intervjuene om at de ansatte i betydelig grad reflekterer over ønskelige endringer i arbeidsorganisasjonen. Dette bør man lytte til fordi det er praksisbaserte vurderinger. Samtidig forteller resultatene at det er et betydelig potensiale for utviklingsarbeid når man tar utgangspunkt i dette viktige erfaringsmaterialet. I motsatt fall kjenner de ansatte seg overhørt, og resultatet blir en oppgitt reaksjon. Feltarbeid i ett av sykehusene ga data som viste hvor stort engasjement de ansatte utviser når de får anledning til å medvirke til å teste ut sine antakelser om effekten av å gjøre tillempinger av nye rutiner og utvikle arenaer for dialog på tvers av faggrupper.

De ansatte skiller mellom oppgavefordeling og den konkrete personbesetningen i egen enhet, dvs. flere har ønsker om strukturendringer enn vurderinger av at personene ikke passer inn i oppgavene.

Det er et flertall som gir tilslutning til status quo selv om en betydelig andel både mener at andre bedre kan ivareta deler av deres oppgaver i dag, og også at de/deres yrkesgruppe burde ha ansvar for oppgaver som nå utføres av andre. Det tredje spørsmålet om det er rett person på rett plass, summerer seg opp til at de fleste faktisk deler denne oppfatningen. Vi skal nå se på en del av de utdypinger som ble gitt som svar på spørsmålene.

### Oppgaver som andre kan ivareta

Eksemplene på svar som ble gitt, tyder på at det er flere oppgaver som i dag utføres av sykepleiere som de samme sykepleierne mener at andre burde eller kunne utføre. Noen peker på en bestemt funksjon og indikerer også hvem de mener kunne utføre oppgavene. Andre nevner flere funksjoner og mulige oppgaveløsere. Dette dreier seg konkret om:

- 1) merkantile oppgaver
- 2) mer administrative oppgaver
- 3) funksjonstrening
- 4) rengjøring/søppeltømming/rydding
- 5) rutiner i forhold til laboratoriesvar

#### *Administrative/merkantile oppgaver*

”Ja: Mye administrativt kunne vært ivarettatt av en sosionom og lignende. Skulle hatt en ”racer” på å tilrettelegge for overføring av folk inn i primærhelsetjenesten/kommunehelsetjenesten, dvs. for eksempel over hjemmetjenester ol.”

”Ja: Litt dårlig tverrfaglig på noen områder, rutiner, mellom lege, sykepleier pga. stor turnover. Blodprøver som jeg tar og sjekker ut er legeansvar, men manglende rutiner/prosedyrer hindrer det. Må oversette for legene (utenlandske) og mellom legene. Ikke min oppgave. Jeg blir som en sekretær for legene.”

- Ja: papirarbeid/kardex, skrive rapport og lignende kunne ha vært gjort mer av hjelpepleiere (noen gjør det også, noen skygger unna, tør ikke, redd for å skrive feil o.l).

- Ja: skrive arbeidsbok, ekstra vakter. Ringe etter vakter, fraværslister, timelister (desentralisering av administrativt arbeid).

#### *Funksjonstrening/rehabilitering*

- Ja: trening av slagpasienter - hjelpepleierne kunne ha gjort mer av det. Kontor kunne ha hatt større stillingsbrøk.
- Ja: fysioterapi. Vi kunne hatt flere fysioterapeuter. Eventuelt blir det også litt mye vasking på oss som det er i dag.

#### *Rengjøring/rydding*

Flere nevner at rengjøring og rydding bedre kunne ivaretas av andre enn pleiepersonalet.

”Ja: Andre kunne overta oppgaven med å vaske ut etter pasienter, for eksempel en servicemedarbeider. Kjøkken, skyllerom og rydding burde vært utført av annet personale. Ofte går de til pleieassistenter og hjelpepleiere.”

”Ja: Rengjøringspersonalet kunne hatt flere oppgaver i avdelingen. De vasker bare gulv – de kunne tørket støv, tømme søppel, kjøring av skittentøy, vasking av senger, vasking av skap og lager. Denne tiden kunne ha vært brukt til pasientkontakt i stedet.”

”Ja: Vaske senger, re senger, løpe med søppel, skyllerom, hente vask. Når det ikke finnes nok sykepleiere, så er vi for godt kvalifisert. Bortkastet ressursbruk. Skulle vært brukt til pasientkontakt. Men jeg forstår at man kan få en helhetsfølelse av å utføre alle mulige jobber på avdelingen.”

”Nei: Det er vel sikkert noe, men de andre har som regel mer enn nok å gjøre, så det er greit. Her hjelper man hverandre, er litt fleksibel og det er positivt!”

”Nei: Sykepleierne gjorde dette jeg gjør før, så denne nye stillingen er å for å avlaste. De sier det er en lettelse at jeg er her. Variere på pasientmengden hva som bør gjøres, har de lite å gjøre så har jeg også det, det følger avdelingen. Vaktlister går på økonomi, så det må avdelingsleder ta (når det skal bys over).”

- Nei: Vil heller ha én ekstra sykepleier enn for eksempel én kontorhjelp, kjøkkenhjelp eller liknende, men er litt usikker på dette for telefonene ringer jo i ett sett.
- Greit som det er fordi vi alle er en del av dette. Å dele ut mat er en viktig oppgave, man får kontakt med pasientene.

## Oppgaver som vår gruppe kunne ha ivaretatt

Hjelpepleierne mener at de er fratatt oppgaver som de gjerne ville utføre. Noen mener at de bør ivareta ”alt” fordi det innebærer pasientkontakt, men som vi ser er det flere som ønsker en avlastning i forhold til skrivearbeid og renhold.

”Mye av det vi ble fratatt er overført til sykepleierne. Men, mye går jo på person; hva de synes. Man må jo følge regelverket og derfor blir jeg heller ikke så veldig frustrert når det først er slik.”

- Jeg synes at jeg som hjelpepleier kunne ha gjort masse av det sykepleierne gjør. Blir sint pga. ulikheter.
- Ja, dette jobber vi med i forhold til den tiden jeg har. Hvis utvidet stillingsbrøk, kan jeg ta mer papiroppgaver.
- Mer ansvar for enkel medisinerings. Har egentlig ganske frie tøyler her allerede.

## Rett person på rett plass?

Det tredje spørsmålet om det er rett person på rett plass, summerer seg opp til at de fleste faktisk deler denne oppfatningen. Det er noen (nær en femtedel) som mener at det i dag ikke er rett person på rett plass.

”Kontorpersonalet kunne kanskje blitt benyttet mer, la helsepersoner ta pasienter og helse. Avlaste sykepleierne mer med administrative oppgaver vil gi mer tid for pasienter, pluss at min gruppe får mer varierte oppgaver. Det kan kanskje bli litt kniving å skulle gi fra seg oppgaver, det vil jeg tro, for man liker jo ikke å bli fratatt noe uten å få noe tilbake...”

”Nærmeste overordnede er kvalifisert i ett fagområde, men har ikke tilsvarende kompetanse på et annet område. Jeg har derfor ikke en ’adresse’ til fagsamtale. Noen blir ”utbrent”, og de burde skiftes.”

- Jeg er feil person i feil yrke – skal videre (nyutdannet sykepleier).
- Alle burde fått litt variasjon, flytte litt rundt på seg. Lett å bli blinde på sine egne ting/avdeling. Godt å se nye ting/erfaringer.
- Ønsker litt bedre lederfunksjoner, men det har blitt bedre etter hvert.

- Ja – enighet faglig, men ikke på personnivå. Mye tid på opplæring, også for folk som finner ut etter hvert at de ikke passer inn.
- Delt ja, noen jeg jobber med som gjør en del ting ikke jeg ville gjort slik.
- Ja, stort sett, men kunne vært bedre. Spesielt på opplæring.
- Enkelte som ikke er helt kompetente til den jobben.

### 3.7 Perspektiver på egen fremtidig yrkesutvikling

Det kan virke som om gleden ved å rekruttere sykepleiere og hjelpepleiere er stor. Men hva skjer så? Kanskje håper personalansvarlige at arbeidet skal være så interessant, opplæringstiltakene så givende og det sosiale miljøet virke så godt at den nyankomne slår seg til ro. Men ”alle” vet at en viss andel av de nyansatte bare blir for en kortere tid, riktignok blir noen lengre og andre riktig lenge. Hva tenker sykepleiene selv? Dette er naturligvis avhengig av mange forhold. Noen er nyutdannet og har ingen klare planer for framtiden, andre har slått seg til ro der de er iallfall foreløpig. Men noen vet ganske presist hva de neste årene vil bringe, de har planer:

#### *Med klare planer*

- Jeg tar videreutdanning på siden, NK1
- Studere medisin og spesialisere meg i anestesi, jeg vil ha nye utfordringer og lære mer. Egentlig er jeg ”karriererytter”.
- Jeg har tenkt til å ta videreutdanning for å bli jordmor.
- Har lyst til å dra til Bergen og gastroavdelingen ved Haukeland, som er den beste. Planen er å lære mer om kreftpasienter og videreutdanne seg inne kreftsykepleie.
- Jeg skal ta videreutdanning, jeg vil være tryggere i jobben – mer sikker faglig. Sannsynligvis velger jeg ett annet sted – nærmere hjemstedet.

#### *Veier flere muligheter*

”Vel, jeg er litt i tvil om jeg burde prøve noe annet; ikke videreutdanning, men prøve en annen avdeling/lære noe nytt, større bredde, variasjon. Kanskje kirurgisk, men hører det er så hektisk der at jeg vet ikke om jeg tør.”

”Mitt ønske er å utvikle meg på mellommenneskelige ting, bli flinkere på å se pasienten. Jeg vil også bli mer effektiv og holde

meg oppdatert. Kanskje jeg skulle prøve å jobbe i ett annet område innenfor sykepleie?”

#### *Gjerne litt mer kurs*

- Jeg kunne tenke meg litt kurs
- Ser for meg litt mer på datasiden
- Få delta på kurs og videreutvikling av helsesekretæren, når det er mulighet for det.
- Litt kurs, men i hva? Generelt det jeg driver med? (begynt med sykepleiedokumentasjon).
- Avdelingsleder er flink med å gi oss kurs osv. – Har ikke konkrete planer.
- Jeg kommer til å jobbe her til jeg får noe annet, det vil si til jeg tar/får noen nye kurs. Kommer ikke til å bli her til jeg blir utslitt.

#### *Her er en bra plass og utfordringer nok*

”Regner med å bli her. Utfordringer nok her på avdelingen, selv om det kan være tøft fysisk, mye gåing/tråkking. Har kjøpt nye sandaler med ekstra såle som har vært svært nyttig. Før det hadde jeg påbegynnende smerter i knær og hofter.”

”Det er ikke så mange tilbud for hjelpepleiere, skulle gjerne ha prøvet at hodet virker. Men, nå finnes det interne muligheter, men synes ikke det er min tur, jeg har reist mye i en spesiell foreningen (for en spesiell pasientgruppe). Jeg tør reise og har skaffet meg mye kunnskap gjennom det.”

”Vet ikke riktig. Skal egentlig tilbake til en annen avdeling, men usikker om jeg har lyst pga. det er så stressende der. Mange har sluttet. Kan søke om å bli på her, men er avhengig av om det blir ledig. Jeg er på utkikk etter en litt roligere avdeling.”

”Ønske om å bli på dette sykehuset. Har ikke planlagt noe spesielt. Ingen ønske om å bli leder. Men moro å være med i ressursgrupper for å gjøre avdelingen bedre. Vil bli dyktigere på det jeg jobber med.”

”Håper på videreutdanning, ikke helt bestemt, men kanskje anestesi er et alternativ? Jeg vil egentlig slippe turnus og jobbe mer forebyggende. Jeg ønsker mer utfordring i avdelingen, mer ansvar som for eksempel egen oppvåkning på posten.”

- Hadde lyst på onkologi, men ikke nå. Det er bra her, men jeg kunne ønske meg bare dagjobb.
- Har vært det samme så lenge, ikke spesielle ambisjoner. Kommer små endringer hele tiden. Jevnlig internundervisning, – godt undervisningsopplegg!
- Kan styre ganske mye selv. Har etterutdanningsmuligheter. Har ganske rommelig budsjett for kurs m.m. Men, ikke satt av tid til kurs i særlig grad.

#### *Når alderen setter inn*

- Kurs på radiumhospitalet som omhandler kreft, men for sent pga. min alder (er 57 år). Skal gå av med pensjon om 5 år.
- Ingen planer, tar en dag om gangen, håper jeg holder.
- 4 år igjen før jeg kan gå av med pensjon. Jeg kan tenke meg å lære nye hjelpemidler i jobbtida, men ikke i fritiden.
- Det blir vel ikke så mye forandring framover.

Vi har sett at det er en gruppe som har ganske avklarte planer for egen faglig utvikling, og for dem betyr faglig utvikling mer utdanning og utdanning som vi gi dem en spesialisering eller endog et nytt yrke. Andre er like klare på at de ønsker seg muligheter til å vokse i jobben der de er. Denne gruppen er åpenbart meget sentral å komme i møte, ved å legge til rette for at de skal kunne oppleve at det er mulig å ta kurs eller kombinere kurs og videreutvikling med stabilitet i avdelingen eller på sykehuset. Men blir de møtt i sine ønsker, eller forblir disse ønskene noe man kanskje i høyden lufter på vaktrommet eller under en spisepause, og ikke noe avdelingsleder eller sykehusets personal- eller opplæringsledelse behøver å forholde seg til?

De fleste informantene svarer at det er et fåtall i sykepleier- og hjelpepleiergruppen som studerer eller tar videreutdanning ved universiteter eller høgskoler.

### 3.8 Oppsummering

Det er ikke tilfeldig at arbeidsmiljøloven legger ansvar for arbeidsmiljøarbeidet hos eier, men samtidig pålegger de ansatte å medvirke til utviklingen av et godt og trygt miljø. Når tredjepart, her pasienten, er en del av miljøet, blir det ikke mulig å overse nødvendige behov for forandring. Når arbeidet er relasjonelt, er det særlig vanskelig å skille



mellom pasientens og behandlerens/pleierens miljø. De ansatte kan ivareta sin del av denne prosessen ved å melde sine erfaringer om organiseringen av arbeidet, hvordan det fysiske og organisatoriske miljøet virker inn på muligheten til å løse oppgaver personlig og i teamet som en er en del av. Ansatte blir ikke så sjelden inviterte til å si noe om hvordan de ser på ting, men motivasjonen kan komme i klem fordi det varierer sterkt hvordan slike meldinger mottas og følges opp. Som vi skal se senere, blir det gjerne en allianse ved sykesengen mellom pasienten som ”ser” og den ansatte som har sett det lenge. Ikke sjelden gir pasienter uttrykk for sine opplevelser i skarpe ordelag.

Ansatte som arbeider i sykehus der meldingene ikke når fram, eller iallfall ikke blir tillagt vekt slik at de fører til utbedringer, trekker personlige konklusjoner. Der verne- og miljøarbeidet ikke oppleves som tilstrekkelig fra virksomhetens side, må den ansatte verne seg selv, først og fremst ser det ut til at det skjer ved at en del velger å redusere stillingsbrøken.

## 4

## Oversykepleiers vurderinger

Oversykepleier har tradisjonelt hatt en nøkkelrolle i sykehuset: Oversykepleier har hatt en strategisk oversikt oppover til toppledelsen, som hun/han i noen sykehus også har vært en del av. Samtidig har oversykepleier hatt en mulighet til å holde kontakt nedover i systemet, i mange tilfelle har hun vært relativt nær driften. Oversykepleier og overlege har utgjort et lederteam.

Strukturelt sett er oversykepleierrollen nå i ferd med å få et annet innhold i og med at det innføres endelt ledelse. Da kan en funksjon tilsvarende oversykepleier bli representert i lederteamet, som lederen skal ha knyttet til seg. Dermed er rollen i støpeskjeen, noe som avspeiler seg som en viss usikkerhet omkring oversykepleierrollens framtidige utforming.

Ved større sykehus finner vi eksempler på enheter som er organisert slik at det ikke er lett å få innsikt i hverandres drift. På det økonomiske området kan en få vite om det er behov for sparing eller kutt. Når det gjelder innsikt i organisatoriske spørsmål, ser man at ved sykehus som har et "forankret" preg, dvs. at en bruker tid og krefter på fremme et felles fokus for organisasjonens utvikling, har oversykepleierne (og også verneombud og personalet) god oversikt.

I de små og mindre sykehusene er det lettere å holde oversikt, og å holde møter mellom ledere på ulike nivåer. "Jeg er heldig. Det er små forhold, så jeg kan være ute i avdelingen hver dag!", sier en av oversykepleierne ved et lite sykehus.

Det slående er at oversykepleiere i vårt materiale på mange måter gir inntrykk av å være noe preget av alle begrepene og ordene som har gått igjen i retorikken omkring endringer i helsesektoren. Noen ganger kan oversykepleier høres ut som en offentlig innstilling, der hun/han snakker med termer som vi kjenner igjen fra den offentlige debatten om helsesektoren. Oversykepleier viser at sykehuset henger med og har de riktige verdiene. Det forekommer også at oversykepleier unnskylder seg fordi de "riktige" tingene ikke er på plass ...ennå.

Oversykepleierne ble spurt om temaer som kanskje også innbød til slike formuleringer?

Det mest konkrete som oversykepleierne peker på, er viktigheten av et samlet perspektiv, dvs. å se rekruttering, lønn, ansiennitet og kompetanse i sammenheng. Oversykepleierne snakker for eksempel om arbeidet med å etablere en klinisk stige, og de har andre konkrete eksempler å komme med som svar på spørsmålene våre.

To av de minste sykehusene har over flere år levd med trussel om nedleggelse. Dette kommer tydelig fram i de ansattes refleksjoner. Det gjør naturligvis situasjonen til sykepleielederne spesielt presset; de skal være i full virksomhet, delta i arbeidet for å redde sykehuset og holde fokus på framtiden. Ved ett av sykehusene har en to ganger i løpet av 2000 fått nedleggelsestrusler, og de har måttet rettferdiggjøre sin virksomhet overfor politikere. Som en informant uttrykker det:

”Vi, spesielt én avdeling, har for lange liggetider og for dårlig inntjening. Men nedlegger man denne enheten har dette store konsekvenser for resten av sykehuset, for røntgen, for leger som kommer til å slutte og som også betjener andre avdelinger m.v. Disse truslene har skapt depresjoner og sinne. Sykehusdirektøren har jobbet bra for sykehuset, men har lagt inn årene med tanke på å beholde sykehusets innretning slik den er i dag.”

#### 4.1 Er det noen samlende filosofi som preger sykepleietjenesten på sykehuset?

Noen oversykepleiere klarer ikke å forholde seg til spørsmålet, men gir en redegjørelse for hvorfor de er kommet i den situasjonen de faktisk befinner seg i.

”Jeg er ikke så flink med filosofi, men jeg mener at det handler om samhold mellom sykepleierne. Fellesskap, læring og utvikling er avgjørende. Kontinuerlig opplevelse av å være i utvikling gjør sykepleiere tilfredse.”

En del av oversykepleierne forteller at det pågår arbeid i deres sykehus for å avklare tenkegrunnlag og verdier i sykepleietjenesten.

Én oversykepleier ved et stort sykehus uttrykker seg slik:

”Avdelingen har ingen enhetlig filosofi. Men en gruppe jobber med å utarbeide verdigrunlaget for sykepleietjenesten ved

sykehuset. Men avdelingen jeg leder er litt 'på siden' i forhold til andre avdelinger. Jeg deltar selv i en gruppe med andre oversykepleiere hvor sykepleiefilosofi diskuteres. Ellers inngår jeg også i ett nettverk rundt telemedisin hvor det diskuteres sykepleieetiske spørsmål.”

En oversykepleier ved et middels stort sykehus svarer:

”Godt spørsmål! Vi jobber med det og prøver å få en mer helhetlig tanke rundt sykepleietjenesten i sykehuset. Her har vi jo Sykepleierrådet – vi prøver å få det mer slagkraftig.

Målet er klart nok: Vi vil ha høy kvalitet på tjenesten og medarbeidere som har et faglig ståsted. Sykepleierne skal ha en tyngde i sin sykepleieidentitet.

Men vi må ikke falle i samme grøft som lærerne som bare klager. Vi må jobbe for saker. NSF gjort en for dårlig jobb.”

Ved et mindre sykehus uttaler oversykepleier seg slik:

”Grunntanken går på kvalitet, pasienten først, kontinuitet. Vi har en målsetting som går på dette. Når det gjelder praksis, er det sykepleiedokumentasjon, stillingsbeskrivelser, og prosedyrer for å kvalitetssikre sykepleien, samarbeid med kommunene om å sikre behandlingsskjeden (gjennom samarbeidsavtaler) og introduksjon av nye ansatte.

For meg er rekruttering et hovedarbeidsområde. Det er vanskelig og viktig i helsetjenesten. Jeg ser søkeren an: passer avdelingen, og i så fall hvilken? Jeg er opptatt av å gi henne selvtilit. Dette jobber jeg mye med.”

Ved et annet sykehus starter informanten<sup>16</sup> med å si at hun ikke er helt sikker på hvordan hun skal tolke vårt spørsmål om filosofi. Så velger hun å ta utgangspunkt i det de har formulert om ledelsen ved sykehuset. Det er utarbeidet ett eget hefte som er laget om målene for sykehuset.

Det er to hovedmål som de jobber ut i fra:

- De skal gi ett helhetlig tilbud med pasienten i fokus.

---

<sup>16</sup> I dette tilfelle sjefssykepleier pga. oversykepleiers fravær.

- Pasientene skal ha ansvar for egen livssituasjon og delta aktivt i behandlingen.

Hun sier at mange nok kan oppleve disse målene som floskler og store ord, men hun understreker at det er de ikke. Målene konkretiseres nedover i delmålene, og blir således mer håndfaste for den enkelte arbeidstaker. Begge hovedmålene skal ivaretas av alle lederne på alle nivå i sykehuset.

Som en kommentar til det første hovedmålet, sier informanten at det er viktig med tverrfaglig jobbing. Informasjons- og kommunikasjons-situasjonen er viktig. I tillegg skal det tilrettelegges for forskning. Vedrørende hovedmål 2, at det er viktig med god informasjon til pasienter og pårørende, at det er viktig at pasientene har ansvar for egen livssituasjon: ”Pasienten skal ha det!” (sier informanten med ettertrykk). Begge hovedmålene vektlegger informasjon i forhold til flerspråklighet, dvs. at de ivaretar pasienter med ett annet morsmål enn norsk.

Sykepleiertjenesten er en del av helheten i sykehuset, men den har også sin sykepleiefaglige profil å ivareta. De overordnede målene uttrykkes spesifikt for denne tjenesten.

”Det aller viktigste er å vektlegge åpenhet og respekt i møte med pasienten – og omsorg og tilstedeværelse i forhold til pasienten og pårørende. Det er fire ord som er viktig som uttrykker det vi vektlegger på sykehuset for sykepleiertjenesten:

- respekt
- ansvar
- samarbeid
- trygghet

Disse danner til sammen verdigrunnet til sykepleiertjenesten, og under dette kommer delmålene.”

Arbeidet med målene har pågått over lengre tid. Her er det vært mange grupper i sykepleiertjenesten som har sett på mål og verdi-grunnlag. Jobben er nå ferdiggjort, og meningen er at det skal utarbeides en folder som alle skal ha i lomma (den kommer snart). Folderen har altså utgangspunkt i målstrukturen til sykehuset (jmf. 1 og 2)

Ved et mellomstort sykehus sier oversykepleier kort og bestemt:

”Ja! Det er på plass, vi har utarbeidet overordnede mål for sykepleietjenesten, og vi har godt utarbeidet sykepleiedokumentasjon som alle følger.”

En annen oversykepleier tar utgangspunkt i at hun er i virksomhet ved det hun kaller et *mangelsykehus*. Dette sykehuset har over tid slitt med mangel på pleiepersonal; ”da blir det en kamp om å holde stillingen som dominerer”. Sykepleietjenesten blir preget av et stor-forbruk av innleide sykepleiere, og dette preger også den faglige utviklingen, men de arbeider med holdninger, serviceholdninger. Dette sykehuset forsøker å holde fast ved videreutdanningsplaner og har utviklet et samarbeid med en høgskole. De strever med spørsmål om tilegnelse av god nok praksis, rollemodeller og fleksibilitet, og de er opptatt av utviklingen av flerfaglige team.

Sykehuset har omstilt virksomheten blant annet ved mange sammenlåinger av poster der en får ulike pasientgrupper sammen på ett gulv. Når sammenslåinger skjer gjennom beslutninger som hovedsakelig har administrativ begrunnelse, får det følger for sykepleiernes opplevelse av at de ikke teller, at deres faglighet ikke teller. Da blir det en stor utfordring å skulle tenke på ideelle krav som en filosofi gjerne uttrykker.

Flere av oversykepleierne er opptatte av at de ikke har noen *nedtegnet* filosofi, men at man deler en oppfatning om at pasienten skal være i sentrum. Det betyr helt konkret at pasienten skal få informasjon og god omsorg. Pasienten skal være skjermet for de problemene som kan dominere hverdagen for personalet. Når usikkerhet om fremtiden gnager, holder de fast på det samlende grunnlaget for sykepleietjenesten:

”Jeg vet at vi her tar vare på pasientene på en god måte, til sammenlikning fra tidligere erfaring, fra andre steder jeg har arbeidet.

Verdigrunnlaget vårt er nestekjærlighet – og vi har nedfelt verdiene som handler om at alle ansatte skal stimulere pasientene både fysisk, psykisk, sosialt og åndelig.”

Noen er opptatt av at den faglige siden skal ivaretas ved at en driver spesialisering, ansvarliggjøring og utvikling av særpreget kompetanse. En av oversykepleierne formulerer det slik:

”Vi snakker mye om relevant kompetanse i forhold til pasientklientellet, om å finne egnede kurs, en ’klinisk stige’. Det er snakk om å se rekruttering, lønn, ansiennitet og kompetanse i sammenheng. Vi forbereder oss rent faglig. Vi er en liten institusjon, men vi forsøker å drive med spesialisering, ansvarlig-gjøring og å bli ’miniekspert’.”

Noen informanter sier at de ikke har noen enhetlig filosofi. Sykepleietjenesten kan arbeide med mange relevante spørsmål i grupper som f.eks. tar tak i verdigrunnlaget for sykepleietjenesten. De kan også inngå i grupper som drøfter spesielt aktuelle spørsmål.

En av oversykepleierne forklarer hva hun legger i filosofien ved egen enhet slik:

”Det dreier seg om et syn på kvaliteten på tjenestene. Dette avhenger av den sykepleiefaglige identiteten, at sykepleierne identifiserer seg med rollen som sykepleier, at en har en yrkes stolthet og identifikasjon med yrkesrollen. Vi tenker at både ’Pasienten først’ og personalets situasjon må være i samme fokus. For at tjenesten skal være kvalitetsmessig på høyt nivå, må jobbtilfredsstillelsen bidra til optimal pleie. Blant annet derfor vektlegger vi grundig introduksjon for nye på sykehuset.

Vi ønsker fleksibilitet som et stabiliserende element mot høy grad av turnover. Dette jobber vi med for å beholde folkene, for eksempel ved å innføre ønsketurnus, og dermed håper vi det vil føre til å bedre lojaliteten til dette sykehuset på en positiv og attraktiv måte.”

Det gis også uttrykk for en viss avstandtaket til filosofi:

”Jeg er ikke god med filosofi. Det som teller er samholdet mellom sykepleierne og at de kjenner at de er med i et tett samspill, og der det er mulig å lære og videreutvikle seg. Dette er basert på en tenkning om at sykepleiere blir mer tilfredse når de kan utvikle seg hele tiden.”

## 4.2 Faglig forsvarlig sykepleietjeneste

*Hva legger oversykepleiere i begrepet faglig forsvarlig sykepleietjeneste? Mener de at de selv er ved et sykehus der en driver slik tjeneste? Hva mener de eventuelt truer den faglig forsvarlige sykepleietjenesten?*

Det finnes dem som avviser begrepet faglig forsvarlig:

- Umulig begrep. Ikke noe godt begrep, men en floskel.
- For upresist/ukorrekt, sykepleiekvalitet er bedre. Man er opptatt av dyktige leger og dyktige sykepleiere.
- Det drives faglig forsvarlig. Det er noe uopnåelig i det begrepet, som jeg ikke helt vet hva er....

I enkelte uttalelser kommer det fram at en forstår forsvarlig sykepleietjeneste ut fra en gjennomtenkt oppfatning: Det dreier seg om å fange inn alle som utøver tjenesten, og å være en bakgrunn for den enkelte i møtet med pasienter og de faglige krav som stilles.

”Det er en forsvarlig sykepleietjeneste når den enkelte sykepleier har mulighet til å gjøre jobben skikkelig i forhold til hver pasient. Det handler om bemanning, men også samarbeid. På kirurgisk avdeling har de mulighet til det. De er opptatt av å drive prosjekter i sykepleien – det å alltid drive i retning framover.”

”Vi har mulighet for å drive daglig forsvarlig. Vi er et elektivt sykehus, og det skaper forutsigbarhet, selv om det er mye pasienter her, og overbelegg. Men pasientene blir godt ivaretatt. Omleggingen på sykehuset får ikke konsekvenser for avdelingen vår. De større operasjonene fjernes, men vi får lettere pasienter og større gjennomstrømning. Det er lite turnover på sykehuset. Alle endring medfører motstand og engstelse, ikke minst knyttet til kompetanse og slitenhet. Men vi har noen av Norges dyktigste spesialister på området knyttet til oss”.

”Å ha rett person på rett plass og at den nødvendige kompetansen er på plass. Men dette trues av vansker med personellmangel, helgedekning og vedvarende omstruktureringer av driften.”

”Når det er nok oversikt og organiseringen gir oversikt til at man kan avgjøre om det er godt nok hva man driver på med er det forsvarlig drift.”

”At man kartlegger egen praksis og dokumenterer, og at man føler seg i stand til å ivareta hva man er satt til å utføre, og at man får støtte i forhold til de forventninger og krav som stilles til en.”

”Kompetanse er det viktigste, de ansatte må være utdannet og vite hva de driver på med. Avdelingssykepleierne er en nøkkel her, de får en viktig rolle i å oppnå hva man skal i henhold til planer.”



”Samarbeid med legetjenesten slik at man kan sjekke ut den medisinske siden bidrar til forvarlig drift.”

”At man kartlegger, definerer kvalitet og ikke minst at man dokumenterer; at man føler seg i stand til å ivareta det sykepleierne er satt til; at man får støtte i forhold til de forventninger og krav som stilles til en; at oversykepleier følger opp avdelingssykepleier og bidrar til endring av rutiner, målsetninger, HMS.”

”Faglig forsvarlig, fordi det er lege som er spesialist i indremedisin/geriatri. Andre spesialister kommer til den dagkirurgiske enhet noen dager i uka.”

### Hva truer en faglig forsvarlig sykepleietjeneste?

Det som truer den faglige forsvarligheten er knyttet til noen fremtredende forhold. Ett overordnet perspektiv som tegnes, er at den faglig forsvarlige sykepleien konstant er truet av mangel på personell, eller rettere sagt – stabilt personale.

”Det som truer en faglig forsvarlig sykepleietjeneste er at det ikke er mulig å rekruttere tilstrekkelig og kompetent personale, og at den rekrutteringen som foregår bare tar sikte på å fylle opp, uten å ta hensyn til personalutvikling og langsiktige mål.”

Nye tiltak som innleie fra vikarbyråer, er ment å skulle gjøre oppgaven med å dekke opp med kompetente personer enklere. Det oppleves ikke slik der en har erfaring i bruk av byråer. I realiteten skaper dette nye problemer fordi eget personale spør hvorfor de ikke kan få like god lønn som de innleide.

”Vi må ha en kompetanse som holder et godt nivå. Skal vi bestå som sykehus, må pasientene få den behandling de trenger på alle døgnets tider. Dette er problematisk i forhold til den breddekompetansen dette sykehuset krever. Vi sliter med rekrutteringen, spesielt til nattvaktene. Vi får søkere, men det er ikke alltid de med størst erfaring og kompetanse. Samtidig kommer det folk fra utleiefirmaer som får høyere lønn enn de fast ansatte. Dette skaper en vanskelig situasjon.”

Her er det tydelig hvordan oversykepleierne ser sammenhengen mellom det kunnskapsbaserte sykepleiearbeidet og betingelsene for oppbygging og konsolidering av kompetanse. Sykepleiearbeid er ikke bare snakk om å dekke kravet om nok hender, det dreier seg i høy

grad om å forankre og forene erfaring og kunnskap til anvendt kompetanse:

”Truslene er først og fremst økonomiske. Avdelingen får et budsjett, men problemet er å få nok økonomi til å dekke utdanningsmålene. Sykepleierne må være kompetente/utdannet for å fylle jobben, og de må vite hva de holder på med. Vi stiller utdannings-/kompetansekrav til sykepleierne, og de må nå disse målene innen to år. Kompetanseprogrammet har to mål: 1) å utdanne og oppgradere sykepleierne, og 2) å stimulere sykepleierne til å fortsette på avdelingen.”

”(…) at det foregår interne omorganiseringer på måter som bryter med motivasjon, stabilitet og kompetanseutvikling.”

”Hvis sykehuset blir utvidet og det øker presset på flere sengeplasser - uten mer bemanning. Pasientantallet har allerede gått opp og tempoet øker – og faren for feil øker. Det er vi opptatt av.”

En av oversykepleierne på et middels stort sykehus uttrykker seg slik:

”Det er flere forhold som truer den faglige forsvarlige sykepleien: ressursknapphet, for høy produksjon – i dag er 90 % av pasientene til sykehuset lagt inn som ’øyeblikkelig hjelp’. Nyutdannede sykepleiere er usikre, og det er vanskelig å prioritere oppgaver fordi disse medarbeiderne ikke er modne nok. En føler presset mer som ny enn når en er moden/erfaren.

Diskontinuitet og dårlige rapporteringssystemer og dermed dokumentasjonssystemer er betenkelig. Tanken bak primærsykepleie er god, dvs. fast person og kontinuitet. Trusselen er diskontinuitet, når det er mangel på folk. I 1999 var det ca 50 % turnover blant sykepleierne. I 2000 har vi fått erfarne sykepleiere. Det er nå 12 ledige stillinger på 180 hjemler. Vi kan ikke klage. Vi har også hatt en stabil ledergruppe – noe som er særs viktig.”

Ved flere enheter påpekes det at situasjonen er bra, på papiret. Det skorter på å få til en realisering av den formelle situasjonen.

”Det som truer en faglig forsvarlig sykepleietjeneste, er den overhengende faren for, eller iallfall en opplevd uvisshet om nedleggelse. Den innsatsstyrte finansieringen skjuler viktig innsats, så vi får ikke en gjenspeiling av de behovene vi dekker og hva de krever.”

### 4.3 Utviklingstrekk som kjennetegner sykepleietjenesten

Oversykepleierne ble bedt om å peke på eventuelle utviklingstrekk som etter deres mening preger sykepleietjenesten. Videre ble det spurt om det for eksempel har skjedd noen endringer som har skapt nye sykepleierroller på de fagområdene oversykepleier har oversikt over. Som vi skal se er det noen likhetstrekk, noe som går igjen, men det er også ganske betydelige variasjoner.

Flere understreker at sykepleierne nå tar mer ansvar og inntar nye områder, og det sies også at en skal begynne eller har begynt med karriereplanlegging og klinisk stige. Her er det ikke bare snakk om hva den enkelte sykepleier kan og ønsker, dette er et felt der *sykepleierlederne* må spille en avgjørende rolle. De har en nøkkelrolle i å peke ut mål og gjøre det mulig for den enkelte å ta utfordringer.

Spesialisering framheves som avgjørende for en framtidig god sykepleietjeneste, og særlig kan det gjelde sykehus som må kjempe for sin videre eksistens i en ny struktur.

”Vi spesialiserer oss innen onkologi, diabetes og hjertesykdommer. Vi jobber mye med å gjøre det attraktivt og interessant å jobber her - for å sikre rekrutteringen. Som ledd i dette arbeidet, er den ’kliniske stigen’ sentral. De store sykehusenes systemer passer ikke oss, hvordan skal vi knytte oss til disse systemene? Nå har vi også startet opp arbeidet på et nytt felt og vil gi tilbud til pasienter med spiseforstyrrelser. Det er veldig krevende for personalet. Her finner vi en mismatch mellom krav og egen kompetanse.

