

# Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren

- En kunnskapsoversikt med forslag til  
modellforsøk

ved

Bjørg Aase Sørensen, AFI  
Carla Dahl-Jørgensen, SINTEF/IFIM  
Anders Skogstad, Institutt for samfunnspsykologi, UiB

AFI-rapport 6/1998

ISBN 82-7609-085-0

ISSN 0807-0865

Copyright: Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo

Kontakt: Arbeidsforskningsinstituttet,  
Postboks 6943 St. Olavs Plass, 0130 Oslo

[www:afi.no](http://www.afi.no)

e-post: [afi@afi-wri.no](mailto:afi@afi-wri.no)



## Forord

Nesten daglig kan vi høre, lese eller se beretninger om mennesker som er kommet i klemme i møtet med pleie- og omsorgssektoren. Krav om forandringer og forbedringer kommer fra brukere, pårørende eller fra de ansatte. Pleie- og omsorgssektoren som arbeidsplass har mange utfordringer, mentale som fysiske. Sjelden opplever arbeids-takerne seg så nødvendige som nettopp i denne sektoren. Men samtidig registreres det betydelige tegn på slitasje blant de ansatte i form av sykefravær og avgang fra yrkesvirksomhet. Det vedtas lover og handlingsplaner som skaper nye stillinger, men det kan vise seg vanskelig å rekruttere personale i konkurranse med andre bransjer.

Men hva vet vi egentlig om forholdet mellom arbeidsorganisering, arbeidsmiljø og trivsel og helse hos de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten? Det store flertallet av sektorens arbeidstakere er kvinner. Hvilken betydning har genusperspektivet når vi skal forstå dagens situasjon og muligheter for framtidige forbedringstiltak?

For forskere (og forskningsmiljøer) som har arbeidet med arbeidsmiljøspørsmål i sektoren, er det en meningsfylt oppgave å samle andres og egne forskningsresultater til en oversikt over gjeldende kunnskap. Med meget knapp tidsmargin organiserte tre forskningsmiljøer sine krefter slik at det ble mulig å gjennomføre oppgaven Sosial- og helsedepartementet tildelte dem. Forfatterne vil gjerne takke for anledningen til å arbeide med denne kunnskapsoversikten, og takker samtidig de samarbeidspartnerne i departementet som i særlig grad formulerte SHDs behov. Inger Lise Vestby og Line Nærnsnæs skal ha takk for inspirerende og konstruktivt samarbeid.

Det store tidspresset ble håndtert konstruktivt ikke minst gjennom oppfølgingen fra våre samarbeidspartnere i de tre forskningsmiljøene.

Vi vil særlig takke Mette Stenberg som var et viktig knutepunkt i kommunikasjonen under produksjonsprosessen. Det er også hennes fortjeneste at et manuskript som opprinnelig var språklig sterkt preget av forfatterens hastverk, etterhvert ble betydelig utbedret.

Denne oppgaven gikk vi til med glede, og vi ønsker at rapporten skal kunne være et nyttig, om enn beskjedent bidrag til endringsprosesser i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Med den omfattende og mangesidige endringsvirksomhet som pågår vil det stadig være behov for å oppdatere kunnskapsstatus.

Oslo, august 1998  
Forfatterne



## Innholdsfortegnelse

Forord  
Sammendrag  
Engelsk sammendrag

### DEL I - EN KUNNSKAPSOVERSIKT

1 "Kunnskapsstatus" .....	1
1.1 Hensikt med og avgrensning av prosjektet .....	1
1.2 Avklaring av begreper .....	4
1.3 Genusperspektiv - forståelsen av kjønn .....	6
1.4 Bakgrunn for rapporten og hvordan vi har arbeidet med den .....	9
2 Helse-, pleie- og omsorgssektoren i Norge: utviklingstrekk .....	11
2.1 Dagens situasjon avspeiler historiske utviklingstrekk .....	13
2.2 Strukturelle endringer i velferds- og sosialpolitikk i Norge .....	16
2.3 Nyere utviklingstrekk ved institusjonshelsetjenesten og omsorgssektoren i Norge .....	21
2.4 Helsetjenester som arena for endring .....	29
2.5 Og hvordan ser det ut i dagens kommunale pleie- og omsorgs-Norge? .....	38
3 Pleie og omsorg som forskningstema .....	41
3.1 Genusperspektivet .....	42
3.2 Omorganisering i et genusperspektiv .....	48
3.3 Forholdet mellom formell og uformell omsorg .....	57
3.4 Sosiale og økonomiske kostnader .....	62
4 Arbeidsmiljø og utviklingsarbeid i hjemmetjeneste og sykehjem .....	65
4.1 Utviklingen i hjemmetjenesten .....	65
4.2 Studier av arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten .....	71
4.3 Studier av utviklingsarbeid i hjemmetjenesten .....	79
4.4 Studier av arbeidsmiljøet i sykehjem .....