Vi trenger ekstravakter slik at vi kan tilegne oss den nødvendige kompetansen og dessuten et sterkere samarbeid med legene for å få dette til.”

De nye systemene for å styre økonomisk, som ISF, har betydning gjennom den måten den gjør enkelte diagnoser og oppgaver økonomisk attraktive, og tilsvarende truer de mindre attraktive. Dette virker også inn på sykepleietjenestens situasjon, især når en må tilpasse nye virksomhetsområder til en stab som må omstilles kompetansemessig, for å kunne møte krav om inntjening

”Vi har jobbet med å utvikle ’klinisk stige’. Nye pasientgrupper har skapt behov for ny kompetanse. Men utvikling av slik kompe-

tanse er avhengig av leder for at den skal utvikles. De fleste har jobbet her svært lang tid, og lang fartstid er også lik stangnasjon.

Store operasjoner gir oss penger i kassen. Lidelser der pasienten får langvarig liggetid og som ikke er knyttet til enkelte kirurgiske inngrep, vil bli økonomisk vanskelig. Kravene til produksjon kan slite på personalet, samtidig som sykepleiemangelen og den manglende rekrutteringen til yrket, også gir slitasje. Vi har ingen vikarpool.”

### Et faglig godt selvbilde

Det er interessante avspeilinger av tradisjon og historie – eller mangel på sådan – som kommer til syne. Noen oppfatter spørsmålet om ”utviklingstrekk som preger sykepleietjenesten her” som en oppfordring til å fortelle om den sammenhengen de går inn i, den faglige tradisjonsrekken som de nå skal føre videre, men med dagens eller samtidens uttrykk for fornyelse. Her hører vi stemmen til en oversykepleier som bærer et faglig sterkt selvbilde på vegne av et større ”sykepleiefaglig vi” ved institusjonen.

”Sykepleietjenesten her har vært sterk i forhold til andre faggrupper pga. lederpersoner som har vært *faglig* sterke. De har satt i gang prosjekter – vi har tradisjon for dette på her på vårt sykehus (eks. primærsykepleie – og nå ’elektronisk sykepleietjeneste’ i form av alle skjema på data).”

Ved sykehus der en har innført èndelt ledelse, uttrykkes tvil og usikkerhet for den framtidige utviklingen når ledelsen for sykepleietjenesten flyttes over i stab. Hvilke følger vil dette få for den faglige utviklingen?

Dette kommer til uttrykk for eksempel slik:

”Enpersonsledelse er en utfordring her akkurat nå – en tydeligere fagutvikling & forskningsside, og en mulig konflikt mellom leger og sykepleiere – avhengig av hvem som blir leder.”

En av oversykepleierne på et stort sykehus forteller om en utvikling som går i flere retninger samtidig:

”Etableringen av hovedfaget i sykepleie har gjort noe med sykepleietjenesten. Vi tenker i dag mer overordnet, mer teori, valg og verdier, mer helhet. Men, samtidig blir sykepleietjenesten mer praksisfjern. Det er likevel bra med fokus på begge sider.

Sjefssykepleier er blitt flyttet i stab og skal rådgi direktøren i faglige spørsmål. Som ledd i utviklingen av tverrfagligheten, har ikke sjefsykepleier lengre beslutningsmyndighet i forhold til faglige spørsmål.”

Har det skjedd endringer som har skapt nye sykepleieroller?

På spørsmål om det har skjedd endringer som har skapt nye sykepleieroller på de fagområder oversykepleier har oversikt over, svarer en av oversykepleierne slik:

”Arbeidet med å skape fagidentitet og ønsket om å fremelske leder-roller i praksis har ført til grenspesialiteter rettet mot et felt. Spes-ielt interessant er det vi kaller ’klinisk stige’, en klinisk spesialitet i NSF-sammenheng som f.eks. onkologi, akuttjeneste.”

De spesifikke nye sykepleierollene som nevnes er knyttet til

- innføring i ny teknologi, ultralyd (ultralyd jordmor),
- nye tjenester rettet mot å fange opp spesielle behov hos ikke-etniske nordmenn,
- spesialkompetente sykepleiere blir konsulenter for særlige pasientgrupper, og
- ledelse og særlig ledelse av enheter.

*Generelt om hva som skjerper utviklingen for sykepleierne*

- A) Klinisk stige.
- B) Sjekkliste som skal utfylles for alle yrkesgrupper og som utgjør et slags introduksjonsprogram for nye ansatte, slik at de blir trygge på tekniske apparater, retningslinjer, rutiner. Dette er en slags arbeidskontrakt, og den bør ligge i personaljournalen.
- C) Vi har opplæringskonsulent/opplæringsprogrammer utviklet i samarbeid med avdelingssykepleierne og sykepleierne. Vi holder på å lage et program for intern opplæring og eksterne kurs.

#### 4.4 Avdelinger med gode resultater og godt faglig miljø

*Vil du si at du kan peke ut en avdeling som kan sies å ha kommet langt i realiseringen av et godt medisinsk miljø? Kan du i så fall beskrive dets kjennetegn?*

Det er naturligvis vanskelig å vite hva som ligger bak et svar som noen av oversykepleierne kommer med: ”Jeg vil ikke fremheve noen. Alle gjør så godt de kan”. Det er kanskje et uttrykk for nettopp det at alle gjør en hederlig innsats. Oversykepleier på et av de mindre sykehusene forteller at hun virkelig mener at alle er godt i gang med noe. Hun synes det er vanskelig å svare på spørsmålet. Sykehuset har jo bare en avdeling av hver, de jobber så forskjellig og må nødvendigvis ha ulike satsningsområder. Hun sier at rehabiliteringsenheten jobber med tverrfaglighet mer enn de andre, mens de andre enhetene jobber med andre ting som er viktige for den enkelte avdeling. Hun sier at det ikke er slik at hun ikke vil fremheve noen, ettersom hun synes at alle er flinke i sitt virke. De er kommet langt på alle avdelingene. Dette er et lite sykehus. Hadde man for eksempel som større sykehus hatt flere kirurgiske enheter, så hadde det vært lettere å sammenlikne og kanskje si noe om gode eksempler. Kommunikasjonen mellom avdelingene og ledelsen er bra – mye bedre enn på et stort sykehus. ”Vi jobber for og med hverandre hele tiden”. Blant annet har sykepleiersjef og oversykepleier møte en gang i uken og avdelingssykepleiere, sjefssykepleier og oversykepleiere møtes en gang i måneden. Hun mener derfor å ha god oversikt over avdelingene og hva de jobber med, og at de alle jobber med sine ting på en god måte.

Allikevel er det en sammenheng å spore i materialet: de som kan redegjøre for en grunntenkning eller filosofi, er også de som har eksempler på rede hand når de blir spurt ”Vil du si at du kan peke ut en avdeling eller et miljø som kan sies å ha kommet langt i realiseringen av et godt sykepleiefaglig miljø, og hva er i så fall deres kjennetegn?”

Svarene faller i noen kategorier: Vi velger å kalle dem ”Tydelighet”, ”Utviklingsmotivasjon” og ”Organisatorisk skreddersøm”.

### Tydelighet

Enkelte av oversykepleierne gir uttrykk for at ”*Tydelighet er styrke*” Her sies det:

”Vi har en dagavdeling innen kreftomsorgen der det er mange spesialutdannede sykepleiere. De er videre samlet under samme ledelse og er veldig samkjørte og samarbeider tett.”

En annen formulerer noe av det samme, når hun sier:

”Jeg kan nevne flere som utmerker seg her hos oss. For eksempel anestesivdelingen. Den er liten og oversiktlig, har en klar og tydelig leder. De ansatte der er faglig meget godt informert og får med seg kurstilbudene. Men kirurgisk avdeling også veldig bra. Nå er det jo det at operasjonssykepleierne er svært selvbevisste; de er preget av at det er vanskelig å rekruttere slike. De er kjempe-dyktige, men beskytter seg og er kanskje mindre fleksible?”

### Utviklingsmotivasjon

En annen kategori er noe som vi velger å kalle utviklingsmotivasjon. For noen betyr det først og fremst satsning på utdanning og kompetanseutvikling:

”Operasjonsavdelingen utmerker seg pga. satsingen på kompetanseutvikling. Det er også to andre enheter, en sengepost i kirurgi og en kreft enhet. Men jeg vet for lite om de andre avdelingene til å si noe om dem”.

Andre har eksempler fra en av avdelingene ”sine” der en tar i bruk bredere virkemidler:

”Stikkordene her er: kultur – vitalitet – motivasjon til å utvikle.

Eksemplet jeg tenker på her er en akuttgeriatrisk enhet. Pasientene er gamle med multidiagnoser. De ansatte har utviklet et godt sykepleiefaglig miljø. Denne utviklingen er også stimulert ved at de har fått noe mer ressurser, blant annet slik at de har kunnet reise bort sammen for å være sammen om en prosess omkring medvirkning.

Det samme gjelder det som kalles ’slagenheten’ på medisinsk avdeling. Den utmerker seg med det gode sosiale og faglige samholdet som har utviklet seg på avdelingen. De har nylig laget en video som tydelig viser det tverrfaglige samarbeidet. Den dreier seg om trening og forflytning av slagrammede pasienter.”

En annen informant forteller:

”Jeg har lyst til å trekke fram en post som *var* turbulent, men som fikk ny entusiastisk leder<sup>17</sup> – noe som førte til en omfattende endring. Konsekvensene ble:

- Fagutvikling
- Åpenhet, ris og ros
- Trygghet i forhold til seg selv og som pasientens talerør overfor andre, for eks. legene
- Godt sosialt miljø

Det var resultatet av en prosess lokalt. Hele avdelingen og ledere reiste bort sammen for å alminneliggjøre samarbeidet under temaet ’fag og fest’.

Den lokale utviklingen er blitt mulig fordi de fikk noe økonomisk støtte fra sykehuset sentralt. Det er innført en praksis som gjør at avdelingene her på sykehuset får litt penger til sosiale og faglige tiltak. Dette skal være en synlig påskjønnelse for godt arbeid – det er viktig!

Ledelsen (toppledelsen ved sykehuset) har hatt en filosofi om at alle ansatte skal ses: alle får jordbær om sommeren, blomst før jul, julefest, etc. – og ikke minst forflytningsprisene de siste årene. Alt dette skaper miljøet hos oss.

Sykehusets størrelse er passe, og det er - kort sagt – et hyggelig sted å jobbe.”

## Organisatorisk skreddersøm

### *Fire casebeskrivelser: Case 1*

”Sykepleiefaglig er kvinneklinikken et interessant eksempel. Her har en samkjørt fødeavdelingen, barsel og gynekologi og disse har samme pleiepersonal. Man kan si mye om slike organisatoriske omlegginger, og det var delte meninger om denne løsningen. Denne avdelingen ligger langt fremme faglig ikke minst fordi jordmødre er en bevisst yrkesgruppe. De har lagt opp til en prosess med egen undervisningskomité som skal se at ting går av seg selv! De får med alle på lag. Føden er stabil mens de andre avdelingene har mer turnover, så du får mer driv på prosjekter som du setter i gang. Flinker på den tverrfaglige biten.

---

<sup>17</sup> For en nærmere analyse av den rolle som avdelingsleder kan spille i utviklingsarbeid, se Eva Berg (2001).



I 2000 jobbet vi med målsetting for avdelingene og inviterte inn alle profesjoner som skulle komme med innspill (leger, sykepleiere, hjelpepleiere). En dag med inspirasjon. Målsetningen skal alle ha mulighet til å være medeiere i. I år har de kommunikasjon på dagsorden – jobber med veiledning i grupper.

Det er jo en bekymring at vi har for få sykepleiere i Norge. Det blir vanskelig å drive etter kvalitet. Føden her er et eksempel på at hvis man har nok stillinger, stabile folk, lavt sykefravær, så får man til veldig mye.”

#### *Case 2*

”En avdeling her er nokså nyetablert. Den ble startet opp for et par år siden og er en enhet som tar i mot pasienter til observasjon og utredning. Pasientenes opphold på posten strekker seg fra 1-5 dager. Dersom de ikke kan bli ferdigbehandlet i løpet av denne tiden formidles de videre i sykehuset. Det er lagt til rette slik at denne enheten får komme raskt til med prøver, røntgen osv, de har jo kort tid på seg til å behandle pasienten. Her er det flere sykepleiere pr pasient enn vanlig. Pasientene får intensiv oppfølging i forhold til alle behov, også de sosiale, psykososiale og sosialmedisinske. Sykepleierne følger opp forholdet til primærlegen som de vanligvis bruker, hjemmetjenesten og familie. Sykepleier-/pasientforholdet blir tettere som et resultat. Med denne driftformen og bemanningen trenger avdelingen vanligvis ikke ekstravakter dersom en har sykefravær eller er borte av andre grunner.”

#### *Case 3*

En annen enhet er en poliklinikk. Her er det alltid utvikling i behandlingsteknologien, ny utvikling og mye å lære. Sykepleierne sier at de ikke slutter fordi det er så interessant å jobbe der. Det er et tett og godt samarbeid mellom legene og sykepleierne. Sykepleierne kjenner seg involverte i arbeidet, i behandlingen og dette fører til mer interessant arbeid og større medvirkning.

#### *Case 4*

Denne avdelingen er et klart eksempel på realiseringen av godt medisinsk miljø – fordi avdelingslegen forestår en god koordinering av det pasientrettede arbeidet. Sykepleierne gjør den daglige jobben og får veiledning og undervisning av lege. Det er mye internundervisning på sykepleiernivå.

#### 4.5 Mål og visjoner for sykepleietjenesten framover

”Mål og visjoner for sykepleietjenestens framover”, er et spørsmål som fremkaller en reaksjon fra et sukk til aggresjon. For når alt er så uklart i forhold til hva som skal skje og hva eierne egentlig vil framover, hvordan skal en da finne inspirasjonen til å tenke framover?

”Videreutvikling av yrkes stolthet og fagidentitet gjennom bevisstgjøring og tydelige rollemodeller som påvirker faget. Her er også forskningsprosjekter og utvikling av dokumentasjonssystemer sentralt. som kan hjelpe oss til å se på pasientenes funksjonsnivå på alle områder. Implementeres i akuttgeriatrisk enhet – eldrebølgen som kommer er ikke kartlagt godt nok. Det vil bli mangel på sykehjems plasser etc. Ellers er det vanskelig å lage visjoner når rollen som leder og eirerens ønske om aktivitet ikke er klar.”

”Postene reviderer sine planer hver år, men jeg kan ikke si at vi har en sentral visjon. Det er forresten vanskelig å ha visjoner når en ikke vet om enkelte avdelinger skal legges ned, eller hva slags spesialiteter eierne vil de skal drive med”.

Sykepleien er i utvikling. Vi ser at utviklingen skaper nye roller for sykepleierne og da først og fremst innenfor rammen av en moderne forståelse av hva det er å være pasient med en kronisk lidelse. Praksisen med egne klinikker eller prosjekter rettet mot spesielle diagnosegrupper er utbredt både på store og mindre sykehus. Her administrerer sykepleierne gjerne et tilbud til en gruppe som har et vedvarende forhold til sykehuset, eller også er det pasienter som får bistand til å lære å mestre en ny livssituasjon. Ved siden av å drifte og administrere enhetene, driver de også konsultasjon med vekten på nettopp mestring fysisk og mentalt. De pasientgruppene som oftest nevnes er stomipasienter, diabetespasienter, hjertesviktpasienter og astmapasienter.

#### 4.6 Oppsummering

Som vi så i kapittel 3, kom det fram at ansatte ser for seg endringer i dagens oppgavestruktur, de kan tenke seg både å gi fra seg og ta imot oppgaver. Omstruktureringen av driftsorganisasjonen er en drivkraft, med omlegging for eksempel til mer dagbehandling, ”pasienthotell” og helgestengte avdelinger. Andre faktorer som medvirker til endring, er nye behandlingsformer, for eksempel mer medikamentell behand-

ling der en tidligere foretok kirurgiske inngrep mv. En betydelig del av sykepleietjenestens oppgaver er fortsatt grunnleggende ivaretagelse av behov for å bli stilt når en er for svak til å gjøre det selv, få konkret hjelp og en trøstens stryk over kinnet. Sentrale bidragsytere i helsetjenesteforskningen er sikre på sykepleietjenestens økende betydning i den så å si globale reformprosessen som foregår på helsefeltet. Hvordan de faglige lederroller vil tegnes er et åpnere spørsmål. På en måte kan det se ut til at det er vanskelig å gi opp kontakten med det kliniske arbeidet, å være praksisnær gir stor legitimitet. Kan sykepleielederne få bedre rom framover til å bidra til en utviklingsrettet organisering i sykehus? Mange prosesser går parallelt, og framtidens ledelse må bygge sin organisasjon på prosesser som bearbeider data fra praksis og konfronterer dem med generalisert kunnskap.

## 5

## Overlegens perspektiver

Legetjenestens utvikling de siste tiårene er interessant. Vi finner ikke noen sentral kilde som tar for seg mer generelle trekk ved denne utviklingen<sup>18</sup>, men det finnes en omfattende dokumentasjon og forskning i kjølvannet av den snart 10 år gamle Legekårsundersøkelsen (se for eksempel bidrag fra Aasland, Hofoss, Gjerberg m fl.)<sup>19</sup>. Det er mange oppfatninger som verserer, fra et syn som understreker at aldri har legene vært så mektige til dem som hevder at legene som gruppe, er blitt proletariserte. I en svensk studie (Lindgren 2000) sees legenes situasjon i sammenheng med nye strømninger i den organisatoriske utviklingen av sykehusene: medarbeiderskap er blitt et ideal, alle er medarbeidere, og en finner en administrativ og økonomisk ledelse ofte med mandat fra eierens helseplaner på makronivå. Et slags økonomisk administrativt effektivitetsparadigme har fått gjennomslag politisk, men avhengigheten av de medisinske fagperspektivene er like tydelig.

Det er gjennom faglige forbindelser nasjonalt og internasjonalt at medisinske innovasjoner bringes inn i helsevirksomhetene, og en vedvarende faglig oppdatering medfører at også norske medisinske forskere kan bidra til kunnskapsutviklingen. Viktige diskusjoner som den pågående om forholdet mellom evidensbasert og erfaringsbasert medisinsk praksis, føres mellom fagfeller, men får også praktisk-politiske konsekvenser. Også innen kommunehelsetjenesten har omlegginger og reformer preget arbeidsformene. Fastlegereformen føyer seg inn i rekken av tiltak for å strukturere tjenesten, men også å sikre trygg og god tilgang gjennom stabile relasjoner. Norge er et land som med sin geografi og befolkningsmønster byr på mange lokale variasjoner, og disse virker inn på de konkrete mulighetene for utforming av organisatoriske løsninger, men også for utforming av profesjonenes yrkesroller.

---

<sup>18</sup> Dette betyr ikke at vi har en rekke gode studier som for eksempel Ole Bergs "Helsetjenestens logikk: seks studier av norsk helsetjeneste" og bidrag i offentlige utredninger (for eksempel NOU osv.).

<sup>19</sup> Et utvalg av leger utgjør en panelstudie som gjentas hvert år.

Overlegene ble stilt parallelle spørsmål til dem som ble reist i forhold til oversykepleierne.

### 5.1 Er det noen samlende filosofi som preger legetjenesten på dette sykehuset?

Noen av overlegene svarer med å demonstrere at om det finnes en samlende filosofi, så har de ikke kjennskap til den. De synes for eksempel at det kan være vanskelig å ha noen formening om hva andre avdelinger holder seg til. Alle har synspunkter på den filosofi som preger *deres* enhet.

#### Pasienten først!

Flere overleger gir uttrykk for et grunnsyn som fremhever fokus på pasienten. Det er interessant at en i høy grad snakker om *pasienten* i entall. Dette kan tolkes som en reell orientering mot at dette gjelder den enkelte. Ordvalget kan være noe forskjellig. For eksempel er det flere som snakker om god service, og for noen sykehus gjelder dette både bredt og dypt. En fremhever at pasienten kan være i en livskrise og må møtes som et helt menneske. Andre overleger fremhever at pasientene er subjekter.

#### Arbeidsformene, en konsekvens av filosofien

Det blir pekt på sammenhenger mellom en valgt filosofi og de arbeidsformene en velger. For eksempel kan en kirurgisk avdeling ha valgt å organisere virksomheten sin i grupper som dekker ulike funksjoner, og på den måten sikre god flyt og effektiv organisering av utnyttelsen av operasjonskapasitet (grupper som bare opererer lårhalsbrudd). Dette kan også ha gunstige følger for kvalitetssikring idet det er dokumentert at en viss kritisk mengde operasjoner medfører mindre komplikasjoner og større sikkerhet for pasienten.

Innen ulike felter i indremedisin kan en finne eksempler på organisering av legetjenesten som medfører at alle berørte spesialiteter møtes daglig for å drøfte behandlingsopplegget i forhold til pasientene. En slik utvidet tverrfaglig virksomhet har en rekke fordeler, for eksempel at man får fram flere spørsmål, at mange lærer av hverandres spørsmål og vurderinger, og at pasientenes sjanser for å få best mulig nytte av at den samlende kompetansen øker.

Det blir understreket at når pasienten er i fokus, bør man velge å arbeide evidensbasert. Dette betyr å stille som krav at den foretrukne behandlingen baserer seg på grundig dokumentasjon, og at det er en villighet til å strekke seg etter ny kompetanse når den viser seg relevant. Men, som det sies, legekunsten er også basert på empati: å sikre innlevelse i pasientens situasjon.

### Arbeidsdeling i helsetjenesten

Det kommer også fram at en er opptatt av at sykehuset og enhetene skal dekke befolkningens behov i en region på beste måte. For et helsevesen som det norske, er det avgjørende å sikre at alle borgere har tilgang på helsetjenester med tilnærmet like god og høy standard. En kan dermed se det rasjonelle i å bygge komplette og gode løsninger på regionnivå, men dette er også en stor utfordring: En må finne fram til en praktisk arbeidsdeling som gjør det fornuftig å legge enkelte funksjoner til lokale sykehus med et begrenset nedslagsfelt, men som har et tett samarbeidsforhold til et større sykehus.

I materialet finner vi sykehus som nettopp har en slik tilpasning:

Overlegen ved et sykehus direkte organisert under større sykehus:

”Vi er et lokalsykehus tilknyttet et sentralsykehus. Det skal med andre ord ikke være et akuttsykehus, den funksjonen dekker sentralsykehuset. I tillegg er det et fellesopplegg for legevaktsdekning. Vårt lokalsykehus avlaster sentralsykehuset med en avdeling med sengepost, poliklinikk for rehabilitering og geriatri. Dessuten har vi en kirurgisk poliklinikk med dagkirurgi innenfor noen spesialiteter. Det er mange lokale sykehus som burde følge vårt eksempel og finne nisjer for avlastning i nært samarbeid med sentralsykehusene, i stedet for å satse på akutt behandling.”

Overlegen ved lokalsykehus som samarbeider med stort sykehus:

”Vårt sykehus er spesielt også i forhold til andre lokal sykehus. Vi er ikke en akutt institusjon, og vi har ikke overvåking selv om vi tar i mot øyeblikkelig hjelp i åpningstiden. Vi er et elektivt sykehus.

Dette gir mulighet for nærkontakt med primærhelsetjenesten, sykehjem m.v. blant annet knyttet til diabetikere og hjertepasienter. I tillegg er vi en informasjons- og kunnskapsbase for pårørende, samtidig som vi kjører kurs for

primærhelsetjenesten. Vi forsøker å gjøre dem mest mulig i stand til selv å håndtere de ulike pasientgruppene. Poenget er at primærhelsetjenesten verken har kompetanse eller ressurser til å overta våre funksjoner. Hvis leger, sykepleiere m.v må komme hjem til hver enkelt terminale pasient, så er heller ikke dette rasjonelt. Dette er sykehusbehandling.

Hvis vi ikke får med primærhelsetjenesten, så er heller ikke vi viktige lenger. Kronikerne trenger et sykehus med vår innretning. Vi har også mange terminale pasienter, 80 dødsfall i fjor. De kommer hit, får diagnosen og skal dø. De er hinsides behandling, men trenger likevel bistand og mobilisering av nettverk.”

## 5.2 Faglig forsvarlig legetjeneste

*Hva legger overlegen i faglig forsvarlig legetjeneste, og i hvilken grad mener overlegen at det er mulig å drive faglig forsvarlig? Hva truer eventuelt gjennomføringen av en faglig forsvarlig legetjeneste ved sykehuset?*

Medisinsk forsvarlig legetjeneste kan defineres forskjellig. Noen velger å forholde seg til definisjoner som understreker at det dreier seg om en legetjeneste som utføres etter de prinsipper og den teknologi som er tilgjengelig innenfor internasjonale rammer. Man kan sammenlikne med internasjonale registre for å vite noe om nivå. For tiden er det slik vi har sett allerede, mange som støtter seg til den såkalte ”evidensbaserte” tilnærmingen, dvs. den dokumenterbare og etterprøvbare praksis.

Enkelte av overlegene understreker at deres enhet har gode forutsetninger for å drive faglig forsvarlig: de har tilgang på bra utstyr, bemanning, organisatoriske løsninger, kontrollrutiner og prosedyrer.

Stabilitet i legestaben fremheves som positivt grunnlag for medisinsk faglig forsvarlig drift. Når legene også organiserer sitt arbeid slik at de kan holde kontinuitet i forhold til pasientene, bidrar det til det beste for pasientene. Her er tildeling av ansvarlig lege viktig, og som eksempel nevnes en turnus som sikrer samme lege 8 uker i strekk. Ved noen sykehus er dette ikke ny praksis. Det er alltid en utfordring å passe inn videreutdanningsbehovene for spesialistene.

Noen overleger peker på at de ikke har annet valg enn å definere dagens praksis som faglig forsvarlig. Var de av en annen oppfatning,

ville det eneste ansvarlige være å stenge døren eller si opp jobben. Men mye kunne allikevel vært atskillig bedre.

#### Hva truer en faglig forsvarlig legetjeneste?

Mange sykehus beskriver situasjonen ved å understreke at det er et konstant press på avdelingene med hensyn på sengekapasitet og ressurser. De aner at en utskriving enkelte ganger kan medføre en snarlig innleggelse igjen, spesielt pga. sosiale forhold og pasientens støtteapparat som ikke fungerer optimalt, f.eks. hjemmetjenesten. De må ha et øye på forholdene som pasienten skrives ut til. Og de spør seg selv: "Skriver vi pasienten ut for raskt?" Samtidig som overliggere i form av ferdigbehandlede pasienter er et uttalt problem, kan det være at avsenderapparatet i kommunehelsetjenesten gjør at de må stille seg det motsatte spørsmålet: "Er vi for raske til å sende pasienter på sykehus?" De har erfaring med pasienter som ikke burde vært innlagt, men burde fått bedre støtte og oppfølging gjennom kommunehelsetjenesten. Sykehuset får rett og slett for mange inneliggende som skulle vært ivaretatt andre steder. Samarbeidet med kommunehelsetjenesten er derfor helt avgjørende for hvordan forholdene i sykehuset blir. Kommunehelsetjenestens måte å fungere på har også direkte følger for vurderinger mht. hva man kan sende en ferdigbehandlet pasient videre til.

Noen av overlegene mener at endelt ledelse kan bli en trussel for faglig forsvarlig legetjeneste; en sykepleier i rollen kan bli et problem. Samtidig er det å slippe å fylle administrative funksjoner et utbredt ønske.

Flere overleger nevner økonomien og i sær ISF-systemet, men også for trang økonomi til å skaffe seg ekspertise og ta i bruk de mest moderne behandlingsteknologiene. Når det i tillegg er så travelt og så sterkt produksjonspress, er det en reell trussel mot utdanningen som man bare er nødt til å prioritere. Det problematiske med økonomiske styringsverktøy som gjennomføres generelt, er at virkeligheten er sammensatt og dermed kan det oppstå ikke-tilsiktede konsekvenser som belaster og presser.



### 5.3 Utviklingstrekk som preger legetjenesten

Overlegene ble bedt om å peke på eventuelle utviklingstrekk som etter deres mening preger legetjenesten. Videre ble det spurt om det for eksempel har skjedd noen endringer som har skapt nye legeroller på de fagområdene overlegen har oversikt over.

Flere av overlegene påpeker at det er merkbart press, av noen kalt ”moderniseringspress”, som virker inn på legetjenestens utforming. Ytre rammer legger press på effektiviteten, og det skjer oppdateringer og justeringer hele tiden. Andre beskriver dette som en mer nøytral moderniseringsprosess som går kontinuerlig. For enkelte overleger dreier dette seg først og fremst om å frigjøre tid til de egentlige legefunksjonene. Mer konkret kan dette innebære frigjøring av tid fra administrative oppgaver, men også fritak fra deltakelse i utvalg og komiteer.

Når økonomien tillater at legene kan få fri til kurs/faglig oppdatering og skaffe seg internasjonale erfaringer, har dette en betydning for kvalitetsutviklingen.

#### Sin søsters vokter?

Utviklingen i sykepleietjenesten beskrives også med noen bekymringsfulle trekk. Siden sykepleierutdanningen nå er blitt et studium frikoplet fra praksis, blir den medisinske faglige kompetansen på pleienivå mer problematisk enn før. Sykepleierne må læres opp i de praktiske funksjonene etter utdanningen. Slik overlegen på en avdeling uttrykker det: ”Nå er det frikoplet praksis og mye skole som underminerer kompetansen”. Sykehuset blir mer preget av undervisning, og studenter står i kø for praksis pga. redusert sengetall. I 2000 var gjennomsnittlig ansettelsestid for sykepleiere vel ett år ved et sykehus der denne betraktningen framkom. Det blir ellers sagt at sykepleierne tidligere ofte var ”husmødre” med livserfaring, med et bevisst valg av yrke.

#### Utviklingen sett fra et lokalsykehus

”Desto mer forebyggende og sosialmedisinsk vi arbeider, jo mindre lønnsomt blir driften. Vi må hele tiden tenke økonomi, i like stor grad som pasientomsorg. Den ’innsatsstyrte finansieringen’ gjør at de ulønnsomme pasientene, dvs. kronikerne, skyves

vekk. I tillegg må vi bruke time på time til registrerings- og omregistreringsarbeid for å administrere dette systemet.

Dette er knyttet til DRG-systemet. Systemet ble utviklet innenfor kirurgien for å se hvordan ressursene ble brukt, men er nå utviklet til å dekke alle typer produksjon. Utvikling av normtall, veide diagnoser og beregning av kostnader, dvs. et stykkprisfinansieringssystem, kan være hensiktsmessig for hofteoperasjoner, men ikke for indremedisin, pediatri eller psykiatri. Samtidig er det dette systemet som nå bestemmer bevilgningene til sykehusene. I fjor hadde vi 50 % rammefinansiering, og 50 % DRG, i år er det 5 % ramme og 95 % DRG.

Pasienter legges inn på det større sykehuset vi samarbeider med, og de kan være på det sykehuset i ett døgn. Etter at diagnosen er stilt, legges de inn her. Så kan de bli hos oss for eksempel i 10 døgn. Likevel deler vi DRG-pengene fordi dette systemet belønner det å stille diagnose, mer enn uspesifikk pleie.

Dette skaper et system som vi må tilpasse oss, og som ikke alltid tjener pasientene. Ikke minst dreier det seg om å lære seg kodene og registreringssystemene, og å betjene dem på en skikkelig måte. I dag har dette arbeidet liten prioritet. Det er ofte de med minst innsikt som gjør kodearbeidet, og med stor risiko for mangelfull koding. Vi må vite hva vi gjør. De dataene vi legger inn i datasystemet får vi tilbake som aggregerte tall, uten mulighet til å se hva som ligger bak tallene. Jeg bruker mye tid på å gjøre endringer, rette opp feilregistreringer for at det skal lønne seg. Vi bruker et system som er utviklet på et annet sykehus, for å kunne gjøre denne jobben mer kompetent. I utgangspunktet er det svært mye virksomhet som ikke blir honorert, det som honoreres er diagnoser og operasjoner. Samtidig dreier også mye seg om registreringspraksis. Vi driver svært lønnsomt i dag, men pga. av 'kryp-prinsippet' får vi ikke økonomisk uttelling for dette. Det ligger både målforskyvninger i dette systemet, og et betydelig byråkrati.”

### Nye legeroller?

Er medisinernes selvbilde i ferd med å forandre seg? Én informant oppsummerer utviklingen i den retningen:

”Den autoritære overlegen er på vei ut. Han kan ikke gjøre som han vil. Nå er det behandlingsprogram som styrer det hele. Av yngre leger er 50 % kvinner. I kirurgien er det positivt. Det har

vært et mannsdominert område. Forskjellen er at kvinnene bruker mer tid før de står på egne ben, og det kreves mer oppfølging fra blant andre overlegene. Før eksperimenterte man mer, det var ikke alltid like positivt.

Det er flere tekniske prosedyrer, og man bli travelt opptatt med dette isteden for å drive videreutvikling av kompetanse (undervisning og læring). Man blir for travelt opptatt av å ta prøver og undersøkelser. Integrasjonen mellom disiplinene skaper nye krav, for eksempel når det gjelder røntgenundersøkelser – vi har flere leger som er trent i invasive prosedyrer.”

”Forbruker makten” til de pårørende blir illustrert ved at informanten i et sykehus forteller om hvor viktig det er å ha et faglig og sosialt trygt fellesskap mellom legene, ettersom de opplever å bli ”kryss-eksaminert” av pårørende som har noe å klage over, som søker etter feil.

En ny trend som har betydning for forsvarlig drift, men også for en ny legerolle, er utviklingen av pasientskoler. Det vil si at pasientene lærer å forvalte sin egen sykdom og helse. Dette bidrar også til å sikre seg mot reinnleggelser.

#### 5.4 Avdelinger med gode resultater og godt faglig miljø

*Vil du si at du kan peke ut en avdeling som kan sies å ha kommet langt i realiseringen av et godt medisinsk miljø? Kan du i så fall beskrive dets kjennetegn?*

”Vår egen avdeling er et eksempel (Hjertekirurgi). Vi har hatt en betydelig produksjonsforbedring som er oppnådd både gjennom organisering og administrative grep. Nå fungerer det godt, sett både på landsbasis og internasjonalt sett. Dette har vi fått til gjennom langsiktig jobbing, med press i retning av mer effektiv organisering. Det gjelder hele sykehuset, men blir spesielt synlig på vår avdeling fordi dens aktivitet krever så mye etterarbeid, også mye postoperativt.

Konkret har vi trukket ut operasjonssykepleiere fra avdelingene i nye seksjoner for å følge pasienter og spesialister. Vi har seksjonert slik at operasjonssykepleier ikke lengre trenger å kunne alt. Arbeidsoppgavene og organiseringen følger da fagfelt, fremfor avdeling. Det blir en slags gruppe/teamorganisering innenfor fagfeltet.

De nye seksjonene stabiliserer, personalet hopper ikke rundt i alle grupper. Før måtte en kunne alt og det ble mye venting på andre, for eksempel ved vaktskifte.

Videre har vi også kommet fram til en forskyvning av noen vakter. For eksempel starter noen senere, slik at dagsprogrammet kan gjennomføres selv om aktiviteten går ut over selve vekten. Det skaper fleksibilitet og bedre ressursutnyttelse.

Vi produserer mer, og vi blir bedre på det man produserer. En viktig konsekvens er at det blir mindre frustrasjon og venting. Når det blir mindre dødtid, blir det også mindre frustrerende. Hver og en føler seg nå tryggere på rollen sin. Det er en tilfredsstillelse å få gjort jobben.

For kirurgene ligger det nok allikevel opp mot tålegrensen for utnyttelse, før det går på sikkerheten løs. Vi står overfor veldig store endringer i helsevesenet. Nå er det mye mer press på dokumentasjon. Det medfører mye registrering, men slik vi har organisert oss kan mer og mer gjøres av kontorpersonell. I forhold til teknologiske løsninger er det enda mye å hente slik at en kan slippe dobbelarbeid og ekstra rapporteringsarbeid.”

Andre informanter er mer ordknappe, men én slår fast at en kirurgisk enhet ved sykehuset er et slikt godt eksempel. Den er kjennetegnet av at det som foregår er strukturert og gjennomsliktig, lett kontrollerbart. Der foregår også viktig utvikling av en elektronisk hendelseslogg.

*Ved ett større sykehus blir to sentrale avdelinger fremhevet:*

”Her er kriteriet for realiseringen av et godt medisinsk miljø at pasientene møter den ekspertisen de trenger. For å sikre at en utvikler et miljø som kan ivareta egne utviklingsbehov vektlegger de forholdet *mellom* legene. Dette er grunnlaget for at de har etablert et faglig forum, ikke som en formell møtevirksomhet først og fremst, men som daglige treffpunkter. Lagånd, åpenhet og engasjement og faglig trygghet, det er hva denne virksomheten bygger i det faglige forumet som er åpent for alle grenspesialistene”.

Dette oppleves som et fruktbart miljø. Slik det framstilles er det basert på et faglig og sosialt arbeidsfellesskap, med elementer av profesjonell og sosial støtte, og også vurderingsstøtte og praktiske råd. Åpenheten for usikkerhet har stor vekt – ellers er det tøft å blottstille seg. For eksempel sies det at feilbehandling er tillatt å ta opp, og her

kan en ta problemene opp i en trygg atmosfære. Synspunktet er at dette skal tas opp på linje med andre ting, og det skal kunne tas opp som en naturlig ting.

### God flyt – vi har slitt for det!

Dette eksemplet ble observert ved selvsyn av forskerteamets representant under besøksdøgnet.

En planlagt operasjon skal utføres, men det blir klart at det mangler en anestesisykepleier på operasjonsavdelingen. Skal de stryke? Løsningen blir at de gjør en rocade, henter anestesisykepleiere fra dagkirurgien til operasjonsavdelingen og omrokkerer folk slik at dagkirurgien også får den hjelpen de trenger. Dette viser seg å være noe annet enn en engangsepisode, det er en del av den interne overenskomsten på avdelingen om fleksibilitet og hjelp der det trengs. De hjelper hverandre over postplan.

Overlegen fremhever dette, at de samarbeider godt og hjelper hverandre. Pasientene får en hurtig gang gjennom systemet, uten unødig ventetid. ”Kirurgisk avdeling fungerer i dag godt i samarbeid med anestesi”, understreker han.

Dette er ett resultat av en lang prosess der man har sett på pasientflyt og samarbeid mellom anestesi og kirurgisk avdeling. Etter prosjektet fortsetter de nå videre med å møtes om morgenen hver uke for å koordinere seg. De stryker lite pasienter fra listen pga. dette samarbeidet, og resultatet er at de har svært lav strykprosent. De har ingen ”strykekomité” slik overlegen har erfart fra et av våre største sykehus. Tallene fra 2000 er klare: De strøk 13 pasienter i 2000 av totalt 3400 opererte. 18 pasienter møtte ikke opp. Revurdering av operasjonsindikasjonene var på 12 stk. 18 pasienter ble syke. At det ikke var tilgjengelig kirurg/operatør utgjorde 22 tilfeller.

Eksemplet forteller ikke minst om betydningen av lokalt utviklingsarbeid for å utnytte erfaringskunnskap hos ansatte, studere egen praksis og avdekke organisatoriske frihetsgrader.

Ved et annet sykehus er det geriatrisk avdeling og rehabilitering som fremheves som eksempel på at man har kommet langt. Her er rekrutteringen av sykepleiere god, hjelpepleierne er stabile og tar på seg viktige oppgaver.

Spørsmålet om gode eksempler blir imidlertid ikke godt mottatt av enkelte blant overlegene. De oppfatter det delvis som om det blir spurt om hva man snakker om i kantinen, et slags rykte, delvis kan det være at det faktisk er riktig som noen sier, at de ikke kjenner virksomheten i andre avdelinger utover sin egen og derfor ikke vil uttale seg.

### 5.5 Mål eller visjoner for utviklingen av legetjenesten for de nærmeste årene

Overlegene formulerer både hva de ønsker og hva de ser som mindre ønskelig. Dette spørsmålet innbød til en presentasjon av det legegruppen ønsker seg framover. Et synspunkt som framkommer i forskning om utviklingsprosesser, vektlegger betydningen av å tydeliggjøre egne "manuskripter" om fremtidsmål, fordi disse mer og mindre bevisst kan ha en styrende effekt på enkeltpersoners handlingsvalg. Også på gruppenivå er tydeliggjøringen av delte framtidsperspektiver grunnleggende for handlekraft. Det finnes også forskning som viser at personer og grupper som stadig kommer til kort med å realisere sine mål, få medvirkning i beslutninger som er viktige for dem, medfører en defensivitet, en form for lært hjelpeløshet (Seligman, 1978). Andre har rent taktiske grunner til å ikke flagge sine mål, kanskje deres strategi er "realpolitikk" i forvissning om at en til sist er meget avhengige av deres kompetanse og vilje til å samarbeide. Det er ganske knappe svar som gis fra de fleste informantene i gruppen. I svaret fra et mellomstort sykehus heter det:

"Vi ønsker å forutse og møte behov. Det er en kontinuerlig prosess å vurdere antall stillinger og typer subspecialiteter for å holde ventelister og møte behov."

Det ser ut til at den observerte forskjellen i orientering overfor egen avdeling versus hele sykehuset gjenspeiles i disse svarende. Noen svarer da med henvisning til mål og visjoner basert på den egne avdelingens virkefelt, men i tillegg understrekes at et mål er å følge med på den større faglige og teknologiske utviklingen, og – helst ligge i forkant for å kunne tilby brukerne kvalitet. Konkretiseringer av dette perspektivet i forhold til spesielle pasientgrupper finnes også i materialet. Ønsket om å få skaffet seg tid og rom til forskning hører med i bildet. Tidsbruk er nevnt av flere, en informant sier at "legene burde administrere mindre".

En av overlegene kommer med et erfaringsbasert, sterkt forsvar for lokalsykehus. Han har arbeidet også ved virkelig store sykehus, men erfaringene fra nåværende arbeidsplass har ført ham fram til nye synspunkter:

”Jeg tror på lokalsykehuset, og går mot spesialisering på alle nivåer. Vi skal ha grenspesialiteter, men vi trenger i større grad generalister. For eksempel er 40 % av pasientene over 80 år, og de har 4 diagnoser hver. Det trengs altså mer enn å være hjertespesialist, derfor har vi møte 2 ganger pr dag (morgenmøte og lunsjmøte) der det er mulig å lære av hverandre. Det er et viktig faglig forum. Legene er i dag i større grad konsulenter. Pasienten er med i større grad enn før, *bør* være med og *får* virkelig være med.”

Andre viderefører sine resonnementer basert på hva de oppfatter som mål i sykehuset:

”Visjonen og målet her er at legetjenesten utvikles på pasientens premisser. Pasientene ønsker ofte ultraspesialister, men det kan være dødelig å komme til feil spesialist. Allmennpraktikerne bør være en sil for spesialisttjenesten, og ikke slik det er blitt i Sverige der enhver kan henvende seg til spesialistene. Pasientene trenger å snakke med en fornuftig person med medisinsk utdanning. Kommunikasjon er en side ved legetjenesten som bør vektlegges. Det blir feil fokus når mediebildet bare setter søkelyset på ventelister for 2-3 prosent av pasientene.”

En annen presenterer sitt syn slik:

”Vi vil være best mulig og øke subspesialiseringen. Vi har for så vidt ikke noen skriftlig visjon.

Vi vet ikke helt hva sykehuset skal drive med i fremtiden fordi det kan komme endringer i eierforholdene. Det har vært snakk om at enkelte av våre spesialiteter skal bygges ut på et annet sykehus, men vi vet ikke hva det vil innebære for oss. Det kan også tenkes at vi kan få større oppgaver, og hva med bemanningen da? I det hele tatt er det flere usikkerhetsmomenter.”

Ved ett av de mindre sykehusene er det også en sammenheng mellom målene for legetjenesten og truslene om å ikke å ha noen framtid. Hvordan gjøre seg nyttig, kan oppleves som en paradoksal problemstilling i et lokalsykehus midt i en travel hverdag. Overlegen svarer:

”Sykehuset må finne nisjer: diabetes, kreftpasienter, poliklinikk for spiseforstyrrelser, etc.”.

Den sterke faglige interessen bærer i seg mye som er motiverende. Det kommer tydelig til uttrykk når man snakker med en av overlegene ved et av sykehusene som sitter trangt i det, men som ved den minste invitt snakker entusiastisk om et nytt behandlingstilbud til en plaget pasientgruppe.

## 5.6 Oppsummering

Overlegenes svar avspeiler ulikheter fordi de har tilknytning til sykehus som representerer forskjellige utfordringer pga. størrelse, plassering i helsetjenestestrukturen og erfaringer med overordnede og lokale endringsprosesser. Bevisstheten om nye krav og utfordringer har medført at overlegene ved noen enheter har funnet måter å støtte hverandre på gjennom tett sosial og faglig kommunikasjon. Orienteringen mot å finne løsninger som gjør behandlingen faglig vel forankret og vitenbasert, settes høyt. Refleksjonene viser også hvordan yrkesgruppen er opptatt av endringer i medarbeidernes og pasientenes forventninger.





# 6

## Om å være pasient

### 6.1 Pasienten alltid først

Sykehuset er til for pasientene. Deres erfaringer og opplevelse av behandlingen, de menneskelige møtene og sykehusets miljø vil ha en spesiell verdi for vurderinger av kvalitet, omsorg og effektivitet.

I vår første kartleggingsrunde møtte vi mange takknemlige pasienter, men vi så også at pasientenes forventninger til helsevesenet i stor grad var preget av alt de hadde lest og hørt om kriser, problemer og mangler. I mellomtiden er det vedtatt lover som er antatt å få betydning for en sentralt utfordring: stabilitet i kontakten med personalet. Den enkelte pasient skal nå få en fast kontakt på lege og sykepleiesiden, en person å forholde seg til.

I notatet fra første kartleggingsrunde (Sørensen 2000) rapporterte vi pasienterfaringer på en kvantitativ måte. Det kom fram at rundt ¼ av pasientene var elektive, dvs. kom til en planlagt innleggelse. Det var flest elektive pasienter på kirurgisk side, med planlagte operasjoner. De aller fleste av pasientene var med andre ord akutt pasienter.

I 2000-materialet fant vi at i alt ¼ av pasientene hadde opplevd utsettelse, og det var flest utsettelser i kirurgi. Utsettelsene varierte fra noen timer til 4-5 døgn. Tilsvarende tall fra 2001-registreringen viste en økning når det gjaldt utsettelser. Nå sa 40 % at de hadde opplevd utsettelse, flesteparten hadde vært utsatt for lengre utsettelser. Rundt 1/3 av pasientene fortalte at de hadde unnlatt å be om hjelp fordi de opplevde at personalet hadde det svært travelt i 2000, mens 23 % ga dette svaret i 2001. Vi regner da ikke med de som svarte at de prøvde å klare seg som best de kunne, men at man i noen tilfelle bare må be om hjelp.

### 6.2 Den krevende kommunikasjonen

De middels fornøyde pasientene har enten opplevd betydelige utsettelser i behandlingen og /eller ikke blitt tilstrekkelig informert, slik de vurderer det. Det er altså ikke nok at personalet er greie og

hyggelige. Disse pasientene har ikke kjent seg ivaretatt, og de forteller om sine erfaringer:

*Akuttpasient:*

”Personalet er greit nok og gjør sitt, men jeg kunne ha fått mer medisin for smertene”.

*Akuttpasient:*

”Personalet har det for travelt og tar seg ikke nok av pasientenes behov. Ellers er det kjekt å være på avdelingen”.

*Elektiv pasient:*

”Det er i og for seg bra, men kunne vært bedre. De har for mye å gjøre. De har ikke nok tid til å gi direkte kontakt, og de glemmer ting. Det durer på callingen hele tiden. Jeg var tidligere på region-sykehuset der de hadde mer tid og tålmodighet. De er jo blide og hyggelige her, men de er for travle og systemet er ikke godt nok organisert.

Min behandling ble gjennomført etter lengre utsettelse. Og jeg er ikke tilfreds med informasjonen. Jeg har hatt en fremmedspråklig lege som ikke forsto hva jeg sa og som ikke kunne gi meg forklaringer.”

### Emosjonelt arbeid og kommunikasjonsprosessen

Kommunikasjon er sentralt i alt terapeutisk arbeid. Når pasienten er smertepåvirket eller redd, vil han eller hun først og fremst etterspørre årsaken: Hvorfor har jeg smerter? Hva er diagnosen? Samtidig kan det være vanskelig å konsentrere seg om det som blir sagt nettopp under slike forhold. Helsepersonell og pasient har ikke alltid samme oppfatning av hvilken informasjon som faktisk er gitt. Det emosjonelle arbeidet som trengs for å gi pasienten en visshet om at han/hun er ivaretatt, krever at det er tid til å utvikle dialogen, anerkjenne at en må gjenta ting og aktivt forvise seg om at pasienten er fri til å stille spørsmål. I datamaterialet kommer det fram at en betydelig andel av pasientene etterspør mer informasjon, og noen mener at de overholdet ikke har fått noen informasjon.

”Jeg er ikke tilfreds med informasjonen og har måttet hale alt ut av legen og ingen av sykepleierne har villet si noe om hva som skulle gjøres i behandlingen.

Jeg har kjent meg noe utrygg, jeg ligger her i korridoren uten ringeklokke og det er vanskelig å få tak i personale om det skulle være noe. Lite og ingen informasjon skaper også utrygghet. Jeg vil derfor gjerne ha bedre informasjon og bedre kontakt med personalet.”

*Pasienter som ikke spør om hjelp*

”Nei, jeg har ikke spurt om hjelp fordi jeg har fått en følelse av å mase for mye og være til bry.”

”Jeg har unnlatt å be om hjelp fordi det har virket litt travelt, men det er jo ikke deres skyld, det er jo bare min skyld.”

**Noen har ventet lenge – noen har stått på for å komme til behandling**

Vi spurte både i 2000 og 2001 om pasienten hadde kommet inn akutt eller for planlagt behandling. For 2001 materialets vedkommende var det i flere tilfelle vanskelig å kategorisere. For en del pasienters vedkommende var det slik at deres situasjon var blitt forverret mens de sto på venteliste. Andre hadde blitt behandlet ved et stort sykehus, blitt sendt hjem og fortalt at det skulle komme innkalling til et mellomstort sykehus. Da denne innkallingen ikke kom, måtte pasienten appellere til regionsykehuset og etter at det hadde gått brev derfra med purring, kom endelig innkallingen. Noen pasienter lever med en kronisk lidelse som gjør at de stadig må være forberedt på å søke sykehushjelp.

Lettelsen og gleden er påtakelig blant dem som endelig er kommet fram i køen:

”Det var planlagt, ja. Jeg har stått på venteliste i 1 år. Alt ok. Operasjonen ble utsatt en dag pga at legene skulle være sikre på at en medisin jeg er avhengig av skulle virke. Det var jo helt greitt.”

En pasient forteller hvordan ønsket om å komme i arbeid igjen har motivert til å gjøre henvendelser til sykehuset i ventetiden:

”Jeg ble lagt inn på mandag, operert på tirsdag og kom ut på fredag.

Men jeg har gått sykemeldt i lengre tid, og har hatt vondt i ventetida. Det har vært hardt å gå hjemme, uten å ha noe fast å gå til. Jeg ble søkt innlagt i august 2000, fikk beskjed om at jeg kunne forvente å bli operert i løpet av mars 2001, men jeg ble tatt

allerede nå. Men jeg har drevet og ringt. Jeg fikk først ikke beskjed om hvor lenge jeg skulle vente. Legene her lovet at jeg skulle bli tatt i høst, men datoen ble flyttet hele tiden.

Det har ikke vært negativt for ventetiden at jeg har ringt så mye. Den dagen jeg ringte nå sist fikk de en avbestilling. Da fikk jeg timen. Det er en belastningsskade. Jeg har en jobb som gjør at dersom jeg ikke blir frisk kan jeg ikke fortsette i jobben.”

### Systemet, ikke personalet

De fleste av pasientene sier at de er fornøyde og har kjent seg trygge. De peker også på personalets innsats som forklaring. En kreftsyk pasient sier:

”Det er god ånd blant personalet, det smitter over på meg, jeg får god oppfølging av leger, de forklarer og begrunner og gir bra informasjon, det er stor åpenhet. Jeg kan velge mat.

Jeg føler seg trygg pga åpenheten fra personalet. Jeg setter pris på at jeg kan snakke om følelsene rundt sykdommen.”

Vi intervjuer en av de pasientene som har fått behandlingen betydelig utsatt etter at han kom inn akutt. Han ligger der og venter. ”Ja ringeklokken har vært i ustand i flere dager”, men han sier med et smil at ”jeg har jo fått en sauebjelle”. Det er dårlig luftesystem, dørhandtak er defekte, vindusvrideren er ødelagt, så det kan ikke åpnes. Pasientansvarlig lege og sykepleier tror pasienten ikke at han har. Men han gjentar at ”De – personalet – er enestående her”.

En annen pasient blant dem som har opplevd utsettelse sier at han er sint inni seg fordi legene må sitte på så mange møter. Han er blant dem som har klare meninger om sammenhengen mellom egne opplevelser og prioriteringer:

”Det er viktig at myndighetene gir sykehuset god økonomi slik at kompetansen ikke skremmes bort. Når det gjøres nedskjæring av sengeposter er det negativt.”

Den krasse kritikken fra pasientene kommer fram først og fremst i forhold til ”politikerne”. (Der de ligger i sykesengen er ikke pasientene nådig i sin dom over de som styrer og steller.) Pasientene er opprørte på vegne av det norske samfunn, lokalpolitikere, fylkespolitikere som ”ikke forstår å prioritere”.

Etter å ha konkludert med at det er systemet og politikken som svikter, og ikke personalet siden de gjør en storartet innsats, kommer flere pasienter med oppfordringer som ”Sykepleiere må få bedre lønn og mindre arbeidstid”, ”sykepleierne har altfor mye å gjøre, men vi har det godt!”, og ”Veldig bra pleie selv om det er for lite be-manning”. Når pasientene betoner at det de ser og opplever er en skam og samtidig retter kritikken mot helsepolitikken, er det meget tankevekkende. Velferdsstatens legitimitet settes på prøve gjennom de oppsummeringer pasienter og pårørende foretar.

#### De små sykehusene får mye anerkjennelse

Det er diskusjon om de små, lokale sykehusenes plass i strukturen innen den samlede helsetjenesten. Lytter vi til de pasientene som er intervjuet i denne undersøkelsen er synspunktene nokså entydige. To utsagn fra pasienter ved to små sykehus:

##### *Pasient, indremedisinsk diagnose:*

”Du føler at du ikke bare er et nummer i rekken. Du blir kjent med personalet, legene. De små sykehusene ivaretar best det enkelte mennesket.”

##### *Pasient, elektiv kirurgisk behandling:*

”Man er mer menneske her enn på et større sykehus, jeg har vært der og.”

Det som *gjøres* når det *ikke er mer å gjøre*, er viktig...

På de små sykehusene møter vi også et betydelig antall pasienter som er ferdigbehandlet fra for eksempel Det norske radiumhospitalet, regionsykehus eller større sykehus. Det lokale lille sykehuset følger opp med smertebehandling og pleie. Disse pasientene er kommet nært hjemmet og de pårørende. Det gjør godt å høre at de synes de har det så bra som overhode mulig. En av disse pasientene sa: ” Det er som å være på luksushotell her”. Og når, om ikke da, får begreper som LEON-prinsippet et svært konkret innhold?.

Vi registrerer at det er et mindretall som når de skal summere opp erfaringene, kommer ut med et negativt resultat. Det er ca 15 % som betegner seg selv som ”middels fornøyd”.

En pasient som representerer de ”middels fornøyde” sier:

”Det er overfylt og veldig travelt, oppkavet. Det er sånn nå også. De flytter bl.a. pasienter mye fra rom til rom, en dag enerom, så inn her på 4-mannsrom. Nettene er vanskeligst. Når vi er mange føler jeg at jeg uroer de andre med lyder fra magen og må stå opp mye.”

En som betegner seg selv som meget fornøyd oppsummerer slik:

”De (personalet) er hyggelige, imøtekommende. Jeg ser at de har mye å gjøre, jeg arbeider selv i helsesektoren. Mye blir jo glemt, men jeg forstår hvorfor.”

Det er ikke store svingninger fra 2000- til 2001-materialet, men det er en tendens til noe høyere forekomst av utsettelse. Vi spurte mer detaljert om hvordan pasienten hadde opplevd det å være i pasientrollen. Noen forteller om lengre perioder med utredninger:

”Jeg vet ikke hvor mange undersøkelser jeg har vært gjennom fra topp til tå. Det tok lang tid før de fant ut hva det var, har prøvd alt, men nå virker det som at de har funnet ut hva som mangler, så... - De har nok gjort alt de kan, men synes det har tatt lang tid da...”

Fra 2001-materialet framkommer følgende resultater:

*1. Stort sykehus*, tre av fire har opplevd utsettelse, men to opplever ikke utsettelsene som alvorlige:

Pasient 1: Opplever ikke utsettelsene som alvorlig

”Jeg har opplevd noen utsettelse, men ikke alvorlig. Det var greit. Hvis du spør får du informasjon, så det er greit nok”.

Pasient 2: Har ikke opplevde alvorlige utsettelse:

”Dette reagerer jeg negativt på. Jeg ble lovet at det gikk bra med operasjonen noen dager, så kom jeg inn igjen på denne posten. Jeg føler meg bedre ivaretatt her.

Hun legger til:

De kom gjerne med noe forklaring, men bare hvis du spør. ’Sier du ikke noe, sier ikke de noe. Sånn er det i dag, sånn er det bare.’ De som er vant til å være på sykehus klarer seg best. De herser ikke med dem.”

Pasient 3: Har opplevd stor utsettelse og har måttet vente flere dager.

”Det er forferdelig frustrerende. Det virker så dumt og dyrt, sløsing av penger, mister dager i praksis. Jeg står på liste hver dag. Jeg skal ha kanyler for intravenøst næring før behandling. Venter og venter, ’blir gal av det!’ Akutte kommer inn og ’tar’ min plass! Jeg føler meg ikke tatt på alvor. 3 dager med faste, så får jeg beskjed gjerne klokken 19.00 – 20.00 at det ikke blir noe av, og at nå kan jeg spise..”

2: *Middels stort sykehus*: 3 pasienter har opplevd store utsettelse, en fjerde pasient har opplevd mindre utsettelse.

Den første pasienten sier at han maser hele tiden om informasjon. Det tok 3-4 dager før de gjorde noe etter akutt innleggelse. Han fikk ingen informasjon om årsaken til den langvarige utsettelsen.

Den andre pasienten sier at begrunnelsen som han fikk, var at legene var travle. Han har fått høre at det er stor pågang i desember og januar pga. alle tilfellene med lungebetennelse. Nå venter han på ultralydundersøkelse. Alt går som det skal ellers, mye behandling.

Den tredje pasienten forteller at den nødvendige undersøkelsen ble utsatt i 4 dager. Pasienten har ikke fått noen begrunnelse for utsettelsene. ”Men det gjør ikke så mye, det er fort glemt når man endelig får behandling.”

Den fjerde pasienten forteller at han har opplevd noe utsettelse, men ikke alvorlig. Det har han tatt som selvfølge. Han sier at han vanligvis får en forklaring, ”i alle fall hvis jeg har spurt”.

3: *Ved de små sykehusene* er det ingen som rapporterer om utsettelse.

Som vi skal se senere, henger dette sammen med vesentlige forskjeller i aktiviteter, pasientgrunnlag og arbeidsdeling mellom sykehus på ulike nivåer med hensyn til spesialisering.



### 6.3 Noen casehistorier<sup>20</sup>

#### Mathilde, en eldre kvinne med mange plager

Vi møter Mathilde som snart er 90 år, en kvinne med fire diagnoser og som daglig opplever plager fra sin kropp. Etter å ha gått igjennom flere undersøkelser før hun ble innlagt, har hun endelig fått fastlagt sitt behandlingsopplegg og tidspunktet for inngrep. Hun så fram til å få hjelp. Men Mathilde ble skuffet der hun gikk med sine plager, veldig skuffet.

Hun er takknemlig over at den legen som skulle foreta behandlingen, personlig tok kontakt med henne for å forklare det inntrufne, at han var blitt syk.

I morgen skal Mathilde hjem har hun blitt fortalt, det ble ikke operasjon i denne omgangen. Hun skulle vært operert i går, og ble heller ikke tatt i dag. Så nå sendes hun hjem ”uten at det er ordnet med operasjon”. Mathilde er usikker på hvor lang tid det skal ta før hun igjen er å finne på ”operasjonskartet”.

Etter flere opphold er dette nå et sted der hun kjenner seg hjemme. Hun forteller at hun kjenner flere i den hyggelige og hjelpsomme betjeningen. Det affiserer henne lite at hun for tiden losjerer på et firemannsrom.

Mathilde har kjent seg trygg under oppholdet, og trygg på at det er greit å ringe på klokka når hun trenger hjelp. Fra hun kom inn har hun visst hvem som er hennes legekontakt og sykepleiekontakt. Hun sier at det fungerer veldig bra, og hun gir uttrykk for tilfredshet med måten hennes kontakter samtaler og informerer henne, ordentlig informasjon får hun. Hun har fått forklaringer på hvorfor det er blitt som det faktisk ble. Så selv om hun ikke fikk forrettet sin sak, er hun allikevel fornøyd.

Slik har det ikke alltid vært tidligere, og Mathilde forteller også om en innleggelse der det var usikkerhet rundt en diagnose.

---

<sup>20</sup> De casehistoriene som er gjenfortalt nedenfor, er i noen grad endret for å beskytte identiteten til den personen som har levert datagrunnlaget.

### Martin, en kreftsyk pasient

Martin er nylig blitt pensjonist. Han har en meget alvorlig sykdom, og han er sliten og matt. Det viste seg at det denne gangen var en spesiell årsak til dette. Selv om den akutte lidelsen ikke var så sjelden, tok det lang tid å finne diagnosen. Gjennom sin lange sykdomsperiode har han opplevd mange ulike behandlingsformer.

Han er middels fornøyd med det han har opplevd i sykehuset.

Det var hans akutte helsetilstand som brakte ham inn på sykehuset denne gangen. Han er i tvil om hvorfor de plasserte ham akkurat på den posten han nå ligger. Martin synes også at kommunikasjonen har vært dårlig. Legene har ikke vært innforstått med hans helsesituasjon.

Under sykehusoppholdet har Martin opplevd store utsettelse. Han lå i to uker uten behandling. Det viste det seg at han hadde en infeksjon. Feberen var meget høy, og han var preget av det og klarte ikke å reagere selv. Hans barn tok affære. Han sier at han er takknemlig for å ha barn som kan ta tak i ting. "Det må man ha". Hans barn har vært hans advokater i systemet.

Men han tenker nå at dette var to bortkastede uker. "Legene må jo huske at det er pasientens kropp", men samtidig roser Martin overlegen.

I ettertid har Martin fått forklaring på utsettelsene: En manglet svar på noen viktige prøver.

Ved forrige innleggelse hendte det også uforutsette ting, og han ble sendt hjem. Han måtte reinnlegges kort tid etterpå.

Martin sier at han har følt seg trygg under oppholdet. Han understreker at han har fått en veldig god kontakt med sykepleierne, og hver vakt får han beskjed om hvem som er "hans" sykepleier. Det setter han stor pris på. Han har også en fast legekontakt, men det har altså ikke vært til så stor hjelp for å forebygge utsettelse og problemer.

Martin har følt at han kan be om hjelp, ringe på klokka når han trenger det. Det har han også fått klar beskjed om. Men han sier også at en av hans generasjon ikke er så god på det med å be om hjelp.

Martin synes at sykepleierne gjør en god jobb, og han forstår at med ansvar for så mange syke, så har sykepleierne et enormt press på seg.

Sykepleierne har mange ulike stiler, har han lagt merke til: Noen sykepleiere er greie, hjelpsomme på sitt vis, mens andre yter mer omsorg. Martin synes at de yngre legene viser bedre takter enn de eldre når det gjelder holdningen til pasientene.

Martin er ikke imponert over norske sykehus når det gjelder forståelse av ernæringsbehovene til en kreftpasient. Han må selv be om kosttilskuddet som han tar. Martin vet hva han snakker om, han har lang fartstid som kreftpasient. Siden Martin har vært innlagt flere ganger, kan han sammenlikne sine erfaringer fra gang til gang, og han mener at det etter hvert er blitt noe bedre med informasjonen.

#### Inger – ”det ble bra da ting endelig skjedde”

Inger ble diagnostisert med en middels alvorlig lidelse. Hun måtte vente det dobbelte av den tiden hun var forespeilet. I ventetiden var hun engstelig, og hun fikk ingen informasjon om hvorfor det drøyd med innleggelsen.

Når hun er kritisk i sine vurderinger, retter hun kritikken mot myndighetene, for personalet gjør så godt de kan. Det er budsjettene og rammene som er for trange, og som dermed slår tilbake på pasientene.

Inne på sykehuset er det altfor ensformig og grått. Inger strever med å få i seg nok mat.

Hun har ikke fått tildelt lege eller sykepleierkontakt.

Før operasjonen fikk hun god informasjon. Nå skal Inger til et rekreasjonsopphold, men hun har ikke fått vite noe om stedet hun skal til eller opplegget der.

Personalet på sykehuset får ros fordi de har vært fleksible og hjelpsomme.

#### Ibrahim - ikke etnisk norsk pasient

Pasienten er avhengig av tolk. Den tolken han fikk kunne vært bedre.

Ibrahim sier at han er svært fornøyd med oppholdet på posten, men at han også har noen konkrete klager. Han reagerer sterkt på hvorfor han måtte møte opp på et tidspunkt bare for å få vite at det ikke skulle gjøres noe før dagen etter. Han sier at han nesten skrek av trøtthet etter

å ha reist så langt for å få denne beskjedene. Og det kom ingen beklagelse.

Ibrahim synes ikke han får noe særlig informasjon om hva som foregår. Etter mer enn halvannet døgn ligger han fortsatt på korridoren, men vet ikke hvorfor. Med sitt språklige handikap synes han det er vanskelig å spørre, også om hjelp. Så han bare ligger der, uten informasjon.

Ibrahim har ikke fått tildelt noen sykepleiekontakt og heller ikke noen lege. Hans inntrykk er at personalet har det for travelt på norske sykehus, og at de ikke tar seg nok av pasientens behov. Ellers er det kjekt å være på avdelingen. Ibrahim setter pris på den medisinske behandlingen han som kroniker, er avhengig av.

#### Per, en ung mann med akutte plager, alvorlig diagnose

Per, en ung mann i tjuetårene sier at han er middels fornøyd med oppholdet på posten.

I Pers tilfelle var det en akuttinnleggelse. Allikevel måtte han vente i timer på å få en seng.

Han sier han må mase for å få informasjon.

Personalet er greie nok, men han har lært at han oppfattes som masete dersom han spør om hjelp. Han har derfor latt være å spørre. Han fikk ikke hjelp da han var som mest smertepåvirket.

Sengen til Per står i korridoren. Det er ingen ringeklokke, og han sier han kjenner seg noe utrygg. Det føles også utrygt at han må hale informasjon ut av legen, og sykepleierne sier ingen ting.

Per har ikke fått noen spesiell legekontakt. Når det gjelder sykepleiere, så har han funnet ut at nålen på sykepleieruniformen forteller ham om han her har med en sykepleier å gjøre som er tilknyttet hans pasientgruppe. En sykepleiekontakt i betydningen en pasientansvarlig sykepleier har han ikke.

Per sier at det viktigste må være at en får til en endring som gjør at personalet kommer til pasienten og ikke omvendt.

Anna håper det går denne gangen...

Forrige gang måtte Anna gjøre vendereis. Den gangen hopet det seg opp med mange akuttinnleggelser, og nå har hun fått en mulighet igjen. Anna er ikke spesielt oppbrakt over dette, men reagerer mer avventende nå som hun ser at inngrepet igjen er forskjøvet. Etter flere timer har hun fått vite at det kanskje skjer i morgen. Hun har fått en relevant forklaring, og regner med at det ordner seg. Først og fremst er hun takknemlig for at det ser ut til å la seg løse.

Men noen pasientansvarlig lege eller pasientansvarlig sykepleier har Anna ikke hørt noe om.

#### 6.4 Varierende praksis med pasientansvarlig lege og sykepleier

Data viser at pasientene ved de ulike sykehusene har opplevd varierende grad av "faste kontakter". Ved ett sykehus er praksis med pasientansvarlig lege og sykepleier åpenbart innført. Her forteller pasientene at de har fått et kort der det står hvem som er ansvarlig lege og sykepleier. Og de gir uttrykk for at disse, "deres egne", er flinke til å informere de andre som kommer på vakt når kontaktlegen eller sykepleieren går av. Pasientene her sier da også at de alltid får vite det en trenger.

Ved de øvrige sykehusene er pasientansvarlig lege/sykepleier ikke et begrep pasientene har et forhold til. Vi finner eksempler der kreft-pasienter og andre med et sammensatt diagnosebilde, forteller at de får mest oppfølging fra én lege, de oppfatter denne legen som deres lege.

Noen pasienter opplever at det er en 3-4 leger som ambulerer og som alle har ansvaret. En pasient uttrykker seg slik:

"Jeg kan ikke si at jeg har fått en spesiell, pasientansvarlig lege for meg, men jeg føler at alle har vært ansvarlige. Opererende lege har vært innom flere ganger for å høre hvordan det går. Sykepleierne noterer hva jeg sier, og det kommer tilbake via legene som sjekker hva sykepleierne har sagt.

Jeg spør ivrig, og jeg har også skaffet meg mye informasjon om lidelsen selv. Men jeg har fått beskjed om hva som skulle skje, om prosedyrene mv."

Pasienter som ikke har kjennskap til om de har en egen legekontakt, kan komme med uttalelser som ”jeg synes legen har satt seg dårlig inn i min journal”. Noen sier også at de har flere leger, og at det som disse legene har til felles, er at ”alle er veldig opptatt”.

Det samme bildet tegnes av pasientenes forhold til sykepleierne. Flere pasienter understreker at ”det er en hel gruppe som alle passer på meg, ingen som er min spesielt”. Sykepleietjenesten er organisert etter forskjellige mønstre på sykehusene, en del praktiserer gruppesykepleie, noen har teambasert sykepleie og noen primärsykepleie eller tilnærmet primärsykepleie. De som faktisk har fått tildelt pasientansvarlig sykepleier vet å sette pris på dette. Andre er i tvil, når vi spør om de har egen pasientkontakt:

”Ja, det spør, hvis en kan regne med fargekodesystemet?. Sykepleierne er ansvarlig for pasientene på rommene som har samme farge på døra som de har på nåla på kragen.”

### Studenter gjør en viktig jobb, men...

Studenter er ikke ferdige kandidater, og enkelte pasienter opplever deres manglende profesjonalitet som ugreit. Det påpekes at de er uproffe og kan ha en krenkende atferd. En pasient beskriver sin opplevelse av studenter med å si at

”De trækker over en terskel som de ikke bør overse. De spør meg om ting i andres påhør, eller de kommer og skal være ’venninne’ og prater om egne erfaringer. De kan komme inn på rommet mitt og la døra stå oppe mens de snakker høyt om komplikasjonene.

Sykepleiere og hjelpepleiere er derimot proffe: de banker på, og spør etter å ha lukket døra, osv. Noen bør ta opp slike forhold med sykepleiestudentene.”

## 6.5 Det flerkulturelle Helse-Norge

I flere av pasientintervjuene kommer det fram at pasientene ikke alltid opplever det så enkelt når legene eller sykepleierne ikke snakker norsk. Deres kompetanse betviles ikke, men det skjer noe med kontakten og tilliten når lege og pasient ikke snakker samme språk. Vi har allerede møtt pasienten som ikke behersket norsk og som var avhengig av tolketjeneste. Det kan fungere under konsultasjoner, men i alle de timer og døgn der pasienten ligger der alene, kan mangelen på

språklige ferdigheter være skremmende for ham eller henne. Dette dreier seg heller ikke bare om språk i betydningen å forstå hva som sies, det har også med atferd og kroppsspråk å gjøre.

Språk og kulturproblemet er ikke bare knyttet til pasienter med dårlige norskkunnskaper og liten kjennskap til hvordan det fungerer på norske sykehus, det er også snakk om utenlandske leger og sykepleiere som skal behandle norske pasienter med varierende språk-kunnskaper. For pasienten som behandles av en lege eller sykepleier som ikke kan / kan dårlig norsk, kan dette sette spor i form av utrygge tolkninger: Hva var det egentlig legen sa? Fremmedgjøringen blir forsterket. En kreftpasient som opplever både smertefulle og plag-somme behandlinger forteller:

”Legevisitten har jeg behov for å snakke om. De kommer gjerne mange, opptil 10. Jeg ligger der i sengen, og det snakkes over hodet mitt. Autoriteten der oppe, og jeg der nede lenket til sengen med slanger og alt. Jeg ligger og stirrer framfor meg. De kan snakke både engelsk og tysk seg imellom, eller andre språk. Man får ikke fortrolighet med legene da. Er det virkelig nødvendig?

Jeg er sikker på at det er mange med meg som føler seg elendig med dette.

Det er straks bedre når jeg kommer meg opp i en stol – jeg holdt på å si når jeg kommer meg opp i dagslyset! Det er for eksempel to leger som diskuterer. Resten står og ser på. Og så bruker de mange fagord som jeg ikke skjønner noe av. Men når de er så mange, kan jeg jo ikke begynne å spørre om hva det betyr. Det er nok de færreste som tør å samle seg til å føre en vettug samtale.

Men på ettermiddagen eller kvelden kommer legen min alene, da kan man stille de spørsmålene man har på hjertet.

Det er jo det at når man ligger på rom med andre – opptil fire personer, så har du ikke så lyst til at de andre skal høre hva som feiler deg. Du blir redusert til å bli et kasus som ligger i senga. Det er ydmykende.

Når man ligger på firemannsrom, blir det så mye bråk. En blir enda sykere av det. Det er jo plassmangelen som virker inn, men...

Det er nedverdiggende for den som er syk – kanskje like mye for den som er friskere? Når man ligger der og spyr, så må de andre pasientene hente spybekken til deg – det belaster dem. Dette har

ingen ting med personalet å gjøre; det handler om romkapasitet. Når man er frisk eller nesten frisk, er det trivelig med selskap. Jeg synes to pasienter pr. rom er nok. Når jeg er virkelig dårlig vil jeg helst være alene.”

En pasient med alvorlig, kronisk sykdom som sier at hun ikke er fornøyd med informasjonen, begrunner dette slik:

”Jeg har en lege her som ikke snakker norsk, ikke forstår norsk og ikke kan forklare på norsk. Legen svarer aldri annet enn 'bare bra' når jeg spør om noe. Han ordner heller ikke med f.eks. sykemeldinger.”

I sykehus som har et særlig stort innslag av fremmedspråklige medarbeidere, kan det også inntreffe pussige episoder som gjenfortelles i intervjusituasjonen. Følgende historie fra et sykehus som har svært mange svenske sykepleiere, er fortalt med et smil: En gammel dame kommer akutt til sykehuset, hun får nødvendig behandling og blir operert. Når hun våkner er hun svært glad for at hun kom til behandling på sykehuset, og sykepleierne tar seg veldig godt av henne. Det første hun sier etter å ha våknet og fått orientering om hva som har skjedd er: ”Det var jammen bra at jeg fikk så rask hjelp når jeg var så dårlig. Men, - var det nå nødvendig å sende meg helt til Sverige?”

### Mange språkgrupper

Vi spurte informanten på basisposten om hvor mange språkgrupper som var representerte i personalet, og hvorvidt språk / manglende norskkunnskaper representerer et problem i forhold til pasienter eller kolleger.

Den vanligste fremmede nasjonaliteten er svensk, men ikke alle oppga språkene. I gjennomsnitt er det 3,3 fremmedspråk i avdelingene. Ved en avdeling sies det fra overlegen at det er betydelige samarbeidsproblemer på tvers av språk og kulturer blant legene, særlig spesielt på et fagområdet.

Det andre sykehuset der informanten sier at språk er en hindring i samarbeid og overfor pasienter, har 8 språk representert i personalet. Noen har bare svart at ”alle snakker nå norsk, noen har annen språkbakgrunn”.



Det er interessant at mens flere *pasienter* snakker om språkproblemer, gir informanten på vegne av den avdelingen uttrykk for at dette ikke er noen hindring i forhold til pasienter eller de ansatte imellom. Dette innebærer at personalet enten ikke anerkjenner pasientenes opplevelser av disse barrierene, eller at de slutter seg til konklusjonene ut fra egne erfaringer. Selv om personalet kan ty til engelsk eller tysk, kan det by på problemer pga. pasientens manglende språkkunnskaper, eller pga. legens eller sykepleierens.

#### Ikke bare lingvistisk problem?

Spørsmålet om språk er egentlig noe mer enn et teknisk oversettelsesproblem. Tolking er noe mer enn å oversette ord; pasienten trenger å vite om rutiner og begreper fra sykehushverdagen. Kulturelle koder signaliseres på spesifikke vis, for eksempel når det gjelder å uttrykke smerte eller symptomer. Som vi tidligere har understreket, er det ikke bare snakk om "et stykk" sykepleier eller lege som kan byttes ut mot hverandre når vi går fra land til land, helsetjeneste til helsetjeneste. Dersom sykepleie og legegjerning skal leve opp til sine idealer om at pasienten skal tas på alvor, at det skal vises respekt og empati, er det kanskje nødvendig med en bredere forståelse av både språk og kulturelle regler og normer.

### 6.6 Pasienterfaringer med betydning for sykehuset som lærende organisasjon

Alle sykehus skal etter intensjonene være forsynt med en økonomi som gjør at de kan finansiere sine aktiviteter. Dersom fordelingen av midlene er gjort slik at sykehusene har tilnærmet like betingelser, vil vi kunne forvente at pasientene har like stor sannsynlighet for å oppleve pasientrollen som en god erfaring. Det er ingen grunn til å tro at personalets motivasjon og anstrengelser i utøvelsen av sine profesjoner er systematisk ulik fra virksomhet til virksomhet. Når vi finner betydelige variasjoner i ventetider og forekomst av utsettelse, men også i evne til å informere pasientene i tråd med deres behov, kan det ha mange forklaringer. Kompleksiteten i aktiviteten er en viktig faktor iallfall når det gjelder utsettelse. Noen virksomheter har valgt å skille så langt som mulig, mellom elektive og akutte behandlingslinjer. Andre har gjort en seksjonering som skaper større oversikt over forholdet mellom planlagt og gjennomført aktivitet, over ressurser og

muligheter til å holde driften med en bestemt gjennomføringstakt. Ett sykehus har gått lengre enn vanlig i å utvikle fleksibilitet mellom teamene i sin operasjonsavdeling: man låner hverandre personale.

Det er kommet fram at det er betydelig variasjon i evnen til å leve med personalmangel eller personalknapphet. Målsetningen er å redusere ikke-ønskelige variasjoner i produksjonen. Pleiepersonalet utviser stor kompensatorisk innsats der det kan være sviktende gjennomføring. Derfor kan vi se at pasienter føler seg meget godt ivaretatt fordi de har fått informasjon og forklaringer som gjør at uventede og ikke ønskelige hendelser blir forstått og akseptert. Sam-tidig har vi sett at det er en grense for hvor langt et hjelpsomt og hyggelig personale kan veie opp for svikt mht organisering, system-svakhet og ressursknapphet.

Pasienterfaringer fanges opp på forskjellige måter i sykehus og kommunehelsetjeneste. Verdifull formidling av kliniske data blir grunnlag for forskning og utvikling av nye behandlingsformer. Gjennom avviksmeldinger og pasientklager kommer en rekke nyttige data fram til helsepolitikere, og i noen tilfelle fører det til at pasienter får erstatning eller i det minste en forklaring på en uønsket hendelse. Data om ventetider og køer legges fram, men blir også gjenstand for diskusjon. Hvor reelle er tallene om køene, spørres det. Brukes slike tall strategisk? Det er antakelig tilstrekkelig at mistanken reises om at pasientene brukes i kampen om ressurser.

Her er vi opptatt av hvordan helsetjenesten bruker pasienterfaringene innad. Det er viktig, ikke minst når pasientene i stor grad frikjenner de ansatte og anklager systemet og politikken. Vi finner da også eksempler på at en gjør egne undersøkelser ikke sjelden som ledd i oppgaver ved videregående sykepleiefaglig utdanning, ved de studier som tilbyr mastergrader i folkehelse eller helsetjenesteadministrasjon. Når man så tar fatt på en systematisk gjennomgang av egen praksis for eksempel ved å gjøre det til et felles prosjekt å samle data om forholdet mellom forventet forløp og faktisk forløp i behandlingen, legges forutsetninger for en felles og tverrfaglig forståelse av organisatoriske utfordringer. Denne typen tilnærminger gjør endringsarbeid til noe annet enn brysomme omstillinger, og øker sannsynligheten for at dialogen mellom ulike profesjoner blir stadig mer fremtidsrettet. Det ligger mange belønninger i å trekke inn også pasient-

erfaringer på måter som gjør at en kan glede seg over hva man får til i fellesskap.

# 7

## Ekstravaktene og den permanente midlertidighet

### 7.1 Relasjonelt og emosjonelt arbeid krever en viss stabilitet

I forrige kapittel fikk vi ta del i pasientenes erfaringer. De fortalte om god behandling og hva det betyr å ha tilgang på kvalifisert og hjelpsomt personale. Pasienthistoriene inneholdt også erfaringer om hva travelhet, knapphet og midlertidighet kan gi av konsekvenser. Som pasient vil man gjerne ha en visshet om å bli fulgt opp, og at ens sak skal bli ivaretatt. I sosiale systemer der en ikke våger å stole på rutiner, blir en desto mer opptatt av å søke trygghet hos personalet. Derfor hørte vi ofte at pasientene fremhevet det som en kvalitet at de samme legene og sykepleierne kom igjen, og at de selv fikk en følelse av å bli gjenkjent som personer. Personalet er også svært opptatt av at pasientene skal vite at de blir sett som enkeltmennesker, og at relasjonene som etableres under behandling og pleie, formidler at pasienten er mer enn en diagnose. Å kunne gi pasienten den lille ekstra oppmerksomheten, var også noe mange sykepleiere vektla. Samtidig beskrev sykepleierne hvordan knapphet og konflikterende krav i arbeidet kommer i veien for mulighetene til å realisere det emosjonelle arbeidet. Rolleambivalens er opplevd av mange og dette knyttes i forskningslitteraturen til helseplager og i verste fall, utbrenthet (Sørensen et al 1997, Roness 1995, Falkum 1992). Dermed oppstår økt tendens til sykefravær, og sykefravær bidrar igjen til behov for vikarer og ekstravakter, overtid og en videreføring av permanent midlertidighet (Hofmaier 1980).

Sykefravær i helsesektoren skaper spesielle problemer i gjennomføringen av arbeidet nettopp fordi det relasjonelle og emosjonelle arbeidet krever en viss stabilitet. Noen deler av arbeidet eller "produksjonen" kan organiseres slik at en motvirker sårbarhet i driften. To operasjons-/og anestesivdelinger i datamaterialet har funnet fram til løsninger som de er fornøyde med. Arbeidet de utfører kan avgrenses i relasjon til pasientens totale behandlingsforløp. Ettersom pasienten er lengre på sengeposten, representerer de

relasjonelle sidene ved pleie- og omsorgsarbeid derfor noe annerledes utfordringer.

I samtiden og i ledelseslitteraturen er mange opptatt av at en skal øke fleksibiliteten i arbeidsorganisasjonen ved bevisst å skape en arbeidsstokk der en har en viss andel kjerneansatte, en nesten like stor andel kontraktsarbeidere og noen på tilkalling, dvs. en stående reserve som kommer på en dags varsel (Atkinson 1984). Da blir det en utfordring å styre tilgangen på personal, slik at man verken har for mange eller for få. Når det er overskudd på arbeidskraft, er det enklere for virksomhetene å sikre seg akkurat de ansatte som en har bruk for og når det er bruk for dem. I helsesektoren er bruken av midlertidig ansatte, ekstravakter og overtid en lang tradisjon. Som vi tidligere har påpekt, kan det komme en rekke positive effekter ut av at midlertidig personale bringer med seg erfaringer og faglige impulser. Profesjonelle yrkesutøvere lærer effektivt ved å få nye samarbeidspartnere. Når knapphet og mangel gjør at en så å si fra dag til dag må hente inn ekstrapersonal, kan det imidlertid oppstå en splittet kultur. De faste og de midlertidige kan trekke i hver sin retning når det gjelder forståelse av hva som er viktig, hvordan man skal prioritere og gjennomføre arbeidsoppgavene.

## 7.2 Hvordan rekrutteres ekstravaktene?

Datamaterialet viser at det er et betydelig antall ekstrapersonale på vakt, men omfanget av tilgjengelige ekstravakter varierer. Sykehusene har ofte ekstravaktkontorer/sentraler som formidler ledige vakter til personer som henvender seg og tilbyr arbeidskraft. Dette gir en ryddig situasjon for den som ønsker å arbeide som ekstravakt, men kan representere mindre grad av fleksibilitet for avdelingene som ønsker stillingen besatt av ekstravakter som de er blitt kjent med og som kjenner avdelingen.

Ved en del sykehus er det avdelinger og poster som selv tar kontakt og skaffer seg sin egen liste over tilgjengelige ekstravakter. Ulempen med denne ordningen er at avdelingsleder eller kontorpersonale på avdelingen kan bruke mye tid i telefonen for å skaffe nok ekstravakter.

I ett større sykehus utgjør ekstravakter 11 % av personalet som mottar lønn fra sykehuset. I dette samme sykehuset oppgis sykefraværet til ca

8 %. Her er det avdelingssykepleier som holder oversikt og skaffer tilgangen på ekstravakter. Det er i hovedsak personer uten helsefaglig utdanning som inngår i ekstravaktgruppen ved dette sykehuset.

### 7.3 Ekstravaktene, hvem er de?

Ekstravaktene har stor betydning for avdelingene. Siden de skal fylle inn for det faste personalet, er det avgjørende at de har en faglig bakgrunn som helt eller delvis kvalifiserer dem for oppgavene. Observasjonene fra 1. kartleggingsrunde gjorde oss nysgjerrige på ekstravaktene, hvem er de? Dette er bakgrunnen for at de ble bedt om å delta i et intervju i 2. kartleggingsrunde.

Det skulle vise seg vanskelig å få ekstravaktene i tale. De som ikke hadde helsefaglig utdanning, vegret seg mot å bli intervjuet. Ekstravaktene som stilte opp til intervju, hadde utdanning som hjelpepleiere eller sykepleiere. Det vil dermed være en systematisk skjevhet i materialet i forhold til den totale mengden ekstravakter.

I løpet av observasjonsdøgnet fikk vi i tale ekstravaktpersonale som hadde tilhold i sykehuset til daglig, men som altså nå tok ekstravakt. Vi traff representanter for sykepleiere og hjelpepleiere som enten hadde redusert stilling eller hel stilling, og enkelte som utelukkende tok ekstravakter.

#### En hjelpepleier i ekstravakt

En hjelpepleier i halv stilling nattevakt, var på aftenvakt på en "fremmed" post, da vi møtte henne. Denne ekstravakten hadde fått opplæring ved å gå sammen med sykepleier/ hjelpepleier i avdelingen. I tillegg praktiserte avdelingen en ordning der ekstravaktene kunne skrive opp på en liste hva de ville gjennomgå og friske opp av kunnskaper.

Denne ekstravakten synes at tempoet stort sett er høyt. Men hun søker seg gjerne til denne avdelingen fordi den er så bra sosialt, "den beste på huset". Og hun har stort sammenlikningsgrunnlag siden hun har "vært på mange avdelinger, sett og jobbet på store deler av huset". Ved denne avdelingen er miljøet slik at det er lett for en ekstravakt å stille spørsmål og få praktisk hjelp. Personalet hjelper hverandre med oppgavene. Men ekstravakten synes at en kunne trenge flere folk til å ha kontakt med pasienter, snakke med dem og ha tid til dem.

Ved et annet sykehus forteller en annen hjelpepleier nesten den samme historien. Også her vet de å ta vare på de verdifulle ekstravaktene: ”Det er viktig at ekstravaktene får et godt inntrykk slik at de kommer tilbake”, blir det sagt.

Blant ekstravaktene som vi intervjuet, var også en representant for hjelpepleierne som hadde sluttet i ordinær stilling, for utelukkende stort sett å ta ekstravakter. Hun var innstilt på å være fleksibel, og hun understreket at det er viktig å få tak i hva slags filosofi en har på den enkelte avdeling for å kunne gli godt inn i miljøet. Også som ekstravakt, opplevde hun tempoet som høyt, at de var få folk og derfor måtte vente på hverandre for å få hjelp.

### Ekstravakt som sykepleier er krevende

Forventningene til sykepleierne som tar ekstravakt, synes å være mer krevende. Sykepleieren vi møter på en kirurgisk avdeling forteller at hun har vært på to opplæringsvakter, men hun føler allikevel at hun for raskt ble satt inn i krevende oppgaver.

Det sosiale miljøet på posten er greit nok, men arbeidet er noe preget av at det er dårlig kommunikasjon fra ledelsen overfor posten der hun arbeider.

### Når ekstravakten er innvandrer og vedkommendes utdanning ikke anerkjennes i Norge

På det store sykehuset der hun nå arbeider, er hun i jobb som hjelpepleier. Hun sier at hun ikke fikk noen opplæring på posten. Hun opplever at det er betydelige forskjeller fra sitt eget land. Her sier hun at folk bare har et profesjonelt forhold til hverandre, det er ikke noe personlig. Selv om hun føler at hun både kan spørre når hun er usikker og spørre om praktisk hjelp, er hun usikker på hva jobben hennes egentlig omfatter.

Hun føler at hun vanligvis får samme behandling som norske medarbeidere og at kollegene viser henne tillit. Men hun sier at noen pasienter viser at de synes det er brysomt når hun steller dem fordi de ikke alltid forstår hva hun sier. Noen pasienter er også mistenksomme overfor hennes informasjon, men de fleste stoler nok på henne, oppsummerer hun.

Hun synes det er en del viktige ulikheter mellom erfaringene fra eget opphavsland og hva hun erfarer i Norge. Mye er mer moderne i Norge. Hun har møtt det norske byråkratiet, og hun synes det er rart at et land som så sårt trenger sykepleiere, ikke legger bedre til rette for at en med hennes bakgrunn kan få oppgradert utdanningen sin, slik at hun kan fungere som den sykepleieren hun føler at hun er.

#### 7.4 Merarbeid er en dagligdags ting

For at det ikke skal forbli bare en påstand at den permanente midlertidigheten har klare konsekvenser, kan vi se nærmere på noen data om arbeidstiden. Arbeidstiden er på den ene siden klart definert i stillingsbrøker inntil desimaler. På den andre siden forteller sykepleierne om at de ofte må gå over for å gjøre ferdig dokumentasjonsarbeid. Desto høyere innslag av ekstrapersonale, jo større krav til de fast ansatte om å etterlate seg ryddige og entydige beskjeder og sikre seg at det ikke er løse tråder i forhold til pasienter som de har hatt kontakt med under vekten og som de skal avklare eller ordne noe praktisk for. Derfor blir sykepleiere som har hatt teamansvar eller som arbeider innenfor et primærsykepleiersystem gjerne værende igjen etter at vekten er over. Det kan dreie seg om et kvarter, en halvtime eller halvannen time. Dokumentasjonsoppgavene er særdeles viktige og kan ikke utsettes, det påtroppende personalet må kunne finne nøyaktige opplysninger om pasientens inntak av veske, mat og medisiner. Forandringer i pasientens tilstand og behov for oppfølging, bestillinger i forhold til videre behandling må formidles videre. Har vekten vært travel er det viktig å sjekke særlig nøye at alt er kommet med.





## 8

## Verneombudets erfaringer

## 8.1 Verneombudene fyller en viktig funksjon

Virksomhetene er pålagt å ha verneombud. Verneombudene er de ansattes ”øyne” for arbeidsmiljøet, utfordringer og muligheter for å ivareta hensynene til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Verneombudet har etter arbeidsmiljøloven en viktig funksjon. For å kunne fylle den må ombudet ha en viss skolering. Det kan knipe med å få slik utdanning: Det dreier seg om å få tid til å dra på kurs, men også om at noen sykehus ligger slik til at tilbud om kurs ikke gis så ofte. Passer det ikke å gi verneombudet fri, kan det gå måneder før neste anledning til å delta.

De som får skikkelig innføring og opplæring i arbeidsmiljøspørsmål, mener at dette er både nødvendig og verdifullt. I enkelte tilfelle er det overlapp mellom posisjonen som verneombud og tillitsvalgt. Det kan være en styrke, men det er omdiskutert om dette er en heldig kombinasjon, idet ombudet skal være *hele* personalets arbeidsmiljørepresentant.

## 8.2 Hvilke utfordringer ser verneombudet?

Noen av verneombudene rapporterer om definerte problemområder som tar deres tid og oppmerksomhet, andre forteller at de arbeider i tråd med en større strategisk orientering overfor arbeidsmiljøet med prosjektrettet arbeid eller programmer. Det er også dem som innleder samtalen med å fortelle at det er vanskelig å finne rom til å fungere som verneombud i en travelt arbeidshverdag.

”Det er sammensatt: Noen grupper, sykepleierne, krever oppfølging fordi de sliter enormt tungt. Det er samarbeidsvansker som er skapt på grunn av omorganiseringer som tar tid og oppmerksomhet. Men vi strever også med et par dominerende fysiske miljøutfordringer.”

Verneombudene må gjøre en innsats for å leve opp til sitt mandat: det krever en aktiv holdning utover det å arbeide med spesielle saker.

To av verneombudene formulerer seg slik:

”Min oppgave er å være med og delta, men også ta ansvar for å få ansatte og ledere til å engasjere seg for å skape et godt arbeidsmiljø. Det er viktig, men like viktig er å påse at lover og forskrifters krav til helse, miljø og sikkerhet blir fulgt.”

”Den viktige utfordringen er å motivere kolleger til å engasjere seg i arbeidsmiljøet, men også å påvirke ledelsen til å bruke personalet og verneombudet inn i avgjørelsesprosesser. Når man gjør det, får personalet erfaringer med at de har påvirkningsmuligheter, at det teller hva de erfarer. Her er det et stort forbedringspotensial.”

Et flertall av verneombudene fremhever arbeidet med organisatorisk og psykososialt miljø som avgjørende. Noen leter etter bedre kartleggingsmetoder for å kunne dokumentere de psykososiale forholdene på en måte som når frem til beslutningsfattere. Andre verneombud er i gang med prosjekter der det utøvende og konkrete psykososiale miljøet er i fokus. Dette engasjerer også verneombudet til å være mer synlig og løfte fram viktige tema, slik at det ikke bare blir oppmerksomhet mot enkeltsaker og personer, men økt forståelse for betingelsene for å utvikle et godt psykososialt miljø:

”Jeg ser de største utfordringene i det psykososiale miljøet. Det dreier seg mye om å verne om de kollegiale forholdene. Dessuten er det viktig å drive med god informasjon om endringer som skjer.”

Underbemanning sees som en av faktorene som krever oppmerksomhet fra verneombudets side, også når det gjelder de konsekvenser dette kan få for det psykososiale miljøet over litt tid.

”Det varierer i perioder. Vi har en avdeling med veldig høy aktivitet. Det går ut over arbeidsmiljøet. Vi er underbemannet nå, i forhold til sykepleiere - og så blir det misnøye. Mens de fysiske forholdene er godt ivaretatt, er det psykiske en større utfordring.”

Hvordan ligger avdelingen an når det gjelder overtidsbruk?

Overtidsbruk kan være en meget viktig faktor i opplevelsen av det psykososiale arbeidsmiljøet.

Overtid er ofte noe man ”bare må” regne med i perioder. For noen representerer forespørsler om overtid en vedvarende situasjon. Som vi så tidligere, er forespørsler om overtid en av begrunnelsene for ikke å

ha heltid, mens andre begrunner sin heltidsstilling med at det da er lettere å si nei til overtid/ekstravakter.

Sykehusene melder om at det helst er sykepleierne som har overtid. Det er allikevel betydelig variasjon mellom sykehusene. Vi har flere datakilder som dekker dette, blant annet registreringer over døgnet. Det kommer også fram at begrepene er relative når de brukes som sammenlikning. For eksempel sier en ved en avdeling i ett sykehus at ”Her er det veldig lite, ikke mer enn 200 timer”. Andre avdelinger ved samme sykehus kan derimot fortelle at det er mye overtid pga. sykepleiemangel. Ved ett sykehus sier de at det er enkelte som ligger på 400 timer pr år.

Noen verneombud gir uttrykk for at overtid periodevis er stor belastning. Andre er meget omtrentlige i sine vurderinger og sier at det er ”ikke mye”.

Flere karakteriserer situasjonen slik ”Det er mye overtid på grunn av sykepleiemangel, men de i reduserte stillinger tar det meste”.

Andre beskriver situasjonen ved å si med bred penn at det er overtid for sykepleierne, sjelden for hjelpepleierne.

”Her i avdelingen er det periodevis stor belastning. Mest for sykepleierne, hjelpepleierne har ofte redusert arbeidstid i utgangspunktet.”

”Det er stort sett bra. Mest overtid for sykepleierne.”

Overtid er ikke jevnt fordelt i sykepleiergruppen: noen tar unna for over 400 timer ved ett sykehus, andre har nesten ikke noe. Det blir søkt om dispensasjon for dem som går over den lovlige grensen. Pålagt eller beordring til overtid er noe en unngår så langt råd er.

**Hvordan vil du karakterisere arbeidsbelastningen for de ulike gruppene i avdelingen?**

”I denne perioden er det særlig tungt for sykepleierne. Vi mangler sykepleiere: 2 dag, 2,5 kveld, 1 natt. Da blir det mer stressende for sykepleierne. Hjelpepleierne har bedre bemanning, og forholdene for dem er heldigvis ganske bra. Føler at de har bestandig de tyngste pasienter. Legene har det veldig fint, har det egentlig best på sykehuset, selv om både noen av de ledende legene og assistentlegene har det ganske travelt”.

”Til tider er arbeidsbelastningen ganske stor i forhold til bemanningen. Sykepleiere og hjelpepleiere har ganske lik belastning, og de har fått innføring i forflytningsteknikk. De som vasker har det kanskje fysisk tyngst. Det er manko på leger så de har det veldig tøft. En burde kanskje legge om arbeidstidsorganiseringen, det blir lange vakter for legene.”

”Produksjonen øker og dagen skal utnyttes mest mulig både morgen og kveld. I perioder hører man at folk er slitne, men har ikke fått direkte henvendelser (dette er synsing). Nå har assistentgruppen et stort arbeidspress fordi de har mye sykemeldinger og liten tilgang på vikarer.”

”Renholderne: vanskelig arbeidssituasjon – vi har ingen senge-sentral (rengjøres på rommet og/eller i gang). Dessuten er det en gammel bygningsmasse.”

”Hvor travelt det blir avhenger av pasientenes behov. Ved enkelte enheter er det krevende pasientbelegg. Sykepleierne kommer i en vanskelig krysspressituasjon, dvs. ledelseskrav vs. pasientbehov. Det er en stor belastning – og de forteller at de ofte går frustrerte hjem!”

”Ikke fått noe særlig tilbakemelding på det. Noen belastnings-skader er registrert hos eldre arbeidstakere. Verneombudet har forsøkt å ta opp forslag om egentrening (friskvern). Men det har vært lite gjennomslag for slike ting, selv om det er god økonomi.”

”Har inntrykk av at arbeidsbelastningen er nokså greit fordelt, men at sykepleierne ofte føler at de har for mange arbeidsoppgaver. Det er som oftest sykepleierne som må gå overtid pga. lange rapporter, seine legevisitter.”

”Det blir mye gåing. Det er lange avstander. Dessuten er det mye nakkeproblemer grunnet i stress”.

”Her er det ganske lik arbeidsbelastning for pleiepersonalet.”

### 8.3 God aktivitet profilerer verneombudet og miljø-spørsmål

Verneombudets aktivitet er ikke bare knyttet til overvåkning, en slags politiaktivitet. I dette datamaterialet kommer det fram at det er flere verneombud som engasjerer seg i prosjektarbeid som skal endre betingelsene for miljøutvikling.

Lokale prosjekter dreier seg om å sette i gang prosesser som tar tak i samarbeid og samspill, ofte uttrykt som arbeid for å få til bedre kommunikasjon. Noen slike prosjekter er også rettet mot å få til endringer i det fysiske miljøet, for eksempel å gjøre noe på dugnad for å få til triveligere vaktrom eller personalrom. Sykehuset kan gi noen midler for å gjøre det mulig å skaffe møbler, eller tilpassing av bedre skjermede arbeidsplasser for å utføre dokumentasjonsarbeid i ro dersom det dreier seg om å forbedre vaktrommenes utrustning.

Verneombudene engasjerer seg også i tiltak for pasientene, som å få til tilrettelegging av oppholdsrom.

Verneombudene vektlegger mulighetene for å formidle informasjon og sette i gang tiltak forut for eller mens omstillingsprosesser pågår. Selv i de tilfellene der verneombudet sier at det er vanskelig å få til aktivitet, organiserer ombudet vernerunder med arbeidsplassundersøkelser. Noen verneombud har også en rolle i samband med brannøvelser.

**Økonomien spiller inn, planer må endres fordi det ikke er midler, allikevel...**

En av de verneombudene som satser mye på systematisk oppfølging, men også på rene trivselstiltak forteller:

”Jeg har avholdt møter i den lokale HMS-gruppen, og her prøver vi å holde månedlige faste møter med møteplan, saksliste og referater. Vi følger en plan for HMS-runden som gjør at vi kan ta for oss ulike deler av virksomheten etter et rulleringssystem. Vi har lagt ned mye arbeid for å arrangerer en felles HMS-tur sammen med en seksjon vi samarbeider mye med. Turen ble ikke gjennomført pga. at den økonomiske støtten ble inndradd. Så nå har vi isteden begynt å forberede felles temadag.”

Dette verneombudet har tatt på alvor at et verneombud skal ivareta alle gruppers miljøinteresser, og derfor er det viktig å fremme samarbeid og fellesopplevelser. Det er derfor like naturlig å arbeide med forbedring for eksempel av arbeidsredskapen til assistentene som å ta initiativ til sosiale sammenkomster.

På andre avdelinger er bygge- og ombyggingssaker aktuelle arbeidsoppgaver, og verneombudet skal sørge for at det gis informasjon, kanaliseres synspunkter og erfaringer. De fleste slike saker aktuali-

serer spørsmålet om kostnader ved optimale løsninger: Hvor skal man kompromisse når kassen er begrenset? Gjennomføring av de ansattes rettigheter til innsyn og medvirkning er en tidkrevende prosess når handverkere, ledelse og enkelte steder også pasienter/brukere, skal komme til orde.

Verneombudene må finne partnere i miljøet for å kunne fungere etter sine intensjoner. De vil enkelte plasser være engasjerte i å dokumentere og skrive handlingsplaner. Men det kan være vanskelig å vite hvordan saker som dukker opp – som en får mer og mindre konkrete oppfordringer om å ta opp – skal håndteres videre. Hvem er adressat? De beste arbeidsvilkårene for et verneombud ser ut til å være at han/hun har et godt samarbeid med avdelingslederne og kan få en fast post på regelmessige møter (avdelingsmøter/personalmøter).

#### 8.4 Viser ledelsen interesse for verne- og miljøarbeid?

Ledelsens innstilling til verne- og miljøarbeidet vil i det hele tatt være ganske avgjørende for verneombudets muligheter til å få oversatt sine forslag til tiltak.

Verneombudene ble spurt om deres erfaringer når det gjelder ledelsens syn på arbeidsmiljøspørsmål. Datamaterialet viser at det er mer interesse hos avdelingsleder enn på topplan. Avdelingsleder får mange positive karakteristikk, som at hun/han er meget oppmerksom og våken overfor arbeidsmiljøspørsmål. Om øverste leder sies det både at ”der er det bare interesse for penger”, ”lite synlig” og at ”det vises lite interesse for vernearbeidet og verneombudenes virksomhet”. Ett av verneombudene formulerer det slik: ”Arbeidsmiljø står ikke akkurat på førsteplass i en travel hverdag”. Når det er liten interesse, oppstår det av og til også kommunikasjonsproblemer eller uenighet omkring konkrete saker. Derfor er verneombudene meget opptatte av å få til bedre samarbeid i forholdet til ledelsen på alle nivåer. Litt matt sies det også at ”De prøver så godt de kan”.

Noen føler at de verken når fram på øverste nivå eller overfor avdelingsleder.

Det er gledelige unntak. Tre av verneombudene har positive erfaringer. Ved ett av sykehusene sier verneombudet uten forbehold:

”Her er det ingen problemer å samarbeide med ledelsen som både tar initiativ, er lette å få med og gir tid til å jobbe med saker og delta på kurs.”

Et annet verneombud har også gode erfaringer:

”De er flinke på dette området nå. Men vi har tidligere hatt en ledelse som fungerte dårlig. Det er blitt bedre med ny ledelse.”

Det tredje verneombudet sier at ledelsens holdning er ”imøtekomende og grei” selv om ledelsen er litt lite bevissthet på verneombudets rolle.

Et verneombud uttaler at samarbeidet er tilfredsstillende, men at holdningene til arbeidsmiljøspørsmål hos ledelsen er preget av kortsiktige løsninger, spesielt i bemanningssituasjonen.

## 8.5 Særlig krevende saker

Hvilke saker – om noen – er særlig krevende å arbeide med for deg som verneombud?, var ett av spørsmålene verneombudene skulle ta stilling til.

Noen verneombud var særlig opptatt av at det var krevende å komme til bunns i saker, forstå hvordan virksomheten fungerer. Det var dermed en utfordring for dem å gå inn i dybden. For å kunne være konstruktive medspillere i det lokale verne- og miljøarbeidet kreves rett og slett innsikt i rammebetingelser og muligheter internt, i sykehuset som helhet og i avdelingen.

De som hadde satt det psykososiale miljøet på dagsorden, opplevde dette som krevende: Hvordan få til en ønsket forbedring når kommunikasjon og samarbeid var en av nøkkelutfordringene? Verneombudet skal forholde seg til et sosialt miljø som har sine tolkninger av hvordan ting henger sammen, hva som forårsaker problemer og hva som kan være løsningene. Ved å gå inn og engasjere seg som verneombud, får vedkommende nå innsikt, ny informasjon. De synspunkter som finnes – ofte utviklet på vaktrommet eller i samtale over en vanskelig situasjon – kan bli satt på prøve. Det er vanlig at en i virksomheter med stor travelhet og knapphet på personale, peker ut en faktor som roten til det meste av det som oppleves som ondt: bemanning. Verneombudet som kommer fra arbeidsfellesskapet, vet gjerne altfor godt hva slags reaksjoner oppfordringer om å engasjere



seg og gjøre utviklingsarbeid på tross av at en ikke får mer beman-ning, vil mottas. I denne typen prosjektarbeid møter en også hindringer og motgang, og for verneombudet er det en utfordring når prosesser stopper opp og det er vanskelig å gjennomføre ting.

Oppfølging av langtidssykemeldte / de på aktiv sykemelding kan være et eksempel på saker som er krevende. I første omgang gir dette et inntrykk av å være et krav om økt innsats, mer fleksibilitet, uten at det er så åpenbart at dette vil komme miljøet til gode. Men ved å enga-sjere seg, lærer verneombudet om hvordan systemet på arbeidsplassen virker inn på arbeidsmiljøet både for dem som er friske, og for de som skal tilbake etter endt sykemelding.

Konflikter blant personalet blir fremhevet som ett av de mer krevende arbeidsområdene. Dette gjelder spesielt i saker hvor det har vært samarbeidsproblemer mellom profesjoner. Selv når en forsøker å løse problemene ved å lage arbeidsgrupper som skal bistå, er det både langvarige og arbeidsomme saker.

Også de mer overvåkningspregede sidene ved verneombudets aktivitet har i seg utfordringer. Man må ha kunnskap for å kunne følge opp sikkerhet på flere plan. De kjemiske helsefarene og smitteforhold må være under god kontroll, og rutinene må kvalitetssikres. Det er heller ikke enkelt å være den som skal medvirke til at ansatte ikke fristes til å naske i medisinskapet. Verneombudets rolle er bare i begrenset grad en formell rolle. For at den skal kunne få tyngde og betydning, er ledelsens holdning og vedvarende mot gjennom støtte og initiativ fra kollegene til å reise saker, avgjørende.

I denne sammenhengen er det interessant at det verneombudet som mest utforbeholdent fremhevet ledelsens interesse for arbeidsmiljø-spørsmål (se forrige kapittel avsnitt), ikke syntes at det hadde vært noen eksempler på uoverkommelig vanskelige saker.

### Hjertesukk?

Usikkerhet og uro setter sitt preg på verneombudene som arbeider i de mest utsatte sykehusene:

”Hva skjer videre? Det er usikkert. Vi er truet både med ned-leggelse og ’tvangsekteskap’. Hva om to år? Fraværet av dialog med sykehusledelsen gjør sitt til at det blir så usikkert. Men vi har heldigvis god dialog med avdelingslege/avdelingssykepleier.”

Ved et annet sykehus sier de at de kjenner på utryggheten:

”Innstramninger av budsjett og trussel om nedleggelse på tross av overskudd på drift av poliklinikk, det er vår virkelighet. Nå skal jo pasienter sendes til utenlandsk behandling også.”

Det påpekes at de store utfordringene som er representert ved krav om større inntjening, også reiser spørsmål om hvordan dette skal kunne samkjøres med behovet for utvikling av et bedre arbeidsmiljø. Også mer trivielle spørsmål trekkes fram som hjertesukk:

- Administrasjonen. venter for lenge med å lyse ut stillinger (skulle delegere oppgaven).
- Vi trenger bedre rutiner/prosedyrer – for nyansatte og ned-tegne rutinene.
- Og så er det dette med hvordan vi behandler hverandre, da...

Følgende kommer også til uttrykk:

”Utfordringen er at arbeidsmiljøet skal være best mulig, også til beste for pasientene. Dette er jo en kontinuerlig jobb.”

”Det ville bety mye for avdelingen å slippe de gjentakende aktivitetstoppene. Det blir en situasjon med mange sykemeldte/store pasientbehov.”

”Vi har ikke fått til en fastere tid for visitten. Dette skaper mye frustrasjon. Fordi vi ikke vet når de kommer, kan vi ikke ta pauser, planlegge dagen, og de kommer ofte i vaktskifte. Organiseringen på avdelingen har fungert dårlig i flere år på denne avdelingen. Verneombud og avdelingsleder jobber med dette.”

”Dårlig kommunikasjon mellom personalet og avdelingsleder fører til misnøye og frustrasjon!”

Andre er opptatt av at det er en svær jobb å fylle rollen som verneombud:

”Jeg føler jeg kan for lite om hvordan fremme saker som verneombud, og jeg føler at jeg gjør for lite som verneombud.”

Måten enheten er organisert på virker også inn på verneombudets muligheter til å lykkes:

”Det er egentlig lite henvendelser fra arbeidstakere, hos oss er situasjonen preget av at vi er en stor avdeling med seksjonering, så

det er vanskelig å ha et felles miljø, dermed er det også vanskelig å få med seg all relevant informasjon.”

## 8.6 Særlig positive miljøforhold?

Det skal ikke underslås at det er verneombud som nøler, men som så kommer med en konklusjon: Det er pasientene som er den mest positive faktoren i arbeidsmiljøet. Gjennomgående gir informantene et klart bilde av at de kollegiale forholdene i hverdagen, er det som er mest positivt i deres arbeidsmiljø. ”Vi har en avdelingsleder som gir oss utviklingsmuligheter”, og ”Det er godt arbeidsmiljø i personalet og til avdelingsleder”. Noen fremhever særlig at det er god tone mellom sykepleierne/hjelpepleierne.

Ved ett av de små sykehusene fremheves de oversiktelige forholdene som et pre:

”Her er det gode mellommenneskelige forhold. Det er kort vei til øverste ledelse og de som fatter beslutninger. Vi slipper store møter for å gjøre endringer. Det er lett å få til kvalitetssikring av utstyr, med få brukere og lite slitasje. Pasientene møter samme personale når de kommer.”

Noen positive konsekvenser av den organisatoriske løsningen som er valgt blir omtalt slik:

”Trivelige arbeidskolleger, og det henger sammen med måten vi er organiserte på. Seksjoneringen her hos oss er bra i forhold til at man blir godt kjent i gruppa og føler trygghet der. Det er gode muligheter til opplæring og deltakelse i kurs. Stemningen er preget av at det er ”Høyt under taket”, dvs. gode muligheter til å ta opp ting og si i fra.”

Personalet krediterer sykehuset når det gjøres etterlengtede forbedringer:

”Det er en ganske liten avdeling, så alle kjenner hverandre godt. Tonen oss i mellom er lett og god, preget av åpenhet og ærlighet.”

”Vi har en variert pasientkategori, og arbeidet blir aldri kjedelig og rutinepreget. Vi opplever stadig faglige utfordring. Det er utbedret mye siste året i de fysiske omgivelsene, blant annet har vi fått nytt avtrekk på medisinerrommet, og forbedret luftkvalitet. Oppussing har gjort miljøet lysere – avdelingen ble lettere. Flere forhold er

bedre tilrettelagt. Personalet blir mer fornøyd når det blir forbedret på ting som lenge har vært utsatt.”

Ett av verneombudene oppsummerer situasjonen på sin avdeling med å påpeke:

- Vi har ikke krise, men ofte misnøye. Bra stemning hvis vi får flere sykepleiere.

Å være verneombud i Helse-Norge er et viktig tillitsverv. Med sin forankring nært til avdelingens dagligliv, er verneombud en viktig observatør og budbærer mellom grunnplanet og den som har ansvaret, altså ledelsen.



## 9

## Mønstre som skiller mellom mestrende og mindre mestrende enheter

I notatet med tittelen ”...en dag i Helse-Norge” (AFI-notat 7/00) og i første del av denne rapporten, har vi gitt vi et bilde av sykehusdøgnet i to påfølgende år. Her kom det fram hvordan nettopp hverdagen fortonet seg både for pasienter og ansatte. På tross av at ett år er en kort periode, var det åpenbart at det hadde oppstått nye situasjoner, eller at gamle situasjoner var aktualiserte, og likeledes at konturene av noe nytt kom til syne. En presentasjon av det brede bildet der det gjennomsnittelige dominerer, får kanskje ikke like godt fram variasjonsbredden i materialet. I etterkant av den første registreringsrunden stilte vi oss en rekke spørsmål.

Ett nærliggende spørsmålet er hvordan og i hvilke utstrekning sykehusstørrelsen virker inn. I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvor langt vi kommer med å besvare dette spørsmålet. Datamaterialet gir også grunnlag for å stille en rekke andre spørsmål : Hvilken rolle spiller den interne organiseringen? I hvilken grad virker relasjonene til omgivelsene inn? Hva oppfattes som de relevante omgivelsene? Har vi noen empiriske eksempler på vellykket drift i materialet? Egentlig er det snakk om flere spørsmål og underproblemstillinger: For å svare på disse spørsmålene trenger vi å ha parametre<sup>21</sup>, dvs. mål som kan hjelpe oss å skille mellom gode og dårlige resultater. Og for å få det til, må vi se nærmere på måter å klassifisere enhetene på.

Forskning dreier seg blant annet om å finne forskjeller og forklare dem. Her skal vi ta for oss enhetene i utvalget med sikte på å få fram mønstre som synes å henge sammen med vellykket og mindre vellykket drift. Hva er så vellykket drift? I denne rapporten velger vi å definere den vellykkede driften som en organisering der

- 1) man systematisk gjør seg kjent med forventede forløp i all behandling og pleie og som unngår uønskede variasjoner i

---

<sup>21</sup> Dette er inspirert av en kjent studie av ”magnet”-sykehus (Kramer 1990), dvs. sykehus som klarer å trekke til seg godt kvalifisert personale – og beholde det.

gjennomføringen av arbeidet ved å drive anvendt forskning på egen praksis, klinisk og organisatorisk, og hvor man

2) organiserer virksomheten med utgangspunkt i åpen systemforståelse, dvs. med en forståelse av hvordan en kan lage støtputer mot ekstern turbulens.

Dette fremstår som en sentral utfordring for norske sykehus som skal sikre den sentrale og samlende målsetningen om å sette ”pasienten først”.

### 9.1 Gode eksempler, hva kan vi lære av dem?

Helsesektoren må møte mange utfordringer; pasientene i dagens samfunn har rettigheter og forventninger. Det er underskudd på kompetent personale, særlig sykepleiere og hjelpepleiere. Både legene og pleieprofesjonenes representanter er velutdannede, de har også forventninger om lønns- og arbeidsvilkår som arbeidstakere med sammenliknbare utdanninger får. Bildet er sammensatt, men preget av at virksomheten foregår mot en bakgrunn av knappe ressurser. I helseinstitusjonene er det strenge krav til kvalifikasjoner hos personalet, men siden det er mangel på mennesker med de rette kvalifikasjonene, er det hele tiden et betydelig innslag av ekstrapersonale blant de fast ansatte. Noen av dem kommer så å si rett fra gata. ”På nattevakt er jeg god nok til å betros de mest krevende oppgaver, på dagtid er jeg som et null i Fattigkommisjonen”, uttalte en ekstravakt. Dette har gitt systemets rolleinnhavere en opplevelse av en slags jojo-effekt<sup>22</sup>, dvs. at ditt mandat som yrkesutøver spretter opp og ned etter omstendighetene og om det er noen med de rette kvalifikasjoner tilstede eller ikke. Plagens imperativ (”Gjør noe!”) kan rettferdiggjøre at man går ut over grensene for hva man har lov til gjennom samfunnets autorisasjonsordninger.

Handlingsrett og -plikt har sitt eget språk. Det er interessant at helsesektoren i mindre grad har laget arenaer for å gi talerett til alle dem som inngår i helsekjeden rundt en hvilken som helst pasient.

”Du kommer inn i rollen din, det du er utdannet til, så oppdager du hva den innebærer av kontakter som du hele tiden må forholde deg

---

<sup>22</sup> Se feltnotater fra Ullevål sykehus, høstsemesteret 1984 v/Sørhaug, H.C., Blichfeldt, J.F., Thorsrud, E., Bermann, T. og B.Aa. Sørensen.

til. Gjør du ikke det, lar arbeidet seg ikke gjennomføre. Du lærer mye av dine sideordnede, de litt på skrått opp og ned, også.”

Mens en drifter systemet, tar i mot, behandler og sender pasienter videre, utveksles erfaringer og tolkninger av hvorfor noen feil oppstår igjen, eller hvorfor noe aldri slår feil. Det ser ut til å være like avgjørende for sykehus som for andre komplekse kunnskapsbedrifter, at de faktisk slipper inn denne kommunikasjonens innhold i utviklingen av en bedre organisasjon. I kunnskapsbasert arbeid ligger kvalitet i yrkesutøvernes evne til å utløse spesifikke og detaljerte prosedyrer. Kunnskapene som vinnes gjennom at en deler erfaringer både om det som slo feil på tross av at kodeks om beste praksis er fulgt er like viktig som alle eksemplene på at standard prosedyrer treffer. En arbeidssituasjon og arbeidsorganisering som ikke gir rom for annet enn drift blir preget av stagnasjon og usikkerhet.

### Innenfra?

Helsesektoren er stadig gjenstand for utredninger, og man søker etter bedre løsninger. Hittil har mange av endringsforslagene hatt preg av å være strukturrettede, dvs. det er mønstre i eier-, styrings- og driftsformer som har vært mest gjenstand for diskusjoner. Derimot er det relativt færre forslag som har tatt opp spørsmålene om hva det er som skaper gode arbeidsmiljøer, faglige miljøer og pasientmiljøer.

Sykehus som organisasjonstype har en interessant historie (Gustafsson 1987), som går 400 år tilbake i tid. Men aldri har fram-tidsoptimismen på vegne av sykehusene vært større enn på 1950-, 1960- og det begynnende 1970-tallet. Det hersket relativ harmoni mellom økonomer, politikere og medisiner, med preg av gjensidig tillit og tillit til sykehuset som en organisatorisk løsning med de fleste trekk på plass. Også framtidens forbedringsbehov ble vurdert med en grunnleggende tillitsfull holdning. På 1980- og 1990-tallet ble synet på sykehusenes utfordringer vesentlig endret. Det pågår en storstilt og mangesidig endringsprosess i helsesektoren i de fleste land (Saltman & Figueras 1996), og denne prosessen drives på tvers av forskjeller i økonomiske og sosiale/politiske systemer. Helsesektorens prioriteringer og tradisjoner er nært knyttet til kultur og verdier. Denne innsikten brer seg, men samtidig er det en utstrakt internasjonal transport av driftskonsepter og organisasjonsteoretiske syn. Også arbeidsmarkedet for helsepersonell er i stigende grad blitt et av ”The global



markets". Mennesker med ulik kultur og språklig bakgrunn behandler og pleier Ola og Kari.

I Norden har det vært en stor interesse for internasjonale erfaringer og reformer. Samtidig er Norge fortsatt et av de land som har sterkest innslag av offentlig finansiering, politisk styring og sterkt organiserte faglige-/profesjonsorganisasjoner.

Skal vi summere opp noen av de gjeldende hovedsynspunkter med hensyn til forholdet mellom styring og behov for endring og utvikling, er det rimelig å referere til NOU 1997:17 "Pasienten først!" (Steineutvalget). NOUens resonnementer rundt betydningen av lokale utviklingsprosesser anslår en tone som signaliserer at det er rom for å øve innflytelse, blant annet via formidling av kunnskap om gode erfaringer med ulike modeller<sup>23</sup>.

Det er grunn til å fremheve denne utredningen spesielt fordi den har i seg klart nye perspektiver og budskap om behovene for å utnytte endringspotensialet på ulike nivåer, og den bryter med den lett sentralistiske stilen som ellers preger mange av de andre ganske teknokratiske utredningene.

Dynamikken lokalt får en plass, og det sies altså i klartekst at lokalt utviklingsarbeid er nødvendig både for å få til gode lokale modeller for ledelse og arbeidsorganisasjon, men også for å heve kompetansen hos personalet og utvikle arbeidsmiljøet. Videre kommer dette nye, prosessuelle budskapet fram i beskrivelsen av forholdene mellom sykehuset og primærhelsetjenesten.

Dette kan leses som en oppfordring til å anerkjenne at det er viktig å jobbe med sykehusutvikling innenfra og å bygge på den erfaringskunnskap som personalgruppene og ledelsen skaffer seg over tid. Dermed er det åpnet for utvikling av en ny politisk forståelse av hvordan sykehusene kan utvikles lokalt selv om vi beholder den

---

<sup>23</sup> "Steine utvalget" foreslo derfor etablering av et eget organisasjonsutviklingsprogram, en nasjonal satsning på å utvikle mer kunnskap om organisasjonsmodeller som setter "Pasienten først". Dette programmet er nå i funksjon, og det gir anledning til initiativ fra sykehus som får til å forankre et forsøk eller et endringsprogram. Andre viktige forslag i denne innflytelsesrike NOUen er innføring av en ordning med henholdsvis pasientansvarlig lege og sykepleier. Men også forslaget om en nasjonal satsning på opprusting av kontorfaglige støttefunksjoner og IT-funksjoner, var viktig. Flere forslag som retter seg mot gjennomgang av arbeidsmiljøforhold og kompetanse, støtter opp under grunntonen i NOUen.

sentrale rammen av offentlig eierskap. Det spørres bare om det er satt inn nok ressurser i dette arbeidet, og videre om man er budd på å ta imot innholdet i de evalueringer og tilbakemeldinger som kan komme fra sykehus og personalgrupper, som tar utfordringene på alvor.

De administrative og politiske styringssystemene er i ferd med å åpne for nye arbeidsformer. Reelle reformer får innhold og retning gjennom lokale prosesser, anledning og ressurser til å lære av egen utprøving. På denne bakgrunnen vil vi hevde at det kan være nyttig å granske de ulike mønstrene vi finner ved de undersøkte enhetene.

Vi skal først gå igjennom enhetene langs dimensjonen små – middels – store. Deretter skal vi gå inn på forskjeller som kommer fram ved at vi anlegger et organisatorisk perspektiv: Ved gjennomgangen av materialet blir det klart at noen av enhetene har preg av å være ”forankret” på andre måter enn andre, dvs. at de har en uttalt verdi-ramme gitt av den lokale kulturen. De har en klargjort forståelse av at de har en misjon. Den kan dreie seg om en spesiell pasientgruppe, eller et lokalsamfunn/en region, eller en kombinasjon av disse hensynene. Andre enheter er pragmatikere: ”Vi tilpasser oss de rammer som er gitt i år og neste år, regnskapet skal gå opp”.

I en klasse for seg stiller ”konkurrentene” som opplever et vedvarende spenningsforhold mellom ”fag” og ”styring” internt. Fagfolkene vil være veldig gode faglig, og mener at det er måten å sikre virksomheten fremover (”Det er kvalitet som blir konkurransefaktoren”). De er ikke uinteresserte i helheten, men kan ha en tendens til å se de andre enhetene som konkurrenter. Administrasjonen/ ledelsen kan ha inntrykk av at de er mindre opptatt av hele institusjonens skjebne.

I mer analytiske termer omtaler vi disse typene som forankrede, bipolarer eller pragmatiske, med henvisning til hvordan de preges av kulturer som ivaretar langsiktighet helt, delvis eller i meget liten grad.

## 9.2 Small is beautiful?

### Helsefilial

Dette er en liten enhet som organisatorisk hører under et fylkes-sykehus, men med betydelig geografisk avstand til ”moderhuset”. Enheten kan klassifiseres som i hovedsak geriatrik, men kan også sies

å ha et visst preg av å fylle både rehabiliterings- og hospice-funksjoner.

Observatørene syntes at lokalene var rene, men litt slitte. Det var varierende lysforhold. Temperaturen følte "middels". Observatørene syntes også at det så rimelig romslig ut. Avdelingsleder derimot var mer kritisk og ga uttrykk for at inneluften ikke var så bra, at det var noe trangt, trangt å snu seg, og at de hadde lite lagerplass.

Enheten har en legestilling, en spesialist i geriatri. Offentlig godkjente sykepleiere er den største stillingsgruppen (52 %) og hjelpepleiergruppen utgjør 30 % av personalet. Det er også fysioterapeuter, en postsekretær og en avdelingsassistent ved enheten. I enkelte stillingskategorier er det flere ansatte som har deltid. Den faktiske kompetansen synes å dekke oppgavene langt på vei.

På morgenvakten var det ledige senger og følgelig ingen korridor-pasienter i 2000-registreringen. Det var et par ferdigbehandlede pasienter som ikke kunne skrives ut pga. at mottaksleddet ikke kunne ta imot dem (hjemmetjeneste/sykehjem).

To hjelpepleiere gikk ekstravakt. Det var ingen vikar for sykepleieren som var i permisjon. Fysioterapeuter manglet de også.

#### *Læringsmiljø*

I denne enheten pågår det også en rekke utdannings- og kompetansehevingstiltak. Noen av tilbudene kommer fra "Moderhuset", andre er lokalt utviklet. Ledelsen setter opp halvårsplaner for intern opplæring og på undersøkelsestidspunktet omfattet planen:

- utfordringer ved livets slutt
- lungepasienter: utstyr og omsorg
- de synlige og usynlige vanskene ved rehabilitering av slagpasienter
- utbrenthet

Det er utdanningstiltak for alle personalgrupper, og sykehusenheten inviterer også med personale i kommunehelsetjenesten, hjemmetjenesten og sykehjem. Disse kursene har varierende lengde, fra noen timer til dager. De er nok ikke bare "kursing" i betydningen at de de ansatte blir undervist eller fortalt hva som er riktig og god praksis: det er også et treffpunkt for disse som har funnet fram til et fungerende

samarbeid, til dels også understøttet av noen samlokaliserte funksjoner. Det kan være kort vei mellom en diskusjon der en blir klar over et justeringsbehov og at man bare gjør det som trengs for å legge om praksis.

I tillegg har en innført personalmøter hvor hver faggruppe har temamøte før selve personalmøtet. På temamøtet er det en undervisningsdel, for eksempel om kommunikasjonsprosesser. En bruker flittig ulike undervisningsredskaper som film og video. Sykepleierne har veiledning i tillegg. Enheten har også ressurspersoner eller ombud som ivaretar enkelte områder, som for eksempel forflytningsteknikk og kost- og ernæringslære. Ombudene er både sykepleiere og hjelpepleiere. Mesteparten av opplæringen er intern og lite kostnads-krevende, men den avhenger naturligvis av planlegging.

#### *Systematikk*

Enheten har utviklet sitt eget system for å sikre kvalitet og at alle blir delaktige i kvalitetsarbeidet. Det er laget en mappe der en finner rutiner og prosedyrebeskrivelser, mv. Her er det videre utviklet et skjema som alle ansatte skal gå igjennom hvert år. Nye rutiner blir merket med en stjerne, og alle ansatte må skrive under på at de har gjennomgått skjemaet. Alle ansatte trenger ikke å kunne alle rutiner, men alle skal vite at de er der og hvor de er beskrevet. Som opplæringen, er dette lokalt utviklet: noen rutiner er plukket fra videoer, faginformasjon, mens andre er hjemmelaget - ”hvordan vi gjør det her hos oss”.

#### *Orden på HMS-arbeidet*

Denne lille enheten utmerker seg med å ha orden i HMS-arbeidet. Det er utviklet en egen HMS-håndbok, og virksomheten har skaffet oversikt over rutiner for opplæring, bruk av verneutstyr, håndtering av helsefarlige stoffer, brannøvelser mv. Virksomheten har gjort kartlegging av problemområder og deretter laget en skriftlig handlingsplan med tidsfrister og ansvarstildeling med hensyn på oppfølging. Det er problemer når det gjelder oppfølging av store og dyre ting, men en arbeider systematisk. Med stae, små skritt i riktig retning kommer en fremover, hevdes det. Det er videre skriftlig dokumentert hvilke rutiner og prosedyrer man skal følge for å avdekke, rette opp og for å forebygge forhold i virksomheten som ikke er tilfredsstillende i

forhold til kravene i lov og forskrifter. Det samme gjelder handtering av avvik fra rutiner og prosedyrer.

Virksomhetsplanen beskriver hvordan virksomheten er organisert og hvem som bærer ansvar. Virksomhetens aktivitet med internkontroll er gjort kjent for alle ansatte, og alle har adgang til denne dokumentasjonen.

Det viser seg at en gjør HMS-kartlegginger hvert år. For en liten enhet er den mest truende arbeidsmiljøfaktoren de tilbakevendende forslagene om nedleggelse. Dette resulterer i lokal mobilisering for å bevare enheten lokalt, men det er også en viktig usikkerhetsfaktor.

Sykefraværet er gjennomsnittlig. En har gode erfaringer med oppfølging av sykemeldte, atføring mv. Det er noen ansatte som er delvis uføretrygdet og som går delvis i jobb fortsatt.

#### *Her blir personalet*

Denne enheten har lett for å rekruttere sykepleiepersonale, og det er nesten ingen turnover. Men det kan være vanskelig å få turnusen til å gå opp, pga. deltidsstillinger. Det er så godt som ingen bruk av overtid. Dette har også noe med det lokale arbeidsmarkedet å gjøre.

Aldersfordelingen er meget jevn, og her finner vi også ansatte over 60 år. Personalet er stabilt, dvs. det store flertallet har vært ansatte mer enn 3 år. I sykepleiepersonalet har det vært litt utskifting.

#### *Pasientreaksjoner*

Pasientmaterialet fra denne enheten er unisont positivt. Pasientene har sett fram til å bli overført hit, først og fremst fordi det er nærmere hjemmet. Mange kvaliteter framheves:

”Jeg ble ønsket velkommen, og jeg sa med en gang at ’her tror jeg at jeg blir frisk’. Det er vennlige og imøtekommende pleiere. Det er lett å komme i kontakt med overordnede, kort avstand og liten avdeling. Service er det også: laboratorier, fysioterapeut, røntgenavdeling osv.”

- Det kommer alltid folk når jeg ringer på. Jeg får den hjelpen jeg trenger.
- De har tatt godt hand om meg her.

- Det er fred og ro over hele sykehuset. Alle er hjelpsomme. Det er trivelige forhold. Dette er nært hjemmet mitt og i nærmiljøet.

I 2001 er bildet mye av det samme, men nedleggingstrusselen har igjen vært aktualisert. Situasjonen har beveget seg fra stabilt usikkert til akutt usikkert. Usikkerheten er også egnet til å mobilisere motstand, personalet er kampvillige, siden de er overbeviste om at de representerer en viktig samfunnsinstitusjon i lokalsamfunnet.

### Spesialisert, lite sykehus

Dette sykehuset ligger i et sentralt område i landet vårt, og det samarbeider med et større sentralsykehus/fylkessykehus.

Observatørene opplevde den kirurgiske enheten som romslig, renslig, med gode lysforhold og god orden. Det sev røyklukt ut fra røykerom. Det fantes samtalerom, og bare 2-persons- og 1-persons-rom for pasientene.

De 7 legene ved enheten betjener også delvis andre deler av sykehuset. Blant disse legene er over halvparten grenspesialister. Det er meget høy stabilitet blant legene, og mer enn 2/3 av sykepleierne har vært ansatte i tre år eller mer. Stabiliteten blant hjelpepleierne er lavere, og det er denne gruppen som sykehuset har størst problemer med å rekruttere. Det var én ubesatt hjelpepleierstilling, og på morgenvakten var det en innleid ekstra.

Dataene som ble registrert i 2000 viste at det var ledige senger, og ingen ferdigbehandlede pasienter var blitt liggende over pga. problemer med mottaksleddet i den videre behandlingsskjeden. I 2001-registreringene ser det ganske annerledes ut. En stor gruppe "overliggere" må forbli så lenge neste ledd ikke er klar til å ta imot. Dette er et brennbart tema; sykehuset har fått beskjed om at det må øke inntektene ved å ta i mot flere polikliniske pasienter og flere elektive. De har trusselen om nedlegging eller betydelig nedskjæring, hengende over seg.

### Læringsmiljø

Det er utdanningstiltak for alle personalgrupper på avdelingen. Sykehuset har en opplæringsplan som omfatter hele sykehuset, med spe-

sielle punkter som gjelder kirurgisk sengepost. For eksempel planla en å starte opp et spesielt opplæringsprosjekt for sykepleierne.

Ved dette sykehuset foregår det også andre kompetansegivende tiltak som for eksempel i forbindelse med personalmøter, og det arrangeres undervisningsdager. Det nevnes spesielt at en har satt i gang en hospiteringsordning på andre sykehus. Fylkeskommunen har sitt utdanningsopplegg som de ansatte har anledning til å reise på. Mange har fått spesialkurs i veiledning. Det er imidlertid et fåtall som studerer eller videreutdanner seg ved universiteter og høyskoler.

#### *Satsning på kvalitetsarbeid*

Avdelingsleder definerer kvalitetssikringsarbeid som en rekke tiltak for å bedre dokumentasjon av virksomheten, ikke minst gjelder dette knyttet til samarbeidet med andre avdelinger og medisinerer. Her er det innført rutiner som innebærer dobbeltkontroller. Skriftlighet er et stikkord. Utvikling av pleieplaner fremheves som viktig.

Det systematiske kvalitetssikringsarbeidet har etter avdelingslederens oppfatning, tatt seg kraftig opp de siste årene. Det er innført kardex-papirer som gjør det mye mer oversiktlig å finne informasjon og å følge opp. Dette har fungert bevisstgjørende og har gitt bedre oversiktighet, sikring og oppfølging. Men dette regnes ikke som ferdig utviklet, dvs. det foregår stadig utviklingsarbeid for å gjøre skjemaene bedre. Pt sier avdelingsleder at det ikke er kvalitetssikringsgrupper i virksomhet selv om oppslag på vaktrommet skulle tyde på dette.

Pasientene hadde fått sin egen kontaktperson på sykehuset i 2000-registreringen. I 2001 var imidlertid den formelle ordningen med pasientansvarlig lege og sykepleier ikke innført.

#### *Men hvor ble det av HMS-arbeidet?*

HMS-arbeidet og kunnskapen om dette er, i motsetning til kvalitetsarbeidet, noe som ligger nede. En har ikke skaffet oversikt over aktuelle lover og forskrifter som gjelder på området, og avdelingsleder vet ikke om det er gjort kartlegging av hva som er problemområder på HMS-feltet i denne virksomheten. Det finnes HMS-kartlegginger på sykehuset, men avdelingsleder kjenner ikke konklusjonene på de sist gjennomførte kartleggingene.

Det eksisterer en oversikt over rutiner for opplæring og bruk av verneutstyr, håndtering av helsefarlige stoffer, brannøvelser mv. Det

finnes også en skriftlig handlingsplan for å rette opp problemområder, men uten at avdelingsleder vet om det er satt tidsfrister for dette arbeidet og hvem som er ansvarlig for å følge opp. Avdelingsleder vet heller ikke om det er skriftlig dokumentert hvilke rutiner og prosedyrer man har for å avdekke, rette opp og forebygge forhold i virksomheten, eller hvordan man håndterer avvikssituasjoner. Virksomhetens aktivitet med internkontroll er ikke kjent for de ansatte.

#### *Lavt sykefravær og veldig lett å rekruttere sykepleiere*

Sykefraværet ligger på et ganske lavt nivå, lavere for denne avdelingen enn for sykehuset totalt, og for bransjen. Aktiv sykemelding er praktisert med godt resultat, og det gjelder også atferd.

Det sies at det er ”veldig lett” å rekruttere sykepleiere, og det er lite overtidsbelastning. Avdelingen har ikke hatt driftsproblemer eller måttet stenge pga. personalmangel.

Aldersfordelingen er ganske jevn, og stabiliteten i sykepleiepersonalet er meget høy.

#### *Pasientreaksjoner*

Pasientene som kommer til dette sykehuset er i en viss forstand selekterte. En av pasientene som ble intervjuet, kom inn hit akutt, men ble sendt videre til det store fylkessykehuset, for så å bli sendt tilbake hit for et mindre inngrep. Dette er på mange måter typisk for en del av pasientene. Andre pasienter kommer hit for oppfølgende behandling eller rehabilitering. Pasientene kommer til *sitt* sykehus, og vi observerer at den lokale tilknytningen er viktig for pasienter og personale.

”Jeg har hatt det kjempeflott her. Mange i min familie har ligget her. Jeg har vært på mange sykehus – dette er det beste sykehuset jeg har vært på! Betjeningen er hyggelig, kjøkkenet er bra, rene hotellmateren – de pynter maten så fint, jeg har nesten ingen ting å sette fingeren på. Bare bagateller. Noen passer ikke som sykepleiere, de er nebbete og bestemmende, og noen slike finnes det alltid. Det er mye sitting og venting, og vi prater mye på røykerommet. Her er det svært få negative ord. Selv om noen senile og eldre klager litt.”

”Jeg er svært fornøyd, dvs her er det god mat, snille søstre, hjelpsomme – alt er perfekt! Det er tredje gangen jeg er her – alt er like perfekt Jeg har likt meg på alle sykehusene jeg har vært. Men



jeg vil fremheve dette. Jeg kan ikke få sagt annet enn godt om dette sykehuset.”

”Jeg måtte vente 4-5 dager før operasjon. Jeg måtte faste om kvelden, og fikk bare et måltid om dagen i denne perioden. Jeg måtte bare ligge i sengen. Ikke fikk jeg røyk eller kaffe heller. Slikt må en bare finne seg i, en må bare akseptere at det er så ille. Jeg kan jo ikke prøve å komme før de akutte.”

### Oppsummering

Gode eksempler er uten tvil inspirerende, men som vi har sett er de veldrevne enhetene først og fremst eksempler på hvordan man lokalt har funnet en intern organisatorisk utforming og hvor den organiseringen fungerer som en støtpute mot omgivelsene. Selv om enkelte trekk fra en velfungerende enhet har overføringsverdi, vil veien fram til gode løsninger alltid kreve lokale prosesser mellom de aktørene som danner arbeidsfellesskapet gjennom konkret oppgaveløsning.

De små enhetene lokaliserte til distrikter er interessante av flere grunner. Som vi har sett, de vi har omtalt er i den heldige situasjonen at de stort sett har stabilt personale og at de lett rekrutterer sykepleiere. Ved den enheten der en ikke så lett rekrutterte hjelpepleiere, valgte vi å intervjuer en i denne gruppen. Informanten ga uttrykk for at hjelpepleierne var mindre tilfredse med sine oppgaver etter at de opplevde å ”bare” måtte arbeide med pleie. Informanten mente at de var fratatt oppgaver, at de ble oversett av avdelingssykepleier og at de ikke ”fikk lov” til å utvikle seg i arbeidet.

For øvrig ble det sosiale miljøet betegnet som bra, med flere felles aktiviteter av sosial karakter. Men, som det heter, ”det går opp og ned med det der, nå er vi i inne i en god periode”.

Ut fra pasientintervjuene tegnes et bilde av det lokale sykehuset som tydeliggjør at pasient-personale-relasjonen kan være preget av nærhet og felles forankring i et miljø. To forhold peker seg ut som særlig viktige når vi skal se på helheten:

1) I disse enhetene satses det på læringsmiljø og kvalitetsutvikling. Det kan naturligvis ha sammenheng med kunnskapen om at her er personalet kommet for å bli. Det er sannsynligvis lettere å skape motivasjon for undervisning og utvikling. Det bidrar til å heve

situasjonen for alle, dvs. brukere, pasienter, pårørende, men mest av alt for personalet selv.

2) Ressurssituasjonen ser ut til å være relativt romslig<sup>24</sup>. Det er først og fremst flere senger/behandlingsplasser til rådighet. Og selv om arbeidet som utføres er meget kvalifisert, kommer det også klart fram at de tyngre behandlingene og de dramatiske forløpene sendes videre til ”moderhuset”. Vaktbelastningene ser ut til å være mindre, og først og fremst er det vesentlig mindre overtidsbelastning enn hva vi ser ved de større sykehusene.

Vi kan ikke se denne situasjonen uavhengig av forholdene i det lokale arbeidsmarkedet som gjør at personalet på sin side ikke kan velge seg bort så lett, som tilfellet er i mer varierte arbeidsmarkeder med større tilbud.

### 9.3 Den vanskelige mellomklassen

Nå skal vi se nærmere på den vanskelige mellomklassen, de større sykehusene, sentral- og fylkessykehus. Her er flertallet av casene preget av lite attråverdige forhold: en sliter med å rekruttere og beholde de man har fått i hus. Pasientene sukker og ønsker seg forandringer, men utakknemlige vil de ikke være.

Vi skal gå inn på to gode eksempler, og trekke fram to blant flere som kaver for å finne løsninger, med et preg av ”fra hånd til munn”-situasjon.

#### Mestrene

Dette sykehuset er lokalisert til en mindre by. De enhetene som skal omtales her er en operasjonsenhet og to kirurgiske sengeposter. Operasjonsenheten er en kompetansenhet som har lett for å skaffe og beholde personalet.

Dette er en enhet der det foregår omfattende utdanningstiltak – for alle personalgrupper. Det arbeides meget seriøst med kvalitetssikring og kvalitetshevende tiltak. Avdelingsleder definerer kvalitetssikring som et system som verner om pasient og personalet, og utnytter de ressurser en får tildelt. De satser på å få til det beste en kan få, og ser

---

<sup>24</sup> Begge enheter er nedleggingstruet, og hevder at DRG satser og ISF har gjort det vanskelig for dem.

til at rett ting er på rett plass. I dette opplegget er det evaluering av avvik som styrer kvalitetsutviklingen. Her skjer et langsiktig kvalitetsutviklingsarbeid, og det ble avsluttet i løpet av 2000. Det er valgt ut ansvars personer som fører kvalitetsprosedyrene. Alle er de med på å bygge opp systemet, for dette er basert på bred medvirkning. Så snart en prosedyre er ferdig tas den i bruk. En overordnet målsetning er at dette skal være en rettesnor for å sikre ansatte og pasienter.

Det er muligens i samsvar med denne tankegangen at en også i så høy grad har satset på internkontrollarbeidet, der alle elementer er på plass; også handlingsplaner med tidsfrister og ansvars personer som skal sørge for oppfølging. Det bekreftes også at tidligere gjennomførte HMS-undersøkelser er "satt ut i livet". Informanten sier at det er fin dialog rundt dette. Sykefraværet er det god oversikt over, og det ligger i den laveste enden av skalaen. Det har forekommet delvis uføretrygding, dvs. at personen er fortsatt i jobb, men på redusert tid.

Alle sykepleierne er ferdig utdannede operasjonssykepleiere, og det er ikke vanskelig å få tak i dem. Det har vært liten utlysning av stillinger i løpet av de siste årene. Dessverre er det for få hjemler, og avdelingsleder mener at en er kronisk for lavt bemannet. Det er derfor økende overtidsbruk, og en har måttet søke dispensasjon fra overtidsbestemmelsene for ett år siden. Avdelingen har ikke måttet redusere driften eller holde stengt pga. for knappe personalressurser. Aldersfordelingen her er meget jevn, og med ett unntak har personalet vært ansatt her i mer enn tre år.

Vi skal også se nærmere på de kirurgiske sengepostene knyttet til denne operasjonsenheten.

*Post A:* Her er det stor aktivitet. Det er ikke ubesatte sykepleierstillinger, men noe manko blant hjelpepleiere og især blant legene knyttet til posten. Det er knapphet på plasser/senger slik at det er overbelegg og korridorpatienter. Mens en pasient er på overvåkingen er det en annen som "låner" vedkommendes seng. På posten finnes også pasienter som ikke kan skrives ut, ettersom det ikke er noen som kan ta imot dem i neste behandlingsledd.

Det er sykefravær i personalet, og ekstravakt (1), innleide (1) og eget personale (1) går ekstra. Allikevel betegnes dagen som "grei", det lot seg ordne.

*Post B:* Også her er det fullt hus og vel så det. Kjønnfordelingen blant pasientene ”stemmer ikke”, og det forklarer noe av korridor-belegget. Her er det i tillegg 3 pasienter som egentlig skulle vært skrevet ut. Men hvor skal de ta veien? En sykepleierstilling ubesatt. Det er 2 ekstravakter på plass. Det er sykefravær. Allikevel går arbeidet uten spesielle utsettelse.

Ved dette sykehuset ser en at operasjonsenheten får arbeidet unna, og at en satser på å holde det gående ved hjelp av kvalitetsarbeid og stor satsning på kompetanseutvikling/utdanning.

På sengepostene er det til dels et annet bilde som kommer fram:

Operasjonsenhetens og sengepostenes personale deler oppfatningen om at det stort sett er for høyt tempo. På sengeposten er det klare uttrykk for at man ikke får nok muligheter til å komme med innspill, formidlet sine erfaringer. Det er å stå på, men uten at ledelse og eiere ”ser” eller gir uttrykk for at de setter pris på det som gjøres.

En klarer ikke helt å gi opp drømmen om at det skal snu, at en skal få mer medvirkning og få være med på å prege utviklingen og løsninger som finnes.

#### *Medisinsk enhet – i en god periode*

Denne enheten har 8 leger tilknyttet hvorav 3 er spesialister, 24 sykepleiere, 1 fysioterapeut og 5 hjelpepleiere, avdelingsassistent, ergoterapeut og sosionom. Det foregår internundervisning for alle pasientgrupper, og det er også spesielle kurs for enkelte grupper for eksempel i kreftomsorg, rehabilitering og videreutdanning i sykepleie ellers.

Kvalitetsikringsarbeidet på sykehuset er under utvikling. Avdelingen har ikke egenutviklede tiltak, men nevner en rekke enkelrutiner som skal bidra til kvalitetsikring:

- 1) Kontroll og signering knyttet til medisinhandtering
- 2) Registrering og melding av skade både på pasienter og personale
- 3) Registrering og melding av feilmedisinering
- 4) Prosedyrepermer

Det arbeides systematisk med HMS. Alle kravene til internkontroll er oppfylte, og siste HMS-kartlegging viste at situasjonen var tilfredsstillende. Enheten har ikke data for sykefravær. Avdelingsleder sier at det er flere i løpet av året som har vært i aktiv sykemelding.

For tiden er det lett å rekruttere sykepleiere, men turnoveren har vært høy de siste 3 årene. Overtidsbruken har gått ned det siste halvåret før undersøkelsen, men ligger nå på et middels nivå. Enheten har hatt redusert drift i forbindelse med ferier og høytider. En fjerdedel av sykepleierne har kommet til i løpet av det siste året.

## Sliterne

### *Kirurgisk enhet*

Denne enheten har utdanningstiltak for alle personalgruppene, og omfanget er spesifisert til timer pr 9. uke. Dette er intern undervisning.

Hele sykehuset har utviklet et systematisk kvalitetssikringsarbeid, og avdelingssykepleier mener at det fungerer bra. Det er utviklet en rekke prosedyrer som sikrer konsistente måter å arbeide på, samt et dokumentasjonssystem. Det overordnede målet er å sikre at pasienten får den behandlingen som han/hun bør få. Dette opplegget konkretiseres til å gjelde

- 1) prosedyrer for mottak av pasienter
- 2) prosedyrer for hvordan man skal føre opplysninger
- 3) datablad for hver pasient
- 4) at hver pasient har sin perm
- 5) at det lages utreiseplan
- 6) det finnes overflyttingsplaner der det er aktuelt

Dette systemet praktiseres også ved den operasjonsenheten som man er knyttet til.

Systematikk og orden preger også HMS-arbeidet. Det nevnes konkrete saker som en arbeider med som oppfølging av HMS-kartlegging. Det dreier seg for eksempel om vedlikehold av senger, som skal bli bedre når det gjelder muligheter for å kjøre/vippe og senke, og utbedring av solskjerming, mv. De siste tilgjengelige sykefraværdata viser at det er meget lite korttidsfravær (under 1 %), men middels sykefravær under 8 uker. Langtidsfravær bidrar til at den totale fraværsraten blir liggende på nær 10 %. Enheten benytter seg av aktiv sykemelding, og det nevnes konkrete eksempler på dette.

Avdelingsleder understreker at det er vanskelig å rekruttere sykepleiere. Det er en situasjon der det er stor turnover, med mye korttids-

engasjementer. De som kommer er ofte nyutdannede, og det har vært mange ut og inn i løpet av de siste årene. Det er en del utenlandsk arbeidskraft. Overtidsbruken er også høy, men det er ikke utover den lovlige for de ansatte i hele stillinger. En bruker helst de som har reduserte stillinger som buffere i forhold til overtid. Dette er en situasjon som har påvirket driften. Ved to avdelinger er det redusert drift, og en tar bare nå akutte, mens en reduserer på listepasienter.

Aldersfordelingen er ganske jevn. 42 % av sykepleierne har vært ansatt i mindre enn et år, og blant legene er det 2/3 som har vært ved enheten under ett år.

#### *Sykehusenhet "Presset profesjonalitet"*

Sykehusenheten innbefatter kirurgisk sengepost, gastro/endokrinologisk kirurgi og cancer mammae.

Det er knyttet 5 leger til posten, det er 22 sykepleierstillinger, 9,5 hjelpepleierstillinger, 1 avdelingsassistent og 1 postsekretær til enheten.

Avdelingen har omfattende undervisningstiltak i form av interne og eksterne kurs. Flere av de ansatte er ute på utdanningspermisjon og tar videreutdanning i stomisykepleie og intensivsykepleie og operasjons-sykepleie.

Det understrekes at en arbeider mye med kvalitetsutvikling, først og fremst ved å videreutvikle dokumentasjon, gjennomgå rutiner, lage prosedyrebok, holde kurs og internundervisning. Det er dannet primære faggrupper, og en har en tilnærmet primærsykepleierordning med primærkontakter. Avdelingen har med andre ord utviklet et systematisk kvalitetssikringsarbeid. Og avdelingsleder mener at dette fungerer godt.

Avdelingens arbeid med internkontrollarbeidet er på gang og det er skaffet oversikt over aktuelle lover og forskrifter, rutiner for opplæring, bruk av verneutstyr, håndtering av helsefarlige stoffer, brannøvelser mv. Det er også gjort en kartlegging av hva som er problemområdene i virksomheten. Denne kartleggingen har resultert i en skriftlig handlingsplan. Det er bare delvis satt tidsfrister for utbedringstiltak og ansvarlig for oppfølging. Det er delvis også utformet skriftelige dokumenter for hvilke rutiner/prosedyrer man har for å avdekke, rette opp og forebygge forhold i virksomheten som ikke er

tilfredsstillende i forhold til krav i lov og forskrifter. Avvikshåndtering er skriftlig nedfelt.

Alle ansatte er gjort kjent med virksomhetens aktiviteter i forhold til internkontroll, men de ansatte har bare delvis adgang til den skriftelige dokumentasjonen.

Avdelingen hadde ved undersøkelsestidspunktet ettervirkninger av en periode med korttidsfravær på rundt 60 %, dette varierer med enkelte meget tunge perioder. To av 33 ansatte var ute i langtidsfravær.

En hadde ingen på aktiv sykemelding, en ordning som for øvrig ble oppfattet som vanskelig å tilrettelegge. Det står ikke på viljen, men det er ikke lett å finne lette nok oppgaver. Nesten alt arbeid i avdelingen krever gåing og løfting. Det forekommer uføretrygding fra avdelingen.

Ved denne enheten sies det at det i perioder er meget vanskelig å rekruttere sykepleiere, og i løpet av de siste 3 årene har turnoveren vært meget høy. Overtidsbruken beskrives som ”stabil på høyt nivå”.

Driften ved avdelingen reduseres jevnlig over hele året og spesielt knyttet til lavdriftsperioder som jul, vinter/høst og sommerferier og påske.

Halvparten av personalet er under 30 år, halvparten i aldersgruppen fra 31 til 50 år. Blant sykepleierpersonalet har 38 % en fartstid på under 12 måneder i avdelingen.

#### *Medisinsk avdeling*

Denne avdelingen har i alt 7 legestillinger tilknyttet, hvorav 2 er spesialister i gastroentereologi, 3 er i utdanningsstilling under spesialisering i indremedisin og 2 er turnuskandidater. Det er 17 fast ansatte sykepleiere og 1 vikar. Det er 1 fysioterapeut i hel stilling, 15 hjelpepleier- og 1 hjelpepleierstilling dekkes av 8 personer. Avdelingen har ergoterapeut i halv stilling og en sekretær i halv stilling.

Det gis ingen formell undervisning. Sykepleierne har undervisning ca én gang pr. måned knyttet til personalmøte, mens legene har undervisning ca ukentlig. For sykepleierne foregår det ikke noen organisert videreutdanning. Det er noen sykepleiere som tar kurs og en sykepleier som arbeider med slagpasienter driver med kompetanseheving.

Kvalitetsarbeidet defineres som en aktivitet for å sikre at jobben de gjør skal utføres på en forsvarlig måte ut fra de forpliktelsene de har,

både sentralt og internt. Fokus er på pasienten, dvs. å sikre at pasienter får best og sikrest behandling. Avdelingsleder mener at de har utviklet et systematisk kvalitetsikringsarbeid. Dette består i at de har utviklet metodebøker der alle prosedyrer står beskrevet og hvordan ulike ting skal håndteres. Metodebøkene er lett tilgjengelige og står samlet på ett sted. Metodebøkene blir brukt daglig. Det er egne prosedyrekomiteer på sykehuset.

HMS- og internkontrollarbeidet er delvis iverksatt, dvs. det er skaffet oversikt over aktuelle lover og forskrifter, inkludert pasientrettigheter. Det er også oversikt over rutiner for opplæring, bruk av verneutstyr, håndtering av helsefarlige stoffer, brannøvelser. Det er ikke gjort kartlegging av problemområder i virksomheten og ikke utformet handlingsplaner (følgelig er det ikke satt tidsfrister og tildelt ansvar for oppfølging) Avdelingsleder vet ikke om det er gjort noe med skriftelige beskrivelser av avvikshåndtering. Aktiviteten på internkontrollområdet er gjort kjent for ansatte, og alle har adgang til den skriftelige dokumentasjonen som er utformet.

Det finnes ikke HMS-kartlegginger, men på vernerunden har de med et punkt om HMS. Det er blitt avgitt skriftlig rapport fra to slike runder, der det ble påpekt at det var godt arbeidsmiljø, men at det var for dårlig sikkerhet på natten. Noe ble rettet opp, men det er fortsatt for dårlig bemanning på natten. Det finnes ikke sykefraværdata på avdelingen, men er blitt framskaffet sentralt fra administrasjonen, og viser et samlet fravær på 9,2 % hvor hovedtyngden er langtidsfravær.

Aktiv sykemelding har vært i bruk, men er ikke praktisert i 1999.

Sykepleierekrutteringen karakteriseres som vanskelig, og dette har endret seg til det verre de siste tre årene, særlig de siste to. Avdelingen prøver å rekruttere studenter med praksisplass, studenter fra sykepleieskolen som ligger i fylket. Det viser seg å være vanskelig og forklares delvis med at kommunen tilbyr 10 lønnstrinn mer. Avdelingsleder sier også at sykepleiestudentene har andre krav og forventninger til jobben enn tidligere.

Det er nesten ikke turnover blant hjelpepleierne, mens turnoveren blant sykepleierne karakteriseres som middels. 35 % av sykepleierne er nyrekruttede siste år.



Derimot er det ganske lavt overtidsforbruk. Det er noe overtid pga. manglende pauser, det vil si at personalet går noe lenger vakter, spesielt på aftenvakt der de ofte går ½ til 1 time over.

Posten har, som sykehuset for øvrig, sommerstengt pga. ferieavvikling og også noe redusert drift i julen.

#### *Kirurgisk enhet*

Denne enheten har tilknyttet 4 overleger og 4 ass.leger. Blant overlegene er det én ortopedispesialist, én gynekolog og to med generell kirurgi. Enheten har 23 sykepleiere i 75 %-stilling og 6,5 hjelpepleierstillinger. Det er én fagutviklingspsykepleier ved enheten.

Det er ikke utdanningstiltak for alle personalgruppene på avdelingen, men noen grupper (ledere) går på formelle kurs. Andre undervisningsaktiviteter er internundervisning knyttet til personalmøter. Det er et fåtall som studerer eller etterutdanner seg.

Avdelingen har utviklet et systematisk kvalitetsikringsarbeid. Det dreier seg om å ha rutiner og skriftelige prosedyrer og et avvikssystem. Det sistnevnte dreier seg om å rapportere når rutiner ikke blir fulgt. Sykehuset arbeider etter et totalkvalitetssystem. Dette innebærer at en arbeider med kvalitetsikring på ulike nivåer: Nivå 1 er det administrative prosedyresystemet, nivå 2 innebærer at en arbeider på tvers av avdelinger, og nivå 3 gjelder avdelingen. Det er utarbeidet handbøker som tar for seg ulike områder: a) det medisinske tekniske utstyret og eventuelle avvik, b) infeksjonskontroll og cytostatika-håndtering, og dessuten er det laget en egen "sårperm". Utføring av tjenester er også beskrevet.

Ved enheten har en fulgt opp det meste av internkontrollarbeidet, men en har ikke kommet så langt at en har laget skriftelige handlingsplaner. Høsten 1999 ble det gjort en HMS-gjennomgang der en konkluderte med at en måtte arbeide med ergonomi og luftfuktighet.

Avdelingen har ikke sykefraværdata, men avdelingsleder forteller at det har vært uføretrygding i eget personale.

Det er lett å rekruttere sykepleiere, men turnoveren er meget høy (70%). De ansatte har overtid, men på andre avdelinger. Det ble søkt om en dispensasjon for overtidsbestemmelsene i avdelingen i 1999.

Avdelingen har ikke vært stengt eller hatt redusert drift pga. personalmangel. Det er i alt 34 i personalet og mer enn halvparten er under 30 år. Blant sykepleierne har nesten 60 % av de ansatte en fartstid på under ett år.

*Medisinsk avdeling, i en storby*

Denne avdelingen har en medisinsk overlege og en kardiolog som også er knyttet til avdelingen. En får også noe hjelp fra en overlege med en grenspesialitet som er aktuell for avdelingen. De øvrige legene er assistentleger og under utdanning.

Blant sykepleierne er det tre med spesialutdanning. Avdelingen har fysioterapeut, og får bistand fra ergoterapeut og sosionomer.

Det er tilbud til alle om å delta på kurs, men de må ønske dette selv. Det foregår internundervisning på avdelingen en gang pr uke. De har mange muligheter pga. nærhet til høyskole. Dette muliggjør videreutdanning og omskolering når det er aktuelt.

Kvalitetsikring innebærer her å sikre hverdagen for pasientene slik at de får rett behandling uansett hvem som er på vakt. Dette vektlegges. Metoder, prosedyrer for observasjon og dokumentasjon skal sikre at alle får lik behandling. Det må ikke være slik at behandlingen er avhengig av person, av hvilken sykepleier det er som er på vakt. Definisjonen av kvalitetssikring ligger tett opp til begrepet ”standardisering”. Avdelingslederen er meget klar på at en har en lang vei å gå for å nå fram til et systematisk kvalitetssikringsarbeid.

Systematikken innebærer blant annet at alle ansatte deles inn i ressursgrupper på enheten. Disse fordyper seg i ulike tema og deretter skal de utvikle prosedyrer for behandling. Det er også laget spesifikke prosedyrer, for eksempel for medisinhandtering og medisinrommet. Dette dreier seg blant annet om hva som skal finnes tilgjengelig til enhver tid, og at det er orden på medisinrommet.

HMS-arbeidet er godt ivaretatt, og det er orden på dokumentasjon og god tilgjengelighet på nødvendig informasjon. Sist gjennomførte kartlegging pekte ut konkrete problemområder. Det er problemer med støy, risikoavfall og kjemikaliehandtering. Mange mennesker arbeider innenfor samme tette område, for eksempel er det er for mange som arbeider på ett vaktrom og det blir plagsom støy. En PC er nå satt inn i

et annet rom slik at en kan arbeide i ro. Handtering av avfall er det også blitt orden på.

Det er veldig vanskelig å rekruttere sykepleiere, og turnoveren er høy. Gjennomsnittelig fartstid for sykepleierne på avdelingen var for kort tid tilbake 7,5 måneder. Og avdelingssykepleier har selv ganske kort tid i stillingen. Sykepleierne vil helst ikke arbeide overtid, og det representerer et problem. Overtidsbruken er stabilt på et middels nivå. En har klart å unngå å stenge posten eller ha redusert drift siste år. 2/3 av personalet er under 30 år, dette henger naturligvis sammen med den store utskiftingen som har foregått. Nesten 2/3 av sykepleie-personalet sluttet foregående år. Dette forklares med at mange som kommer rett fra studiene, reiser fra storbyen når de gifter seg og får barn.

#### 9.4 Store, men i hver sin verden?

De store sykehusene, regionsykehusene, viser seg å være svært ulike arbeidsorganisatoriske systemer. Vi skal her ta for oss en medisinsk enhet på ett av regionsykehusene og en kirurgisk enhet/operasjonsenhet på et annet.

Begge sykehusene ligger i større byer, og begge er ansett for å være effektive systemer. Det er mulig at noen av forskjellene som fremkommer skyldes at det er snakk om medisinsk og kirurgisk virksomhet.

##### Medisinsk enhet

Det er 5 overleger, flere med doktorgrad, 1 professor og 4 assistentleger knyttet til enheten. I alt er det 18 sykepleierstillinger, 6 hjelpepleiere, 1 postsekretær og 1 avdelingsassistent. Alle personalgruppene har utdanningstilbud, og det foregår internundervisning hver 14.dag. Det store sykehuset har også egen kurskatalog med mange tilbud.

Det er et ungt sykepleiepersonale og avdelingsleder sier at disse nyutdannede menneskene trenger først og fremst å komme inn i jobben.

Kvalitetsarbeidet er godt utviklet, dvs. det er metodebøker og noe er spesifikt for seksjonen eller for spesielle funksjoner. Som det sies: "Folk må vite hvordan man skal sikre seg informasjon. Man kan ikke huske alt, derfor er det bøker tilgjengelig på personalrommet". Det er laget metodebøker spesielt i avdelingen, og for nyansatte er det mest

system. Det finnes en nyansatt-perm med sjekklister. Assisterende avdelingssykepleier holder i kvalitetsarbeidet.

HMS-arbeidet er også fulgt opp på prosedyresiden. Informasjon og kartlegginger er utviklet og utført. Men her mangler det tidsfrister og ansvarlige for oppfølging. Det mangler rett og slett penger. Kartlegginger som er gjennomført, viser også at en har vært klar over enkelte problemer over lang tid, som for eksempel inneklimateiske forhold. Her har en også hatt pålegg.

Avdelingen har sykefraværdata. Det er ca 13 % langtidsfravær, og en tommelfingerregel sier at 40 % av personalet hankes inn pr dag. Sykefraværet er altså høyt.

Her beskrives situasjonen når det gjelder rekruttering som ”ytterst vanskelig”. En er lykkelig hver gang det søker en hjelpepleier eller sykepleier. Nå er turnoveren middels, men den har vært høy. Overtidsbruken er innenfor arbeidsmiljølovens bestemmelser. En sparer fast personale så langt råd er, en prøver å unngå å beordre og finner heller ekstravakter. Allikevel har en ikke klart å unngå redusert drift i løpet av foregående år.

#### Kirurgisk enhet, regionsykehus

Den kirurgiske enheten består av en seksjonert operasjonsavdeling, og i 2000-registreringene krevde dette organisatoriske utviklingsarbeidet betydelig oppfølging. Det var resultat av en prosess hvis målsetning var å skape oversiktighet, bedre flyt og sikkerhet. De ansatte snakker om sine erfaringer under omleggingen og i etterkant med at-skillig faglig entusiasme. Men det har vært tøft. Mange faktorer i det regnestykket som skulle gå opp.

Sykehuset dekker et stort geografisk område og det er til tider meget stort press. Strømmen med akutte pasienter er det ikke så enkelt å styre, men på mottakssiden har en kommet et godt stykke på vei gjennom seksjoneringen. De elektive pasientene forsøkes regulert inn i en takt som oppleves som nogenlunde realistisk, men pasientenes erfaringer tyder på at det å være elektiv pasient her medfører mye venting.

Friheten til å snu seg rundt organisatorisk nyter den kirurgiske avdelingen, og det er mange prosjekter på gang.

Under 2000-registreringen bar det meste i positiv retning her selv om et par trekk ved arbeidstidspraksisen ikke var til å juble over.

Pasientene berømmet sykehusets personale, og flere fremhevet legenes humør og humor, den gode tonen.

2001-registreringene viste at en var meget overbevist om at omleggingen hadde vært til det gode, men nå var det kommet så stramme budsjetter at det oppleves som truende for identitet og organisatorisk selvforståelse.

## 9.5 Oppsummering

Sykehus er organisasjoner som er skapt for å ivareta et unikt sett av mål. Når helsen svikter, vil det være det dominerende eksistensielle problemet for et hvert menneske. Vissheten om at det er en stående beredskap av kompetente og medfølende profesjonelle helsearbeidere, er med på å gi et samfunn kvalitet som livsmiljø. Sykehusenes særpregede kompetanse ligger i å kunne organisere sin virksomhet slik at både det uventede og det forutsatte kan ivaretas.

Sykehus på alle nivåer – region-, fylkes- og lokalsykehus, helt ned til de minste enhetene – møter i prinsippet de samme utfordringene. De må organisere virksomheten internt slik at de uønskede variasjonene minskes og forventede forløp kan realiseres. Dette krever også at organiseringen internt skjer på basis av kunnskap om hva som kan skape støtputer mot turbulens fra omgivelsene. Noen sykehus utvikler for eksempel tverrgående behandlingsskjeder internt, andre satser på screening ved innkomst, ofte kombinert med observasjonsposter. Poenget er at en må optimalisere de organisatoriske løsningene på bakgrunn av konkret kunnskap om flakehalser og barrierer, men også med egne studier av god flyt, forsvarlig sykepleiefaglig og medisinsk oppfølging.

Sykehus som vi kaller ”forankrede” sykehus, ga oss eksempler på slike arbeidsformer. Med støtte fra toppen og med åpen erfaringsbasert dialog, skjer mye læring og mange nye åpninger blir synlige. I de ”bi-polære” sykehusene ser en at faglig og administrative enheter leter ukoordinert etter løsninger. Man får til nye tiltak, men det kan være mer usikkert om de konvergerer. Faglig begrunnede prosjekter, for eksempel omlegging til delvis dagbehandling, får ikke nytte godt

av hva administrativt/økonomikyndig personale kunne tilføre og vice versa. I forhold til disse enhetene kan programmer for organisasjonsutvikling generert fra departementer, Forum for organisasjonsutvikling i helsetjenesten mv. være gode medspillere.

De pragmatiske sykehusenhetene gjør en hederlig innsats, men de har ikke en kultur for langsiktighet. Det vil derfor være nødvendig med flere tiltak samtidig for å gi dem pågangsmot og tillit til at de kan satse på eget utviklingspotensial. Mest av alt er det sentralt å frem-heve det de får til, og hva som ligger nær som nye mestringsfelt. Gjennom å satse på flere, små prosesser som drar i samme retning, kan forankringen i en framtidstro bli realistisk.



# 10

## Oversikt over feltet – en helsetjeneste i endring

### 10.1 Gode intensjoner

Denne undersøkelsen er motivert av et ønske om å bidra til utviklingen av et mestrende helsevesen. Selv om det framkommer mange tankevekkende og isolert sett nedslående data fra arbeidshverdagen, er dette ikke en elendighetsrapport. Tilnærmingen er valgt for å kunne belyse ad metodisk vei hvordan samspillet mellom strukturer, kulturer og enkeltmennesker som har sin arbeidsplass i sykehus og kommunehelsetjeneste, fungerer i hverdagslaget. På denne bakgrunnen framstår også muligheter til å se alternativer, fremme forslag og øke realismen i møtet med de framtid utfordringene som tegner seg for den norske helsesektoren: Hvordan få de vedtatte reformene til å konvergere og gi sykehusene større muligheter til å utvikle seg lokalt?

I to påfølgende år (2000 og 2001) er et tilnærmet representativt utvalg av somatiske enheter i norske sykehus blitt undersøkt med hensyn på deres hverdags situasjon. Siktemålet har vært å få fram den reelle situasjonen slik personalet og pasientene opplever den. Det er også gjort registreringer av mer kvantitativ art som forteller oss om hvilke typer praksis som er utviklet, som svar på krav i regler og lovverk.

Situasjonen i norske sykehus kan beskrives fra mange vinkler: noen er opptatt av styringsproblemer, økonomiske problemer, andre er opptatt av rene driftsproblemer. I den foreliggende studien er hovedfokus rettet mot de typer arbeidsorganisering, arbeidsmiljø, rekruttering og personalstabilitet som finnes, og det gjøres også forsøk på å se disse forholdene i relasjon til pasienterfaringer og samspill med kommunehelsetjenesten. Hvilke organisatoriske løsninger er utformet for å løse arbeidsoppgavene, og hvordan virker disse løsningene? Datainnsamlingen er, med noen få unntak, foretatt ved at forskere har oppholdt seg samtidig i enhetene over en 24-timers syklus. Dette datamaterialet gir så bakgrunn for en sammenlikning av de to periodene (2000-2001) for å se på eventuelle endringer over tid. Det er altså snakk om to sett polaroidbilder, men fordi det er de samme enhetene som er inkludert,



får studien et panelpreg, og mer varige trekk kan sees i forhold til det som endrer seg. Øyeblikksbildene er interessante i seg selv, men ved å legge dem ved siden av hverandre, så får man også fram variasjonsbredden i forhold og erfaringer over relativt kort tid, en ettårsperiode.

Sammenlikningene gjør det mulig både å gi en oversikt over utfordringer, ressurser og lokale løsninger, og å komme med forslag til en klassifisering av mer og mindre vellykkede organisatoriske løsninger i driften av sykehus. Ett produkt av undersøkelsen er et såkalt "inventorium", dvs. et redskap til å måle tilstanden i et sosialt system, i grupper eller hos enkeltpersoner.

Sykehusene er ikke lukkede systemer selv om det nettopp er gjort forsøk på å trekke opp grenser til omgivelsene for å få en bedre styring internt. Ved det design som er valgt i denne undersøkelsen, er det mulig å stille en rekke nøkkelspørsmål: Hvordan er forholdet mellom "eksterne" og "interne" variable for sykehusets evne til å løse sine problemer? Er det for eksempel forskjell mellom de sykehusene som har høy pasienttilfredshet, og de som ikke har det? Hva skyldes eventuelt disse forskjellene, er det sider ved personalorganisering, arbeidsdeling, etc? På hvilken måte kan en snakke om ett Helse-Norge? Ettersom vi har med sykehus fra hele landet, får vi også et bilde av kulturer og deres mulige innvirkning på hvordan forventningene til sykehuset er. Hvilken betydning har sammensetningen av pasientene? Er det forskjeller i pasientenes forventninger etter alder for eksempel?

I studien framkommer det at det enkelte steder er blitt kulturelle spor etter langvarig økonomisk sulteforing, hvordan og hvorfor har dette medført en fattigdomskultur enkelte steder og andre steder ikke?

Pasienter er et tålmodig folkeferd. De er godt informert om at sykehusene og helsetjenesten strir med mange problemer og, ikke minst, knapphet på personal. Derfor er mange pasienter lettet og forbauset over at sykehusoppholdet eller kontakten med kommunehelsetjenesten har vært preget av at de er blitt godt mottatt og ivaretatt, at de har fått riktig stell og vellykket behandling. Pasienter og pårørende klager, men klager de over de sidene ved oppholdet som vi skulle vente at de var opptatt av, eller er det andre forhold som fører til formaliserte klager? Hva betyr klager for personalet? Gjør de noe med klager der de ikke har muligheter til medvirkning? Er klager et

verdifulle erfaringsmateriale som kan brukes bedre og mer offensivt for å utvikle sykehuset som organisasjon?

Ledelse og ledelsesutvikling er et særlig interessant aspekt ved sykehusene i møte med reformene: Hva betyr god ledelse for de som leder på ulike nivåer? Hvordan ser man på overgangen til enhetlig ledelse? Overgangen til én-delt ledelse er også et tema som skaper engasjement og diskusjoner. Dette varierer fra skepsis og motstand begrunnet med behovet for å kunne vite at det ligger en egen faglig autoritet bak beslutninger, til en ”vente og se”-holdning.

Er denne overgangen forberedt, og på hvilke måter er den det? Velger man en ens modell, eller er det stort sett slik at man ønsker å la mangfoldet få utvikle seg? Det er interessant å se på disse spørsmålene i lys av de mønstre som er utviklet, og som gjør at en i dag har oppfatninger av hvem som leder og hva ledelse innebærer, både i sykehusene og i kommunehelsetjenesten. Vil dette medføre nye motsetninger mellom leger og sykepleiere?

Forholdet til kommunehelsetjenesten er blitt stadig viktigere ettersom sykehusenes mandat er knyttet til aktiv behandling og utredning. I 10-15 år har det vært en ideologi om at en skal følge prinsippet om å tilby og utføre behandling og oppfølging på det *laveste effektive nivået* (LEON-prinsippet). Men hver enhet i og utenfor institusjon har sine budsjetter å forholde seg til, og de setter grenser ut fra økonomiske kriterier. Det kan altså se ut til at en får et ganske annerledes inntrykk av mulighetene for å realisere LEON-prinsippet ved å vurdere det fra 1) den enkelte enhets side, sett i forhold til 2) de helsepolitiske forutsetningene, og 3) ut fra hva som vil være grunnlag for en optimal pasientbehandling.

## 10.2 Brytnings- og ventetid?

I kartleggingsrunde 2 (2001) ble mange spørsmål og problemstillinger bibeholdt kartleggingen fra 2000, men dette var også en anledning til å dra nytte av erfaringer slik at vi kunne være mer presise i våre spørsmålsformuleringer. Mange virksomheter har gjort et arbeid, mer eller mindre prosessorientert, som har resultert i at de formelle tingene er på plass, men har det medført noe annet enn et nytt vokabular?

Det viser seg at det kan være vanskelig å nå igjennom en del av de nesten klisjépregede formuleringene som kanskje preger mye av dagens helsepolitiske ideologi. Det må helt spesifikke spørsmål til for å få tak i de reelle forholdene. Den økte presisjonsgraden i kartleggingsrunde 2 gir oss et mye klarere bilde enn hva de mer uspesifiserte og åpne spørsmålene har gitt, og vi har fått bedre fram vurderinger av utfordringer og sammenhenger som de enkelte dataene inngår i. Det økte presisjonsnivået gjorde det også enklere og tydeligere å identifisere hva som er "systemets" kjennetegn, og hvordan de enkelte deltakerne bidrar til å forme den konkrete institusjonen. Tendensen er med andre ord at datagrunnlaget er mye tydeligere i denne kartleggingsrunden.

Det ble tydelig at de ansatte og lederne i de somatiske enhetene oppfatter at vi nå befinner oss i en brytnings- og ventetid. Mange nye politiske vedtak er fattet med betydning for enhetenes virksomhet, og vissheten om at fremtiden vil bringe muligheter for store endringer, kommer fram i intervjuene. Samtidig er det en tid med uvisshet, og denne uvissheten kan det se ut til at sykehusene har ulike strategier i forhold til. Noen arbeider systematisk med eget utviklingsarbeid, andre venter mer passivt og kan derfor komme til å spre utrygghet. Er alt nå helt åpent og ennå mer uklart enn før? Forventningene til at statlig overtak skal løse problemene oppleves både som lovende og urealistisk; det er atskillig forståelse for at dette ikke kan være en magisk løsning.

Kartleggingene fanget også opp at det er et helsevesen med mange ønsker og mål, men også med preg av at det allerede har vært et langt løp, for ikke så få også et løp med forhindringer. Hva vil fremtiden bringe? Hvordan skal de klare å gi liv til lovene<sup>25</sup> som er vedtatt og som skal regulere virksomhetene og de ulike personalgruppene?

Vi har fått fram et bilde av helsevesenet som i høy grad ser ut til å være preget av ildsjeler, som får satt faglige ting på kartet selv om det ikke er avsatt særlig med ressurser. Et annet spørsmål blir da også mer prekært: Er de som former levedyktige miljøer gjennom sine konkrete innsatser, sikret god nok innflytelse slik at deres erfaringskompetanse kan komme til sin rett også når den nye kursen skal staves

---

<sup>25</sup> Lov om pasientrettigheter, helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om psykisk helsevern ble vedtatt som en lovpakke 2.juli 1999.

ut? Strukturelle endringer kan vedtas, men det er gjennom lokale prosesser at de får innhold og kvalitet.

### 10.3 Mangelsituasjoner har virkning på tilliten til det som sies

Det kan spores en dobbelt holdning til de pågående reformene: På den ene siden er for eksempel vedtakene om at det skal være pasientansvarlig lege og sykepleier, helt i tråd med hva de ansatte over lang tid har fremmet som ønsker. På den andre siden brer det seg en matthet ved vissheten om at å innfri disse løftene, i høy grad avhenger av en knapphetsfaktor: tilgang på kvalifisert personal. Sykepleiermangelen kommer tydelig fram, både hvordan den ytrer seg i dagens situasjon og hvilke spor den vedvarende setter. Dette er en langvarig tendens. Selv om en kan finne en viss bedring i en periode for ett sykehus, tipper det den andre veien for et annet. Over tid er etterspørselen av sykepleiere større enn tilgangen, og dette er ganske så stabilt. Noen har gode erfaringer med å utvikle lokale grep, og de virker iallfall for å sikre tilgang. Men, som det sies, ”vi har ikke bare et rekrutteringsproblem, vi har i høy grad et stabilitetsproblem”. De lokale grepene er meget interessevekkende, og vi har lagt vekt på å få dem fram i denne rapporten. Vi møter èn type holdninger hos sykepleierne i sykehus der det over tid er utviklet en kultur og praktisk personalpolitikk som viser at en tenker langsiktig i forhold til sykepleiergruppen, og andre grupper. På sykehus med slike kjennetegn svarer de ansatte med å vise betydelig tillit til at tilbakemeldinger fra dem, basert på erfaring i møte med praktisk oppgaveløsning, blir tatt på alvor. Sykepleierne svarer da med et langsiktig perspektiv på ansettelsen, et ønske om å være en del av miljøet. I andre sykehuskulturer er det en utbredt oppfatning av at hver og en må passe på seg selv, også dette en konklusjon basert på erfaring. Det er rett og slett ikke bryet verd å slite seg ut for ingen ser det, og ingen bryr seg. Hadde erfaringskunnskapen blitt mer verdsatt, ville sykepleiergruppen få noe igjen for det i form av utviklingsmuligheter og gjensidighet fra virksomheten.

Mens mange strukturelle endringer på overordnet plan nå er vedtatt og skal vedtas, blir det stadig tydeligere at det lokale nivået må få bedre rom for utviklingsarbeid. Eller dreier det seg om å ta muligheter som

allerede er der? Er dette et av de feltene hvor vi finner forskjeller mellom vellykket og mindre vellykket drift?

### Fattigdomskultur?

I denne undersøkelsesrunden støtte vi på uttrykk som *mangelsykehus*. Hva er det som mangler? Internt er det først og fremst tydelig at virksomheten er preget av vedvarende personalmangel. Samtidig er det sviktende forutsigbarhet som følge av usikkerhet om framtiden. Over lengre tid har en opplevd økonomisk uforutsigbarhet. Midler kan bli trukket tilbake eller plutselige nedskjæringer kan forrykke planer midt i året. Sykehus som på denne måten lenge har slitt med overbelastning utvikler noen trekk ved kulturen som kan føres tilbake til dette. Det brer seg en resignasjonskultur. Når bemanningen er stram, kan konsekvensene bli betydelige, for eksempel perioder med høyt sykefravær. Sykefravær og permisjoner går i bølger og en kan få lengre perioder med underbemanning. De som er på jobb blir ekstra slitne, og det tar tid å normalisere forholdene. Når bemanningsressursene er knappe, blir det liten anledning til å etablere konsensus internt om hvilken retning man skal gå, hvordan en skal tilpasse seg best mulig til krav i omgivelsene, hva som er lønnsomt og ulønnsomt.

En del av sykehusene rapporterer om at det er periodevis stor gjennomtrekk og mer eller mindre kronisk mangel på kvalifiserte sykepleiere. Mangelen på leger er også en virkelighet ved flere av sykehusene. Siden det er en viss gjensidig avhengighet mellom profesjonene, virker manglende kvalifisert personale i en gruppe inn på mulighetene for å løse oppgaver i den andre gruppen: Når sykepleiere for eksempel må være tolk for ikke-norsktalende leger, hindrer det dem i deres egentlige arbeid; når det er for få anestesisykepleiere på vakt, må operasjoner utsettes; klarer ikke avdelingsassistenten å rydde unna, så hindres arbeidet for de øvrige. Arbeidet i helsesektoren er spesialisert og forutsetter en god og funksjonsdyktig arbeidsdeling.

Kriseløsningene som kommer for å løse akutte problemer, sliter på motivasjonen hos de mer faste. I undersøkelsen kommer det fram at kriseløsningene nettopp er det – og alle vet det. Når skal en ta tak i de mer grunnleggende utfordringene?

Data viser mange interessante sider ved forsøk på å løse sykepleierkrisen eller mangelen på sykepleiere. I materialet kommer det fram

hva en erfarer ved bruk av utleiebyråer, også de nye norske. Her ser en f.eks. at rekruttering og personalspørsmål generelt er et vanskelig felt.

Det sliter på personalet å måtte forholde seg til en stadig strøm av nye sykepleiere, nykommere som har behov for å bli introdusert i arbeidet og arbeidsoppgavene. Det er uvegerlig også slik at de fast ansatte har et annet forhold til arbeidsplassen enn den innleide som kommer for en kortere tid: de fast ansatte kjenner arbeidsplassen tettere og har også et annet blikk for helheten. Problematisk kan det også være at byråene bringer inn sykepleiere som får høyere lønn enn de fast ansatte. Det oppstår lett gnisninger.

Pasientenes erfaringer bidrar til å understreke at kriseløsningene har noen sider som rammer dem direkte, det gjelder for eksempel deres erfaringer med leger som ikke behersker norsk, sykepleiestudenter som gjør en jobb så godt de kan, men som altså ikke kan godt nok.

Der hvor pleiermangelen er tilnærmet kronisk, får en et innslag av motstand mot å bruke utenlandske pleiere. Forhold som gjør dette problematisk er blant annet:

- I enkelte deler av landet har pasienter problemer med å forstå dansk og svensk.
- Innleie gjennom byrå gir ofte korte opphold for sykepleierne. De kan gjerne komme for så korte perioder som 1-2 uker, og få av disse innleide kommer tilbake.
- Den stadige utskiftingen skaper problemer i forholdet innad i personalet, men det innebærer også problematiske forhold til pasientene.

I håp om å få noen innleide sykepleiere til å komme tilbake, ønsker mange sykehus å gå over til å bruke norske utleiebyråer.

Intervjuene med verneombud viser at det er sykepleiere som er den gruppen som har mest overtid, og enkelte steder er det snakk om betydelige tall på årsbasis. Det viser seg at betydelig overtid også kan operasjonaliseres til i gjennomsnitt 2-3 vakter ekstra pr. uke. Ved ett sykehus sier en informant: ”Her er det veldig lite, ikke mer enn 200 timer i gjennomsnitt”. Ved andre sykehus finner en eksempler på folk som jobber mer enn 400 timer overtid.

I denne runden har vi også fått høre om konflikter som har skapt problemer innad i sykepleietjenesten, og tanker rundt hva som må og bør gjøres ved slike konflikter. De forstås dels på bakgrunn av slitasje og mangler over lengre tid. Langvarige konflikter kan tappe et sosialt system for energi. I materialet finnes det data som forteller om enheter som har slitt lenge med motsetningsforhold, og først når konflikten er håndtert ser en hvor nedbrytende dette virkelig har vært.

#### 10.4 "Uro"

Denne rapporten har fått tittelen "Et nytt helsevesen"? – og anslår optimistiske toner. Men underveis i arbeidet med materialet, har vi også fått fram en dobbelthet: Vi velger å kalle det en *uro*. Uroen kommer til uttrykk hos den enkelte, hos lokale ledere av sykepleietjenesten og legetjenesten, og også som et trekk ved kulturene vi ble kjent med. Fire av sykehusene er ganske tydelige i sin omtale av hva som skaper en følelse av uro hos dem: To sykehus møter gjentatte og tilbakevendende trusler om nedleggelse, to sykehus er usikre på hva eierne vil med dem for framtiden. For ett av disse sykehusenes vedkommende, så blir det også sagt i klartekst at de frykter hva som kommer til å skje i kjølvannet av fritt sykehusvalg og kjøp av helsetjenester i utlandet.

Det dreier seg også om noe annet, noe som antakeligvis stikker ennå dypere. Vi skal her skissere hva som rommes i disse inntrykkene. Helsevesenet er i allmennhetens eie, alle har lov til å ha en mening, og mange baserer sine meninger på egne erfaringer. Det er to skarpt ulike tolkninger av hva som "egentlig" foregår: Den ene oppfatningen dreier seg om at "det er fantastisk hvor mye en klarer med så lite ressurser", den andre oppfatningen er stikk motsatt: "Det er en ubegripelig sløsing og ineffektivitet – sektoren framstår som et økonomisk sluk". Samtidig kommer et velde av forslag til løsninger, forslag som også gir seg uttrykk i reformer og endringsforslag som skal bidra til forbedring. Som regel er det pasientens ve og vel som er begrunnelsen, og det er et vedvarende press overfor politikerne for å sikre legitimitet for sitt styresett ved nettopp å legge til rette for utviklingen av en god helsetjeneste.

Økonomiske hensyn spiller også inn: "Det store vi" blir ikke enig om vi har et dyrt eller billig helsevesen. Riktignok forteller internasjonale

sammenlikninger (helsekroner pr. innbygger av BNP) at vi nå ligger rimelig høyt i forhold til de fleste land vi sammenlikner oss med til vanlig, men over lang tid har vi vært i en annen situasjon. De nominelle utgiftene må også sees i forhold til hva som skal dekkes av helsetjenester til befolkningen, og hvilke geografiske forhold som helsetjenesten arbeider under.

På dette overordnede nivå – vi kunne kanskje kalle det ”samfunnsdebatt”-nivået – skapes det bilder av helsevesenet, og at det stadig gis nye muligheter for de lokale enhetene til å finne ”løsningen”. Debatten maner også fram et inntrykk av at de der ute på avdelingene ikke er så villige; de har stort sett sine egne agendaer og tenker først og fremst på egne interesser, da særlig profesjonsinteresser. Disse påstandene virker åpenbart inn på selvforståelse og tolkninger av egne utfordringer, en slags ”hva er det mer de vil”, og ”når vil de noe annet”? Det er lett å tenke i paralleller her, til et menneske som skal leve opp til motstridende krav og som tar kontroll ved å lage seg sin egen forståelse av hva som foregår. Og siden samfunnet er avhengig av helsepersonellet og de som drifter sykehusene, blir det et forhold preget av avstand, i mange tilfelle. Sykehusene vet hva de erfarer i kontakten med pasientene, politikerne vet også – og kanskje noe annet, i kontakt med sykehusets brukere. Sykehusene mestrer denne forventningskonflikten på ulikt vis: noen ved å forme sin egen ideologi eller filosofi, andre ved å tilpasse seg de krav som kommer etter beste evne, og noen ved rett og slett å si at de driver fra ”krise til krise”.

Uroen gjør seg også gjeldende ved at medisinske og sykepleiefaglige ledere opplever at det er så liten lokal handlekraft. De vegrer seg mot å akseptere en universell mal for helsesektoren. Særlig de som stiller med folk med mange og sammensatte diagnoser: de som ikke kan ta seg betalt for alle kostnadene, men som også insisterer på at det er den reservasjonsløse barmhjertigheten som bør kjennetegne helseinstitusjonene. De retter sin aggresjon mot innsatsstyrt finansiering (ISF), diagnoserelaterte grupper (DRG) og andre økonomiske redskaper til å styre innsatsen.

I møte med fagfolkene ser vi hvordan faglige interesser, at medisin og sykepleie er deres livsprosjekt, får dem til å fortsette – de tror på det



de holder på med. Når pasientstrømmen blir så stor at de ikke får ytet kvalitet etter faglige definisjoner, holder det hardt.

Ute på enhetene, avdelingene, har vi møtt personale som tar ut uroen på andre måter. De har lært at de må ta vare på seg selv, for "systemet" gjør det ikke. Det vil si, noen har avdelingsledere som viser at de ser og setter pris på hva den enkelte legger i jobben, andre har en opplevelse av at de for eksempel ikke bør jobbe helsa av seg for det monner ikke allikevel, og deres strategi er å forsøke å vedlikeholde sitt overskudd for eksempel ved å arbeide deltid eller skifte arbeidsplass. Uroen bidrar med andre ord til den mobiliteten som er så karakteristisk for helsesektoren.

Når vi kjenner de store utfordringene i det fysiske og organisatoriske miljøet, er det interessant å registrere hvordan det står til med arbeidsmiljøinnsatsen. Materialet viser få spor av arbeidsmiljøtiltak: Det dreier seg faktisk om HMS-innsats av den mest skrinne typen.

Vi mener at den måten vi har spurt respondentene på, gjør at vi får et realistisk materiale og dermed et godt tak på konsekvensene av det som skjer i kjølvannet av de mange omstillingene og endringene i organisering i sykehus og kommunehelsetjenesten.

Det kan se ut til at stadige omstillinger er en utfordring for ansatte i helsetjenesten og innen pleie og omsorg i land vi vanligvis sammenlikner oss med. Nye undersøkelser som det danske Prosjekt Udbrændthed, Motivasjon og Arbejdsglæde (PUMA)<sup>26</sup>, gir verdifull kunnskap om utbrenthet blant 2000 personer som arbeider i sykehus, fengsel, døgninstitusjoner og kommunale hjemmehjelpstjenester i København og i utkantdistrikt. Det viste seg at det var hjemmehjelperne i hovedstaden, jordmødre, legesekretærer, reserveleger og fengselsbetjentene var de mest utsatte yrkesgruppene. Forskerne var overrasket over å finne store forskjeller i grad av utbrenthet og opplevelse av det psykiske arbeidsmiljøet blant faggrupper som arbeider med mennesker. Undersøkelsen viser at utbrenthet henger sammen med et dårlig psykisk arbeidsmiljø. De fant også at det psykiske arbeids-

---

<sup>26</sup> Undersøkelsen er presentert i det danske Arbejdsmiljørådets tidsskrift "Arbejdsmiljø", nr 6/7 2001. PUMA utføres av forskerne Marianne Borritz og Tage Søndergaard Kristensen. For PUMA har disse forskerne utviklet et nytt måleinstrument Copenhagen Burnout Inventory (CBI). PUMA er lagt opp som en panelstudie.

miljøet generelt var noe dårligere blant PUMA-utvalget enn blant et representativt utvalg av danske arbeidstakere. De svake sidene ved det psykiske arbeidsmiljøet er høyt arbeidspress, høye følelsesmessige krav, å måtte skjule sine følelser og mangel på positive faktorer som innflytelse, utviklingsmuligheter, støtte fra kolleger og ledelse, meningsfylt arbeid. Men det er særlig faktoren ”uforutsigbarhet”, altså en faktor på systemnivå, i form av ikke å vite om ens arbeids-plass skal nedlegges eller slås sammen med andre enheter eller omorganiseres, som skaper hva som kalles ”basal utrygghet”.

Også i sykehus som har en trygg tradisjon for å få det til, kommer det klare utsagn om at de stadige omgangene med omstilling gjør organisasjonen ”tynnlitt”. En informant som vi møtte i kvalitetssikringsrunden sommeren 2001, uttrykker seg slik:

”Her har vi vært gjennom mange omganger med omstilling, og det har meldt seg en form for endringstretthet. Folk på grunnplanet sukker litt oppgitt når nok en oppfordring om å gjøre ting på en smartere måte når ut til dem. Det er også det at det brer seg en usikkerhet når det kommer planer som sier at en skal legge ned funksjoner og kuttlistene dukker opp. Her i sykehuset er det planer som inkluderer et oppgitt antall stillinger som skal bort på sikt. Den økonomiske situasjonen har i det siste medført at den positive utviklingen i arbeidsmiljøet er blitt tynnlitt. Det blir skåret til beinet. En er blitt tvunget til å si nei til tiltak som oppleves som belønning og påfyll. Når ting en har fått tradisjon for må kuttes ut pga kostnader hører vi at folk reagerer med å si at ’Vi har mer enn nok med vårt. Nå er jeg lei av å gjøre noe uten å få noe igjen for det. Nå gjør jeg det jeg skal og ferdig med det...’”

En informant gir uttrykk for at en er lei av å dokumentere igjen og igjen. Hun formulerer det slik:

”En blir oppgitt når en må komme med så grundig dokumentasjon for hver eneste ekstravakt. Piffen forsvinner. Resultatet er at det lett blir en slags språk i organisasjonen. De ute i avdelingene føler avstand til ledelsen som på sin side må bruke veldig mye av sin tid rettet mot politikerne. Ledelsen bruker så mye tid på det fjerne, ’utenriksministerfunksjonen’, at oppgavene innad i sykehuset blir opplevd som nedprioriterte.”

Datamaterialet viser at det i enkelte sykehus er en utbredt praksis med sammenslåinger av poster, og de ansatte reagerer på uroen og kom-

binasløsningsprosesser som gjør at de ansatte ikke alltid får arbeide med det de har ønsket eller kan. For eksempel kan en finne en post der en har ”øye og mage/tarm” sammen. På vaktene går sykepleierne om hverandre, men de har helt forskjellig fagkompetanse og kan derfor ikke hjelpe hverandre i spesielle situasjoner. Sammenslåingen er et eksempel på hvordan det ikke er faglige, men rent økonomiske hensyn som bestemmer. Personalet føler dette som uheldig og utilfredsstillende. Slike beslutninger blir typisk tatt på et administrativt beslutningsplan, og det blir vanligvis ikke diskutert med personalet.

Vi finner flere eksempler på at sykepleierne gir uttrykk for at endringer og sammenslåinger følger på hverandre, og at det er lite medvirkningsmuligheter. Dette blir bare besluttet over hodet på de som skal utøve tjenesten.

Andre eksempler er en tidligere revma-avdeling som er slått sammen med øre-nese-hals-avdeling. Her er en enhet for kronikere og akutt-pasienter slått sammen, og de har felles sekretær og felles avdelings-sykepleier. Måten sammenslåingen er gjort på er også her preget av at det ikke har foregått noen forutgående prosess, man er bare etablert som en enhet. De ansatte regner med at dette heller ikke er siste gangen de skal oppleve denne formen for flytting, og resultatet er usikkerhet om hva fremtiden vil bringe. Å slå sammen en lungepost og en hematologipost er også egnet til en viss undring. Her har vi en pasientgruppe som ofte har infeksjoner (lunge), blandet sammen med en pasientgruppe som ofte må holdes i sterile omgivelser pga. benmargssuppresjon evt. transplantasjonsbehandling. De ansatte reagerer også her med at dette er vanskelig å forstå, men at det er økonomisk/administrative årsaker til ordningen.

## 10.5 Reformen – pilsken og gulroten

Fritt sykehusvalg har avfødt diskusjoner, men også engstelse for de sykehus som opplever at de ikke har spesielt godt renommé. Sykehusene er klar over at de må skjerpe seg og få til bedre organisering av tilbudet sitt for å holde på pasientene. Dette gjelder særlig for sykehusene som ligger i regioner der et annet sykehus er kjent for bedre utstyr og personalet innbefatter spesialiserte tjenester. Naturligvis er det et ubestridt gode at pasientene skal kunne velge, og i en situasjon der helsen står på spill, er det naturlig at den som er

sykdomsrammet vil søke den beste behandlingen, eller overhodet få tilgang til behandling. At denne nye ordningen også kan skape utilsiktede forskjeller i tilgangen til behandling, blir klart når vi hører om ressurssterke pasienter som bruker telefon og e-post for å spore opp den ledige kapasiteten, hvor den nå enn måtte finnes. Det gjør ikke pasienten på 88 år som trenger hjelp for en vond hofte.

Valgmulighetene skaper riktignok en økt usikkerhet i planlegging av pasientstrømmen, og de kan bidra til en øking av det som over er kalt den basale utryggheten i møte med fremtiden. Hensikten er å innføre en ny styringsfaktor: pasienttilfredsheten. Vissheten om at pasientene ved sine valg vil kunne påvirke aktivitetsnivået og driftsgrunnlaget, vil i teorien få sykehuset til å forbedre sin innsats og derigjennom få økt tiltrekningskraft i forhold til pasientene. Dette betinger igjen at det er evne og vilje i sykehusmiljøet til å se seg som aktører med tilstrekkelig handlefrihet og ressurser eller frihetsgrader til at det gir mening å drive denne typen forbedringsarbeid. Fritt sykehusvalg er dermed en av reformene som kan forventes å gi differensierte utfall i ulike sykehus eller enheter i sykehus.

#### Pasientansvarlig lege og sykepleier

Selv om pasientansvarlig lege eller sykepleier er innført ved lov, kan det se ut til at mye gjenstår før det blir innført i sykehusene (i henhold til våre data). Det vil si at det er noen enheter som har hatt primær-sykepleie, som har gitt dem et slags forsprang, men i realiteten er det bare ett av sykehusene som har fulgt opp lovendringen. Når vi spør pasientene om de har fått tildelt pasientansvarlig lege og sykepleier, så forstår de rett og slett ikke spørsmålet vårt.

#### Éndelt ledelse

Éndelt ledelse ble foreslått i NOU 1997:2 der en hevdet at man i realiteten bare finner to ulike hovedmønstre i ledelsesformer ved somatiske norske sykehus: 1) enhetlig todelt ledelse og 2) éndelt ledelse. Den mest utbredte formen er den enhetlig todelt ledelsen som finnes i 90 % av avdelingene, mens man altså har éndelt ledelse ellers, og denne ledelsesformen medfører gjerne også et lederteam som samarbeider med den ene, valgte lederen. Denne siste formen for ledelse ligger nær opp til den anbefaling som kom fram i NOU 1997:2. Der heter det

"Ledelsen bør være enhetlig. Utvalget står samlet i sitt syn på at ledelsen bør være basert på enhetlig og udelt ledelse. Det vil si at en person skal være utpekt som leder for den enkelte organisatoriske enhet i sykehuset." NOU 1997:2

Utvalget foreslår at det gjennom en forskrift, med hjemmel i sykehusloven, fastslås at prinsippet om enhetlig ledelse skal innføres i de offentlige sykehusene. Utvalget mener at dette vil skape en klarere ansvarssituasjon enn i dag, der det i stor grad gjøres bruk av todelt ledelse på avdelingsnivå (s 14 op cit). Videre foreslo utvalget bak NOUen at det skulle opprettes tverrfaglige ledergrupper, at det måtte stilles krav om at lederen har reell ledelseskompetanse og faglige kvalifikasjoner.

For øvrig ville utvalget ikke komme med konkrete forslag om hvordan norske sykehus bør organiseres. Tvert i mot ble det sagt klart at en måtte erkjenne at vellykket organisasjonsendring i stor grad er avhengig av lokal forankring og lokalt eierskap til løsningene. Myndigheter skal sette mål og etterspørre resultater, men det sies altså klart at å gripe inn i virkemiddelbruken, vil kunne undergrave legitimiteten og autoriteten til toppledelsen i sykehuset.

Denne reformen er på gang, og det gjenspeiler seg i vårt materiale. Reaksjonene varierer fra de avventende, til de engstelige og mer aggressive. Fra sykepleierhold kommer det fram en spørrende holdning omkring hvordan dette i praksis skal utformes når eventuelt en lege skal være avdelingens leder, og legen samtidig gir uttrykk for at å administrere ikke er noe viktig, snarere noe legen helst vil slippe. Andre sier at det er bra at en har en dato for når endringene skal settes i verk, men det kan bli ganske problematisk når det ikke er gjort noen organisatoriske forberedelser slik at det kan oppstå funksjonsmessig vakuum. Leger som uttaler seg i materialet, sier at det kan bli et problem dersom en sykepleier bli avdelingens leder. Det er også interessante observasjoner hos dem som står på sidelinjen og observerer hvordan følgene blir. En informant forteller at denne endringen er slitsom:

"Alle skal lede, men når det kommer til beslutninger kan det være vanskeligere. Da blir beslutningspresset skjøvet oppover, til direktøren. Resultatet er at enhetslederne fungerer som faglige konsulenter, koopterte sådanne, ettersom de nå er i linjen."

Enkelte sykehus har lang erfaring med enhetlig ledelse, og ved ett slikt sykehus sies det at over tid er det blitt slik at leger som vil ha stillingen vanligvis får den. Dette medfører at sykepleietjenesten har funnet sin plass i lederteamet, men ikke regner med at linjeledelse er en posisjon som er aktuell for sykepleierne. En har funnet seg til rette i situasjonen, men opplever at det er en del dobbeltkommunikasjon som kan være slitsomt. Det blir fokusert på den ene lederen som har makt og myndighet. Sykepleietjenestens utfordring blir å ansvarlig-gjøre disse lederne på områder der de ikke så lett ser oppgavene.

### Stor selvstendighet til sykepleierfunksjonen

Undersøkelsen er meget informativ når det gjelder sykepleieres selvstendige funksjoner, og om hvordan de har utviklet sine virkefelt på områder der legene tidligere var enerådende.

Et eksempel er f.eks. en såkalt ”statikaklinikk”. Her er det en gruppe på fire sykepleiere som mottar pasienter: Pasientene kommer om morgenen, får tatt sine prøver og får sin cytostatikabehandling, blir liggende noen timer til de føler seg ok og blir så fulgt videre. Sykepleierne har fått delegert ansvar for å sette medisiner intravenøst fra lege. Foruten dosering som foretas av legen, er legen nesten ikke involvert i dette.

Andre eksempler er knyttet til nye og selvstendige funksjoner som er utviklet på bakgrunn av ny teknologi (ultral lyd og telemedisin), men de vanligste eksemplene er at sykepleierne får meget omfattende, autonome og avgjørende oppgaver i forhold til spesielle pasientgrupper/diagnoser. Sykepleiernes rolle som konsulenter for andre, synes også å bli tiltakende viktig.

De organisatoriske endringene i sykehusene skaper også behov for ivaretagelse av flyten i produksjonen. Nye roller med tydelige mandater er oppstått, for eksempel pasientkoordinatorrollen. Denne kan ha noe ulikt innhold, men innholdsmessig dreier det seg om å ivareta viktige logistikkfunksjoner. De mest avanserte pasient-koordinatorene sitter med en oversikt over tilgjengelige ressurser og ser disse i forhold til tilgangen på pasienter, slik at en øker mulighetene for å optimalisere ressursbruken, varsle de involverte når det er mangler, få til utskrivninger og klargjøring. Gjennom denne funksjonen kan en

altså utnytte sykepleierkompetanse til beste for spesialfunksjonene og sengepostene.

Foreløpig ser det ut til at disse endringene er noe sykepleierne synes meget godt om – de trives med nye utfordringer. Men endringene innfrir ikke forventninger om økt lønn, det er den faglige gevinsten de får som fortsatt teller. Dataene om sykepleiernes perspektiver på egen faglig utvikling de nærmeste årene, peker også på et behov for at sykehusene legger til rette for interne karrieremuligheter.

Sykepleiere har over en lang periode opplevd personalmangel som et vesentlig trekk ved deres arbeidshverdag. Ser vi på svarene de gir når de skal beskrive situasjonen, framkommer interessante paradokser: De satser på et ganske uforbeholdent engasjement i det nære forholdet til pasientene og til kollegene på avdelingen, og historiene om trivsel sammen med kollegene er mange. Arbeidsfellesskap er en av de viktigste faktorene når det gjelder å skape sosiale buffere i arbeidet, i møte med krav og spesielt når man ikke opplever at man har særlig innflytelse på beslutninger. Samtidig er det ikke nok å ha trivelige kolleger og kjenne seg til nytte. Å måtte avfinne seg med en situasjon der ens erfaringsbaserte innsikt i organisering og løsning av arbeidsoppgavene ikke blir etterspurt, er lite gunstig. Det framkaller hissige utbrudd og oppgitte diskusjoner. Da er det kanskje ikke så rart at kunnskapen om at ”de klarer seg ikke uten oss”, blir en slags trassig støtte til selvbevisstheten. Vissheten om at det å gå, si opp eller gå ned i stilling er en slags ”forsikring”, men sykepleierne gir også ut-trykk for at det er en fattig trøst når ens synspunkter blir oversett.

### Sykepleiernes stillingsandel mv

I kartleggingsrunde 2 fikk vi bedre data om hvorfor sykepleiere går i redusert stilling. Det vanligste årsaken de viste til var selve kravene i arbeidet og at det var for tungt med hel stilling. En del som går i full stilling er delvis sykemeldte fordi de bærer helsemessig preg av slitasjen. Det er fortsatt et betydelig innslag av sykepleiere som går ekstravakter eller tar overtid for å dekke opp for vakante vakter.

Samspillet med kommunehelsetjenesten viser stor variasjon. I enkelte områder er det svært utstrakt bruk av vikarleger og sykepleievikarer særlig sommertid. Vi finner også eksempler på avtalefestet samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten i kommunen og sykehuset. Slike

samarbeidsavtaler kan være et vesentlig bidrag til at begge tjenestene får mer stabile arbeidsbetingelser, og at de involverte opplever tryggere og mer forutsigbare samspill omkring sine roller i behandlings- og omsorgskjeden.

## 10.6 Faglig ansvarlig?

Rekruttering av sykepleiere nevnes som et problem av et flertall. Det kan være faglig problematisk at det er stor turnover, og at de som kommer har kort erfaring. Ustabilitet og at det går ganske mye i bølger når det gjelder å holde oppe forvarlig bemanning, nevnes av informantene.

Det blir påpekt at presset i retning av å ta imot stadig flere pasienter kan true en faglig ansvarlig gjennomføring av behandlingen.

Undersøkelsen viser med andre ord at det er mange former for rørlighet i sykehusenhetene som har betydning for selve driften og for de ansattes opplevelse av situasjonen. Det er vanlig å omtale sykehus som store og komplekse systemer. Denne karakteristikken er utvilsomt treffende, men den er kanskje også noe for enkel? I denne sammenhengen kan det være interessant å se på resultater fra en større undersøkelse av omstilling og arbeidsmiljø (Grimsmo og Hilsen 2000) som peker på ulike utfall av mobilitet og endring. Her kom det fram at virkningene av endringer er ulik begrunnet avhengig av om den enkelte skifter stilling, opplever endringer på jobbnivå eller på systemnivå. Det er først når endringene oppleves som påførte uten at den ansatte kan oppleve dem som forenelige med egne forutsetninger, at de skaper negative reaksjoner.

## 10.7 Ikke som før...

Et interessant trekk ved datamaterialet er innholdet i omtalene som representanter for én yrkesgruppe gir av en annen. Også helsepersonell endrer seg. Noen er opptatte av kjønnskiftet som er på gang blant legene, andre er bekymret over at en sykepleier ikke er slik sykepleiere pleide å være. Disse endringene oppfattes stort sett som positive; de tilfører nye verdier og gjør helsevesenet mer i tråd med sin tid. Begrep som ”generasjonsendring” brukes både for å beskrive endringer i legers og sykepleieres atferd og preferanser. Det har lenge vært et munnhell at sykepleiere er nomader i helsetjenesten. Nå kan en



høre informanter si at dagens leger ikke alltid er som forrige generasjon, de som var villige til å tilbringe livet sitt på jobben. Man er ikke så robuste som før, og dette gjelder for begge kjønn: ”Man har barn, blir sliten osv...”. En ønsket samfunnsendring, der menn deltar mer i forhold til barn, kan altså få konsekvenser i form av nye krav om tilrettelegging på arbeidsplassen.

En informant sier at yngre leger ikke ønsker å være alene på vakt, en annen fremhever at sykepleierne ikke lenger har nok praktisk erfaring og trenger lang opplæring for å bli trygge på jobben.

## 10.8 Dilemma

I arbeidet med materialet fra første og andre runde i denne panelstudien er det noen dimensjoner ved mekanismene i Helse-Norges måte å fungere på som i stigende grad er trådt fram som et grunnleggende dilemma<sup>27</sup>. Når vi nå over lang tid har hatt et visst underskudd på leger og sykepleiere spesielt, er det for mange sykehus blitt en vedvarende diskusjon om ”hvordan skaffe flere”. Implisitt kan dette medvirke til å feste et inntrykk av at vi trenger så og så mange ”stykk” leger og sykepleiere, og følgelig dermed at de er enkelt substituerbare. Det altoverskyggende blir å skaffe ”nok”. Når en analyserer data, trer en annen virkelighet frem: Den understreker at kunnskapen som dette helsepersonellet har, er noe langt mer enn en type standardisert, teknisk ytelse.

Det er uomtvistelig slik at vi har for få til å dekke behovet, men å ha ”mange nok” vil ikke automatisk dekke det som etterspørres. Å utøve helsetjenester, medisinsk og sykepleiefaglig, vil alltid være avhengig både av en generalisert kunnskap, men i høy grad også av en kulturell kontekst, ofte også en sterk lokal forståelse av hvordan mennesker tenker og vurderer i sine livsmiljøer. Dette ser vi ikke minst når temaet det flerkulturelle Norge aktualiseres. Forståelse av helse er både et spørsmål om hva Bourdieu kaller ”habitus” (livserfaringer preget av den klassebakgrunn og kulturelle ballast vi har) og den forståelse av fordeling og rettferdighet som hele samfunnet vårt er preget av.

---

<sup>27</sup> Dette er et tema som er blitt tydeliggjort gjennom diskusjoner med kollega Aslaug Hetle, og som hun har holdt foredrag om ved en helsefaglig konferanse.

Det kan tenkes at vi om ikke så lenge får ”nok” i antall helsepersonell, iallfall leger, men vi vil fortsatt kreve noe mer, føle at helsetjenestens kvalitet avhenger av at helsepersonellet får anledning til å forankres. Dette kan det se ut til at en har fått til ved enkelte av sykehusenhetene, der en er opptatt av å engasjere seg som ansatt på vegne av eget sykehus. De ansatte har det som på engelsk kalles ”commitment”, hengivenhet, overfor sitt sykehus og den befolkningen som sykehuset betjener. Andre er preget av erfaringer med et helsevesen som har etablert et arbeidsmarked der den ansatte rekrutteres til å fylle en jobb. Alle vet at det er tidsbegrenset – og så er det videre til neste etappe. ”Alle” leter etter de gode tiltrekningsforholdene, det som får etterlengtede personer til å dekke stillingene. For å gjøre denne prosessen lettere er det naturligvis fristende å legge opp til et system der det går greit å sluse folk/personale ut og inn, så å si uten at en lar det gå inn på seg. Det kan tenkes at det er i denne retningen vi beveger oss, mot en stadig mer teknisk og økonomisk forståelse av helsetjenestens jobber. Selv om det kan løse et mengdeproblem, kan vi bli konfrontert med andre og vanskeligere utfordringer.

### 10.9 Materialet undersøkelsen bygger på

Undersøkelsens materiale er samlet inn ved 11 norske sykehus, men til sammen inngår observasjoner fra basisenheter og tileggsenheter ved de samme sykehusene. Observasjoner og registreringer ble fore-tatt i løpet av ett døgn<sup>28</sup>, med parallelle registreringer på flere enheter innen de valgte sykehusene.

Slik undersøkelsen ble lagt opp, ble det innhentet 105 datasett fra 34 observasjonsenheter ved i alt 11 basisenheter, og i dessuten 11 tilleggsheter der det også ble gjort registreringer.

Datasettene fordelte seg slik:

Tabell 10.1 Datasett for 2000

Type virksomhet	Andel
Medisinsk sengepost	36 %

<sup>28</sup> Observasjonene ved ett av sykehusene ble ikke utført samme døgnet, men ble forskjøvet i tid. Kvalitetssikringsmateriale ble innhentet sommer/høst 2001.

Kirurgisk sengepost	36 %
Operasjon/intensiv	18 %
Geriatrisk	10 %

N = 105

De registreringer som ble gjort, omfattet pasienterfaringer (muntlig intervju), ansattes erfaringer (muntlig intervju), statistiske data om basisenhetene (tilgjengelige kildemateriale og intervju), vurderinger og synspunkter om basispostene fra ledelse (intervju), observasjonsdata om det fysiske miljøet (kartleggingsskjema) og tilnærmet like-lydende registreringer av forholdene på de 105 vaktene (registreringsskjema) i 2000.

Kartleggingsrunden i 2001 omfattet flere intervju og observasjoner: intervju med oversykepleier, med overlege, verneombud og ekstravakter. I tillegg var spørsmålene utdypet med tilleggstema i de allerede benyttede intervjuguidene.

I denne rapporten har vi benyttet data fra de ulike registreringene til å klassifisere virksomhetene med hensyn på god, middels og mindre god drift.

# 11

## Utfordringer

### 11.1 Innledning

Det er brytningstider i norsk helsevesen. Nye lover, lov om helsepersonell, lov om pasientrettigheter og eierreformen, setter ytre rammer og legger føringer. Har de lokale sykehusenheter muligheter til å leve opp til forventningene? Vi stiller dette spørsmålet på bakgrunn av vårt materiale som viser i hvor stor grad våre helseinstitusjoner er preget av at det er trangt og har vært trangt over lang tid både fysisk, organisatorisk og økonomisk. Helseministeren forsøker å dempe våre forventninger; det er mange ting som skal på plass og veien er lang. Vi har beskrevet mangelsykehus og fattigdomskultur, men virkeligheten er også variert. Vi finner sykehus som utmerker seg med hva vi har kalt et ”institusjonelt kvalitetspreg”, sykehusene som er gjennomførte og som stadig bygger ut sitt mestringsrepertoar. Andre sykehus er hederlige slitere som gjør så godt de kan, og de lykkes ganske godt.

I dette kapitlet skal vi forsøke å si noe oppsummerende om et mønster som kan ligge i datamaterialet. Vi har prøvd å fremstille datamaterialet nokså direkte i første del av rapporten, slik at det skal kunne være mulig å gå oss og våre resonnementer i sømmene. Dernest har vi sett nærmere på mulighetene til å finne mønstre av sammenhenger. Dette er en invitasjon til å delta i en felles, byggende dialog for å utvikle realistiske arbeidsbetingelser i helsetjenesten vår. Da er det selvsagt slik at både det velfungerende og det lite vellykkede er nyttig å tenke igjennom.

Vi har også sett at det er store utfordringer i helse- og omsorgskjeden; manglene er ikke bare inne i sykehusene, men i høy grad også i sykehjem og hjemmetjenestene utenfor institusjon. Her finnes heldigvis også en bukett av eksempler på godt arbeid og gode løsninger. Den største utfordringen ligger kanskje i forholdet mellom dem, for en åpen systemtankegang er ikke lett å gjennomføre når alle tenker på sitt (budsjett) - bare jeg tenker på mitt (budsjett). Hvilke realistiske muligheter har vi til å snu den pågående utviklingen? Det er skummelt

når personalet oppfatter at deres ledelse er gode på ett område: bokholderfunksjonen. Da blir det grunnlag for en uformell motkultur, den faglige begrunnede fremmedfølelsen overfor systemet. Noe som også forklarer hvorfor personalet enkelte steder sukker sammen med pasienter og pårørende.

Etter at vi presenterte dataene samlet, gikk vi inn i et forsøk på å analysere materialet ved å sammenlikne over tid og etter størrelse: vi så på de minste sykehusene, de mellomstore og de virkelig store sykehusene. Denne analysen brakte oss et stykke på vei. Allikevel var det dimensjoner som var vanskelige å plassere, og dette antyder at kompleksiteten i materialet kan fortelle om noen andre dimensjoner som skaper og vedlikeholder kvaliteter. Paradoksalt nok kan det være noen systemiske, prosessuelle og kvalitative likheter mellom de virkelig store og de mindre og helt små sykehusene, som går på det institusjonaliserte samspillet i virksomheten mer enn på størrelse. De små blir spesialiserte på noen oppgaver, de virkelig store blir i stand til å differensiere seg fram til spesialiserte måter å løse oppgaver overfor pasient- og diagnosegrupper når de innretter seg godt organisatorisk.

## 11.2 Vi har en misjon

Den dimensjonen vi her har valgt å analysere i forhold til, vil vi kalle ”forankring”, det vil si at sykehuset har utviklet en intern struktur, noen interne arbeidsformer, et praksisfelt, som gir en ramme for handling med et langsiktig preg. Vi fant en kategori sykehus som åpenbart hadde dette preget, og i denne kategorien falt så vel store, middels som små sykehus. Alle formidlet at de hadde en forståelse av å ha en sosial kontrakt med omgivelsene/brukerne som var såpass tydelig at den ble reproduert i en eller annen form av ulike grupper ansatte. Brukerne/pasientene kunne også gjenspeile den i sine forventninger til sykehuset. Dette var naturligvis ikke noe vi spurte etter, siden denne dimensjonen ikke var klar for oss i utgangspunktet. En informant ved ett av disse sykehusene uttrykket: ”Det er viktigere for legene her å gi et godt faglig helsetilbud – det er ingen selvstendig og overordnet interesse å overholde andres regler (budsjett etc)”.

I denne institusjonen sier en også at sykehuset har fått sin identitet ved at en internt og over tid har holdt fast på noen samlende elementer. Dette har til sammen skapt en identitet, en selvforståelse som mange

er bærere av og som gjør at sykehuset føler seg annerledes. Den øverste ledelsen har gjennomgående lang erfaring i å være i klinikken. Det blir sagt at de ikke sitter i noe elfenbenstårn. En tøff romslighet preger kulturen i sykehuset. Kulturen formidler at de ansattes erfaringer og synspunkter er interessante, like interessante som all verdens eksterne eksperter. I 2001-kartleggingen så vi tegn til at dette sykehuset ynket seg under presset fra en strammet økonomisk styring.

Også den mellomstore sykehusenheten som faller i denne kategorien, er preget av en fellesforstått, styrende bedriftskulturell forankring. Alt er tydeliggjort her. Nye som kommer inn får en sjanse til å bli medskapende, og ikke bare noen som kommer til en ferdig virksomhet der en lener seg til en ærefull historie.

De to virkelig små sykehusene er begge eksempler på en dynamikk som fremmer lokal handlekraft og tydeliggjøring av egen misjon, egne verdier.

Det er neppe en dristig antakelse at de forankrede virksomhetene vil komme til å gripe de nye mulighetene som ligger i eierreformen. I tråd med Matheusprinsippet vil de som allerede har tradisjoner og prosesser som fremmer konvergens mellom ledelse og ansatte, bare finne rom for å forsterke dette ytterligere. De andre trenger aktiv stimulans for at de ikke skal bli værende i en lengre periode med uvisshet om egne veivalg.

### 11.3 Utviklingspotensial

Vi har sett hvordan sykehusene driver undervisning og kompetansevedlikehold. Denne siden ved kunnskapsvirksomhetenes typiske trekk, at alle mer eller mindre kontinuerlig må tilegne seg nye ferdigheter og kunnskaper, er anerkjent og har lang tradisjon. Den andre siden ved kunnskapsvirksomhet er nødvendigheten av å ta egne erfaringsdata i bruk for å avstemme egen praksis mot generell kunnskap. I de forankrede virksomhetene er det flere ansatte som opplever at de er i et godt læringsmiljø i denne forstand, og det er en motivasjon til å ønske å forbli i jobben. Når rammebetingelsene er usikre, krever det vilje og besluttsomhet å forfølge en strategi som gir mening ut fra erfaringskunnskap og generell kunnskap samlet.

Dersom sykehusene får mer realistiske rammebetingelser og kan ha tillit til større forutsigbarhet, vil de stimulerende og motiverende sidene ved kunnskapsvirksomheten bli noe stadig flere vil kunne oppleve.

Utviklingen må skje på flere plan samtidig. Data indikerer at de ansatte er åpne for å prøve sine antakelser om god arbeidsfordeling, og de er villige til å medvirke til konkrete endringer, for eksempel når det gjelder å trekke opp nye grenser mellom profesjonene. Nesten fire av ti mente at det var flere av deres oppgaver som andre yrkesgrupper var bedre egnet til å ivareta, og tre av ti mente at deres egen arbeidsgruppe kunne ivareta oppgaver som andre nå er tildelt.

Mange ansatte er opptatte av å komme over fra en situasjon der de må beklage og unnskyldte overfor pasientene, til en situasjon der de kan være aktive i å prøve ut arbeidsformer som baserer seg på hva de vet og kan om forventede forløp i behandlingen.

Heldigvis ser det ut til at tilgangen på noen grupper helsepersonell kan komme til å bedre seg de nærmeste årene. En regner med til-nærmet full legedekning i løpet av 3-4 år. Det er en lysning når det gjelder søkning til sykepleieutdanningen, men som vi har sett er den store utfordringen å beholde sykepleierne og gjøre det interessant for dem å fortsette i helsetjenesten på heltid. Det må være tilstrekkelig dekning både i kommunehelsetjenesten og i sykehusene for at det kollektive trykket på denne yrkesgruppen letner. Hjelpepleiere er det også betydelig underdekning av. I forhold til kommunehelsetjenesten og dermed helsekjeden er det en stor utfordring å se nærmere på denne yrkesgruppens situasjon. I en sektor med stor avhengighet mellom spesialiserte yrkesgrupper, vil bedret balanse i forholdet mellom dem være viktig for kvalitetsheving og gode arbeidsvilkår.

Den foreliggende undersøkelsen har gitt oss bakgrunn til å være mer spesifikke i våre forslag til tiltak:

- Sykehus og andre helseinstitusjoner har ofte vært forstått og analysert som lukkede systemer, med klare grenser og behov for intern bedriftsøkonomisk styring. Ved å skifte til en tenkning basert på åpen systemforståelse, vil sannsynligheten øke for at en kan få en mer realistisk form for organisering og større grad av fleksibilitet i forhold til pasientgruppene i en region som en

betjener. Dette må basere seg på en forståelse av behandlingskjeder, systemsamspill og behov for indre fleksibilitet.

- Ledelsesoppgavene i kunnskapsbedrifter må være hva Mintzberg kaller ”covert leadership” (Mintzberg 1998) og tone ned kontrollaspektet til fordel for å dyrke ledelse med vekt på relasjonell kompetanse og delegering *både av oppgaver og beslutningsmyndighet*. Ledelse i kunnskapsvirksomhet blir oppfattet som god når ledelsen går i allianse med sine fagkompetente med-arbeidere og anerkjenner deres erfaringskompetanse, deres behov for kompetansevedlikehold og egenkontroll i arbeidet.
- Styling ovenfra og fra siden har medført betydelig usikkerhet for sykehusene, og det har gjort det rasjonelt for en del virksomheter å manøvrere forsiktig og legge til grunn at det ikke er ressurser til rådighet for annet enn det mest grunnleggende for driften. Nå må utviklingsarbeidet nedenfra og innenfra få spillerom. De ansatte i helsesektoren trenger en periode med utviklingsarbeid nært knyttet til praksis. Vi har allerede sett gode takter gjennom opprettelse av et forum for organisasjonsutvikling, et av resultatene fra Steineutvalgets arbeid, men nå må alle få investeringsmidler som kan gå til bedriftsutvikling Midlene bør være av en såpass størrelse at en kan være sikret minst et bredt dekkende femårsprogram. De ansatte er bærere av nødvendig kunnskapskapital, og for å kunne vedlikeholde denne kompetansen, trenger de ansatte å oppleve at de er gjenstand for langsiktige investeringer.
- Arbeidsmiljøarbeid har i følge våre data ikke vært like mye prioritert i alle deler av sykehusenes somatiske enheter. Det har fått ikke ønskelige konsekvenser, blant annet at ansatte går i redusert stilling for å forebygge helseproblemer. Ved å satse på medvirkningsbasert arbeidsmiljøutvikling, er det grunn til å anta at en vil vinne mange årsverk både i form av ønske om å arbeide heltid og i form av økt rekruttering. Det er ikke bare forekomsten av betydelige fysiske, organisatoriske og sosiale arbeidsmiljøproblemer, men i tillegg ryktet om at det ikke er særlige utsikter til at det gjøres noe aktivt for å løse problemene som virker inn.
- Nye og langsiktige arbeidsmiljøinvesteringer vil kunne bryte med den herskende oppfatningen om at en kan løse personellmangelen ved ”grep” som rekrutteringspakker eller innleie av



sykepleiere fra formidlingsbyråer. I realiteten kan det se ut til at valg av slike løsninger bare vedlikeholder en dynamikk som forsterker den permanente midlertidigheten. Med brudd i monopsonien vil det bli tydelig hva som er realistisk pris på den knappe, men verdifulle arbeidskraften.

## 11.4 Inventorium

I dette avsluttende avsnittet skal vi lansere forslag om å ta i bruk

- 1) utviklingsarbeid for å fremme prosesser i en systematisk satsning for å utvikle sykehusenes organisatoriske miljø, og
- 2) redskaper for å utvikle samspeilet mellom institusjonshelse-tjenesten og kommunehelsetjenesten. Forslagene bygger på data-gjennomgangen fra panelstudien.

Utviklingsarbeid i egen enhet har i seg et stort potensiale. Utgangspunktet for denne antakelsen er at vi ser forskjeller på sykehus som bare har en "driftsorganisasjon", og sykehus der både drift og arbeid med utvikling har en klar organisering. Det ser ut til at en kan finne eksempler på utviklingstiltak som er iverksatt av de ulike profesjonsgruppene, men hvor man ikke kan se spor av en lokal "utviklingsorganisasjon".

En driftsorganisasjon kan defineres som en målrettet organisering for å sikre at man tar unna arbeidsoppgavene, men uten en klargjort felles forståelse av hvordan en sammen kan bygge videre på erfaringer og sikre en ønskelig framtid. For å samle ressursene i orientering mot målsetninger kan det være nyttig å skape en arena der en gjennom dialog reflekterer over den ønskelige framtiden for enheten. Dette vil være en betingelse for å skape en bevissthet om muligheter til å vri noen sider ved egen virksomhet mot en organisering av utviklingsarbeidet: mange små skritt som til sammen kan bende utviklingen og øke opplevelsen av frihetsgrader i organisering av ressursbruken. Noen nøkkelspørsmål kan fremme en slik refleksjon. Tre enkle, men krevende spørsmål kan stilles:

1) *Hva skjer med vår enhet dersom vi ikke selv er aktive for å påvirke utviklingen?* Gjennom denne spørsmålstillingen kommer det fram hva som en antar vil hende dersom andre aktører får bestemme helt ut. Som regel vil ledelse og ansatte ha synspunkter på hva som ville være

en god utvikling, og det vil bli tydelig at realiseringen av egne mål avhenger av at en kommuniserer disse gjennom hvordan en innretter seg.

2) *Hvordan vil vi beskrive den ønskelige utviklingen for enheten? Hva er overordnede og konkretiserte mål?* Gjennom en prosess der en tydeliggjør den ønskelige utviklingen innad kan en oppdage at kimen til den ønskelige utviklingen allerede er der. Utfordringen er å satse på prosesser i det daglige, gjennom arbeidsorganisering, intern-undervisning og små prosjekter der en forsker på egen praksis.

3) *Hvordan skal vi sørge for å organisere våre ressurser slik at vi kommer inn i daglige arbeidsformer som fremmer langsiktig orientering mot en ønskelig fremtid?* De fleste enheter har opplevd gode perioder preget av fremdrift, pågangsmot og faglig bekreftelse. Hva var det ved disse periodene som en kan bygge videre på? Hva fremmer en erfaring av å spille på lag, kunne se at yrkesgruppens innsats konvergerer på en fruktbar måte?

Noen har en tydelig forståelse av at det er feltet *mellom* gruppene som vil bringe fram nye praksisformer, som gir tellende resultater av en felles satsning. Flere sykehusenheter sliter for eksempel med harmonisering av legetjenestens og sykepleietjenestens tidsorganisering. Gruppene kan konstantere at det er et problem, og det kan også gi seg utslag av at en går i samtale eller at den ene gruppen får en stasjon på for eksempel en sengepost.

Hva er det man kan tjene på ved å ha en dialog mellom alle yrkesgruppene? Det typiske i dag er at yrkesgruppene drøfter løsningsforslag internt og uformelt, men dialogen på tvers og med et felles fokus, kan være mindre etablert. Det har fremkommet sterke ønsker fra de ansatte i ulike profesjoner om å bli delaktig i informasjon og "diagnostisering" av egen virksomhet. For å ivareta dette kan det være avgjørende at en legger opp til en dialog der alle får medvirke. En dialog er til forskjell fra en diskusjon en samtale der en ønsker å bringe fram bredden i synspunkter på et spørsmål og samtidig unngå å utløse defensive mekanismer. Når dialogen får gode vilkår, vil en øke sannsynligheten for at en kan identifisere nye handlingsalternativer.

Den grunnleggende forutsetningen for å utvikle en virksomhet er knyttet til en felles forståelse av hva som er kjerneoppgavene, og hvordan den enkelte kan medvirke til å løse kjerneoppgavene.

#### Noen spørsmål som kan inngå i et måleverktøy

Dersom vi får anledning til å gå tilbake til de samme enhetene en tredje gang, for eksempel om to år, vil det være interessant å måle virksomhetens status etter følgende kriterier:

1: Har enheten klargjorte mål og tydelige, medvirkningsbaserte prosesser som fanger opp sammenhengen mellom arbeidsorganisering (driftsorganisasjon) og en ønskelig framtid (utviklingsorganisasjon)?

2: Har enheten utviklet mekanismer som sørger for å bygge inn arbeidsmiljømål i sine utviklingstiltak? Dette spørsmålet dreier seg om ivaretagelse av behov for å se en sammenheng mellom erfaringer i profesjonsutøvelsen og en kontinuerlig oppfølging av flaskehalser, uønskede variasjoner i forventede arbeidsforløp, slik at en kan justere og prøve ut nye konkrete løsninger kontinuerlig.

3: Har enheten etablert arbeidsformer som regelmessig tar opp og nyttiggjør pasientdata, for eksempel pasientenes erfaringer mens de er inneliggende eller til dagbehandling? Tas slike data vare på som grunnlag for internundervisning? Hvilken sammenheng er det mellom forståelse av kvalitet og kvalitetsutvikling og mulighetene til å ta egne data i anvendelse?

4: Har enheten skaffet seg nok fleksibilitet for eksempel ved å skreddersy arbeidstidsordninger eller ved å bruke aktivt de komparative fordelene som de ulike kompetansene i personalet representerer? Vi så tidligere at det er betydelig interesse for å se med nye øyne på oppgavefordeling, for å optimalisere tidsbruken i tråd med ønsker om å ivareta kjerneoppgavene.

5: Har enheten tatt opp sine grensebetingelser, dvs. forholdet til andre enheter *i* eller *utenfor* sykehuset som leverer tjenester, pasienter til enheten? Holder en regelmessig møte med andre som for eksempel mottakelsen, poliklinikken eller observasjonsposten, der den finnes?

Kan en ha nytte av et "samarbeidspanel" mellom nivåene, en representativ gruppe som går igjennom et slumpmessig utvalg pasienter for å se hvordan avhengigheter og grenseflater fungerer?

Hvilke samarbeidsformer er utviklet i forhold til de kommunehelse-tjenestene som en mottar og sender ferdigbehandlede pasienter til?

Samspillet mellom institusjonshelsetjenesten og kommunehelse-tjenesten er i varierende grad utviklet gjennom bevisste og målrettede tiltak. Hvilke pasientgrupper deler vi ansvaret for? Hva er tilbudet til disse pasientgruppene i og utenfor institusjon? Hvordan skal vi kunne sikre at LEON-prinsippet styrer vårt samspill?

6: Hvilke insentiver – faglige og økonomiske – er utviklet for å belønne fleksibilitet og erfaring/stabilitet i personalet? Har en hatt en diskusjon om insentiver? Kan det tenkes at enheten kan få noen form for ”kollektiv bonus” for å ha nådd miljømål (godt arbeidsmiljø og pasientmiljø), og for å klare å beholde en kjerne av stabile medarbeidere?

7: Hvordan synliggjør enheten sine kvaliteter som kunnskapsvirksomhet? Hvordan belønnes virksomheten for at den viser ambisjoner som kunnskapsvirksomhet? Forsker den på erfaringer med ordninger som pasientansvarlig lege og sykepleier eller på sin dagbehandling, hvordan den virker medisinsk og sykepleiefaglig?

De enhetene som vi betegnet som forankrede virksomheter, tolket vi som forankret i en forståelse av sammenhengen mellom en overordnet misjon og egen atferd, egen kultur. Over tid har de integrert og forklart enkelthandlinger og større utviklingstiltak med henvisning til noen virksomme sammenhenger. Det er viktig for et kvalitetsbevisst fagmiljø at det hele tiden er rom for å reise kritiske spørsmål, men også å kunne dele gleden over å nå mål. Måloppnåelse gir grunnlag for vedlikehold og fornyelse av ressurser. Noe av nøkkelen til mestring ligger i å vise tillit til egne erfaringer og bruke dem for alt de er verd.



# 12

## Metodemomenter

Det er på sin plass å reflektere over noen av de metodeproblemene som undersøkelsen reiser. Flere sentrale spørsmål knyttet til validitet og reliabilitet i gjennomføringen av undersøkelsen tas opp i et eget notat (Sørensen 2002). Her skal vi begrense drøftingen til spørsmålet om reliabilitet.

Identiteten til undersøkelsesenheter, sykehusene, basisenhetene og tilleggsenheter er ikke kjent for noen andre enn dem selv, Helse-tilsynet og AFIs feltmedarbeidere. Dette vurderer vi som nødvendig for å kunne gjennomføre paneldesignet, dvs. gjentatte besøk i samme enheter.

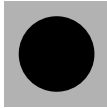
### 12.1 utfordringer til standardisering

I samfunnsvitenskapelige kartlegginger er det en viktig utfordring å sørge for at en unngår såkalt intervjuer-effekt, dvs. at resultatene reflekterer forskerens egenskaper og interesser. Dette er en spesielt viktig interesse å ivareta når det er mange ulike medarbeidere som samler inn data. Siden vi skulle utføre undersøkelsesarbeidet i flere enheter samtidig, var det nødvendig å inkludere mange forskere i den praktiske gjennomføringen. Blant disse var det enkelte med lang og solid fartstid i forskning innenfor helsetjenesten, men også enkelte som ikke kjente helsesektoren på forhånd. Disse ga i særlig grad uttrykk for at møtet med helsearbeiderne, pasientene og innsynet i den daglige virkeligheten på sykehus både var interessant og tankevekkende. Dette fikk oss også til å reflektere over metodesvakheten ved å bruke så mange rapportører med såvidt ulik kjennskap til sektoren.

Som ledd i forberedelsene, ble det holdt flere samlinger ved AFI der undersøkelsesopplegget ble gjennomgått og der en så kritisk på mulige uklarheter i spørre- og kartleggingsskjema. I helsesektoren er det faguttrykk og begreper som må defineres nærmere for å sikre at intervjuerne faktisk presenterer spørsmålene på en likeartet måte til samtlige informanter. Vi forberedte oss på mulighetene for å treffe på

personer som ikke hadde norsk som morsmål, men også på variasjoner i bruk av uttrykk og begreper.

Uansett forberedelser og forsøk på å standardisere, er det på sin plass å understreke at det kan ha oppstått ikke-tilsiktete variasjoner i gjennomføringen, rett og slett fordi det er snakk om så mange personer med ulik bakgrunn. Selv om vi satte sammen teamene, slik at halvparten hadde en medarbeider med erfaring fra forskning i helse-sektoren, så representerer den varierende kjennskapen et problem som ikke er enkelt å anslå betydningen av.



## Litteratur

- Abrahamssen, B., 2000, *Yrkesinnsats og karriereutvikling: en studie av et utdanningskull hjelpepleiere*. Oslo, Institutt for samfunnsforskning, rapport 11/00.
- Adelmann, P.K., 1989, *Emotional Labor and Employee Well-Being*, The University of Michigan: 130
- Arbeidsmiljøfondet, 2000, *Arbeidsmiljø nr 6/7*. København: Arbeidsmiljøfondet.
- Askildsen, J.E., Haug, K., red., 2001, *Helse, økonomi og politikk: utfordringer for det norske helsevesenet*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Atkinson, J., 1984, *Flexibility, uncertainty and manpower management*. Brighton University of Sussex, The Institute for employment studies.
- Baruch, G., 1981, "Moral tales: patients' stories of encounters with the health profession", *Sociology of health and illness*, 3:275-96.
- Becker, H.S., 1967, "Whose side are we on?", *Social problems*, 14: 239-48.
- Berg, E., 2001, *Arbeidsmiljø og sykefravær – påvirkning og samspill: en casestudie av tre avdelinger ved Vest-Agder sentralsykehus*. Kristiansand. Masteroppgave ved mastergradsstudiet i offentlig administrasjon, Høgskolen i Agder.
- Berg, O., 1982, *Helsetjenestens logikk: seks studier av norsk helse-tjeneste*. Universitetet i Oslo, Institutt for statsvitenskap (Dr. avhandling), Oslo.
- Cicurel, A.V., 1964, *Method and measurement in sociology*. New York: Free Press.
- Dingwall, R., 1993, "Accounts, interviews and observations", *Context and method in qualitative research*, Miller, G. & R. Dingwell, eds. London: Sage, pp. 154-74.
- Dir for Arbeidstilsynet (1997): *Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)*. Del 1: Brukerrettet veiledning. Del 2: Forskrift. Del 3: Kommentarer til forskriften. Oslo: Arbeidsmiljøforlaget.
- Elias, N., 1994, *The Civilization Process*. Oxford: Blackwell
- Erickson, R.J., Warthon, A.S., 1997, "In authenticity and Depression",



*Work and Occupation*, vol 24, nr 2.

- Fine, G.A., ed., 1995, *A second Chicago school? The development of a post - war American sociology*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Grimsmo, A., *Norsk arbeidsmiljø i en endringstid*. En rapport fra Statistisk sentralbyrås Arbeidslivsundersøkelser 1989 og 1993. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-rapport 4/96.
- Guldvog, B., red., 1998, "Helsepersonellens arbeidsmiljø og jobbtilfredshet: mot et bedre arbeidsmiljø i sykehusene", *Nordisk Helsepolitisk Forum*, Akershus, HELTEF Stiftelse for helsetjenesteforskning, 238 s.
- Gustafsson, R., 1987, *Traditionernas ok*. Den svenske hälso- och sjukvårdens organisering i historie-sociologiskt perspektiv. Falköping: Esselte studium
- Heen, H., Johnsen, E., Opdal Mo, T. med bidrag av H. Lurås, 1996, *Forsøk med fastlegeordning: evaluering av et forsøk i fire kommuner*. Oslo. Arbeidsforskningsinstituttet, 1996.
- Hertzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B.B., 1957, *The motivation to work*. New York: Wiley.
- Hilsen, A.I, Grimsmo, A., 2000, *Omstilling og arbeidsmiljø*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, Skriftserie nr 7.
- Hochschild, A.R., 1983, *The Managed Heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hofmaier, B., 1980, *Montagearbetare: ett liv i permanent tillfällighet*. Akademisk avhandling, Göteborgs universitet.
- Hofoss, D., Gjerberg, E., 1994, "Legers arbeidstid", *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*. Årgang 114, nr 26.
- Jeding, K., Hägg, G.M.et al, eds., 1999, "Ett friskt arbetsliv, fysiska och psykososiala orsakssamband samt möjligheter till prevention och tidlig rehabilitering", *Arbete och Hälsa*, 1999:22
- Karasek, R., 1979, "Job demands", *Administrative Science Quarterly*, 24: 285-307.
- Karasek, R., Theorell, T., 1990, *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kramer, M., 1990, "The Magnet Hospital. - Excellence Revisted", *Journal of Nursing Administration*, Vol 20.nr 9
- Lazarus, R.S., 1966, *Psychosocial Stress and the Coping Process*. New York: McGraw Hill.
- Lindgren, G., 1999, *Klass, kön och kirurgi: relationer bland vårdpersonal i organisationsförändringarnas spår*. Malmö: Liber.

- Mintzberg, H., Quinn, J.B., Ghoshal, S., 1998, *The strategy process*. London: Prentice Hall.
- Morris, J.A., 1995, *Predictors and Consequences of Emotional Labor* (Service Organizations), University of South Carolina: 127
- Murphy, E., Dingwall, R. et al., 1998, "Qualitative research methods in health technology assessment: A review of the literature", *Health Technology Assessment*, 40-2.
- Newton, T., Handy, J. et al., 1995, "*Managing" stress. Emotion and Power at Work* . London: Sage Publications.
- NOU, 1997, *Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Norges offentlige utredninger (NOU):1997:2. Oslo: Akademika.
- Roness, A., 1995, *Utbrent? Arbeidsstress og psykiske lidelser hos mennesker i utsatte yrker*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Saltman, R.B., Figueras, J., Eds., 1997, *European Health care reform*. Copenhagen, World Health Organization, Who Regional Publications, European Series: 72.
- Sandelowski, M., 1986, "The problem of rigor in qualitative research", *Advances in Nursing Science*, 8:27-37.
- Seligman, M.E.P., 1991, *Learned optimism*. New York: Knopf.
- Senge, P.M., 1990, *The fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday/Currency.
- Silverman, D., 2000, *Doing qualitative research*. London: Sage.
- SHD, 2001, *Rett person på rett plass*. Handlingsplan for helse- og sosialpersonell. Rapport nr. 2: Resultater 1998-2000 og planer 2001-2004. Sosial- og helsedepartementet: I1008B.
- Sørensen, B.Aa., 2000, *Internasjonale strømninger i helsepolitikk - sykepleie i en endringstid*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, Skriftserie nr 8.
- Sørensen, B.Aa., Lunde, P.H., 2000, *Kan ensidig gjentakelsesarbeid erstattes av utviklende arbeid? En evaluering av EGA-DUA-prosjektet*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-rapport 3/00.
- Sørensen, B.Aa., C. Dahl-Jørgensen, et al., 1998, *Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet. AFI-rapport 6/98.
- Sørensen, B.Aa., Rapmund, A. m.fl., 1998, *Psykologiske, organisatoriske og sosiale faktorer i arbeid av betydning for helse*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-rapport 8/98.
- Sørensen, B.Aa, Grimsmo, A., 1996, *Arbeidsmiljø og arbeidshelse i barnehagesektoren: arbeidsmiljø fra perspektivet "på huk"*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-rapport 8/96.

Sørensen, B.Aa., Grimsmo, A., 1991, *Fravær og fraværsårsaker i norsk arbeidsliv*. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet, AFI-rapport 6/91.

Åkerstedt, T., 1997, *Mot bättre tider: en utvärdering av vårdens arbetstidsmodeller*. Stockholm, Sjukvårdens och socialvårdens planerings- och rationaliseringsinstitut, SPRI-rapport 408.

Aasland, O.G., Falkum, E., 1992, "Hvordan har vi det i dag?", *Tidsskr Nor Lægefor*, 112: 3818-23



## Vedlegg

### Enhetenes primære aktiviteter

01: Medisinsk sengepost. Utredning og behandling av pasienter med ulike mage-/tarm-lidelser, samt behandling av generelle indre-medisinske lidelser.

02: Medisinsk sengepost. Utredning og behandling av pasienter med ulike nyre- og urinveislidelser, samt utredning av nyretransplantasjonspasienter.

03: Lungeavdeling med tre poster som utreder og behandler pasienter med ulike lungelidelser: 50 % astma, 25 % lungekreft, 25 % pneumoni, TBC, systisk fibrose etc.

04: Hjertepost. Utredning og behandling av pasienter med ulike hjertelidelser, so hjertesvikt, infarkt og angina, samt utredning av hjertetransplantasjoner.

05: Kirurgisk sengepost, allmenn.

06: Medisinsk sengepost. Terminalpleie, oppfølging av hjertepasienter, pleie av pasienter som venter på sykehjemsplass.

07: Fysikalsk avdeling. Aktivitetene innebærer service til pasienter på sengepostene, poliklinisk virksomhet, individuell og gruppetrening, hjerte og lungeterapi, opplæring i ergonomi for ansatte i sykehuset, konsulentvirksomhet.

08: Blandet medisinsk post med gastroenterologisk seksjon, en slagenhet, inneliggende diabetespasienter og noe onkologi.

09: Lunge/nyre enhet. Ivaretar pasienter med lungelidelser, nyresvikt/dialysepasienter/ diabetespasienter, kreft, akutte hjertelidelser, eldre med hjerte og lunge lidelser og eldre med kroniske lidelser.

10: Blandet infeksjonsmedisinsk og kirurgisk sengepost. Den tar hand om både infeksjonssykdommer som skal utredes og pasienter med infeksjoner som trenger videre isolering. Denne posten tar blant annet vare på pasienter med gastroentritt, HIV/AIDS, men også post-operative infeksjoner og streptokokkinfeksjoner. Avdelingene har

også karantenefunksjon i forhold til pasienter som kommer utenfra Norden med mistanke om infeksjonssykdommer. Også barn med infeksjonssykdommer som TBC og RS behandles.

11: Geriatrisk avdeling. Avdelingen arbeider med tiltak mot funksjonstap, symptom-lindring, behandling av sykdom, tar i mot terminalpasienter fra distriktet. Det er et betydelig innslag av kreftpasienter.

12: Kirurgisk gastropost som utreder og behandler pasienter med mage/ tarmlidelser.

13: Kirurgisk sengepost som behandler øre -, nese- og halslidelser.

14: Kirurgisk sengepost med primært postoperativ ivaretaking av hjerte-, lunge- og karkirurgiske pasienter.

15: Kirurgisk sengepost.

16: Rehabiliteringsavdeling, hovedsakelig pasienter med hodeskader og etter slag.

17: Fødeavdeling

18: Medisinsk sengepost, sammensatt og tar i mot alle som ikke er kirurgisk behandlet.

19: Medisinsk sengepost, generell medisin og 1 slagenhet, 1 enhet for endokrinologi, 1 enhet for hematologi

20: Kirurgisk sengepost, ortopedi, karkirurgi og en del urologi.

21: Kirurgisk post med gastro, pediatri og noe ortopedi.

22: Medisinsk sengepost som har pasienter med hjerneslag, hjerte og blodsykdommer.

23: Kirurgisk sengepost som behandler bløtdelslidelser, gastro og "småkirurgi".

24: Kirurgisk sengepost med behandling av ortopedi og skadekirurgi

25: Intensiv/postoperativ enhet

26: Kirurgisk sengepost med gastropasienter, urologi, generell kirurgi og forøvrig noen medisinske plasser.

27: Operasjonsavdeling.

- 28: Kirurgisk sengepost med ortopediske pasienter.
- 29: Kirurgisk sengepost med urologi og kar/thorax.
- 30: Kirurgisk sengepost med noen medisinske plasser.
- 32: Medisinsk sengepost med lungepasienter og generell medisin.
- 33: Revmatologisk avdeling med utredning, behandling og oppfølging av revma-tologiske pasienter også rehabilitering
- 34: Operasjonsavdeling som består av 16 operasjonsstuer

#### Registreringsskjema og samtaleguide benyttet i undersøkelsen

Det ble utviklet egne registreringsskjema for undersøkelsen, men i tillegg ble det gjort bruk av

- Sjekkpunktene fra Veiledningen til forskrift om systematisk helse-, miljø og sikkerhetsarbeid
- Forskrift om systematisk helse-, miljø - og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)

*I første runde ble følgende skjema benyttet:*

1: Observasjonsskjema, Basisenhet

Informantsamtale med nøkkelperson (avdelingsleder) med vekt på

1) strukturdata, 2) HMS - opplysninger, 3) personalstatistikk

2: Morgenvakt, registrering av aktivitetsmønster, pasientstrøm og personalsituasjon på den enkelte postenhet.

3: Aftenvakt, registrering av aktivitetsmønster, pasientstrøm og personalsituasjon på den enkelte postenhet.

4: Nattevakt, registrering av aktivitetsmønster, pasientstrøm og personalsituasjon på den enkelte postenhet.

5: Fysisk arbeidsmiljø, enkelt registreringsskjema for observatør.

6: Samtaleguide, pasient ved observasjonsenheten.

7: Samtaleguide, ansatt ved observasjonsenheten.

Temaene i registreringsskjema og samtaleguiden er fremkommet ved tidligere undersøkelser i somatiske sykehus (Sørensen m fl 1999).

I andre runde ble de fleste instrumentene bygget ut noe for å kunne fange opp flere sider ved de temaene vi ønsket å belyse. Men dessuten det laget egne skjemaer for intervjuer med verneombud, ekstravakter, overlege og oversykepleier.

Vi har samlet alle instrumentene i et eget metodehefte som vil foreligge som en egen publikasjon sammen med mer dyptpløyende metodedrøfting.

Kvalitative data i form av refleksjonsnotater fra observasjonene ble også samlet inn.

# Arbeidsforskningsinstituttet

## Et nytt Helse-Norge?

En panelstudie fra somatiske sykehus

av Bjørg Aase Sørensen

I to påfølgende år (2000 og 2001) er et tilnærmet representativt utvalg av somatiske enheter i norske sykehus blitt undersøkt med hensyn til deres hverdagsituasjon. Arbeidsorganisering, arbeidsmiljø, rekruttering og personalstabilitet er studert samtidig over en 24-timers syklus i enhetene.

For å belyse situasjonen ble det gjort observasjoner av det fysiske miljøet, og det ble gjort registreringer av strukturtrekk som for eksempel bemanning, kompetanse, rutiner for kvalitetssikring, behandling av klager, opplæring, rekrutterings tiltak og HMS-virksomhet. Vi intervjuet ansatte, oversykepleier, overlege, verneombud og ekstravakter. Disse intervjuene kastet lys over utfordringer slik de erfarer med utgangspunkt i ulike roller i sykehusene. Intervjuene viser reaksjoner hos ansatte og ledere knyttet til egne roller og situasjonen i sykehuset. Pasienter ble intervjuet om deres erfaringer.

Dette datatilfanget ga så bakgrunn for en sammenlikning over de to periodene for å se på eventuelle endringer over tid. På bakgrunn av denne sammenlikningen har vi kommet fram til forslag for en klassifisering av mestrende og mindre mestrende enheter i sykehus.

Undersøkelsen er gjennomført på initiativ fra Norsk Sykepleierforbund som også har bidradd til finansieringen av analysearbeidet.



P.O. Box 8171 Dep. N-0034 Oslo, Norway  
Telefon: +47 23 36 92 00    Telefax: +47 22 56 89 18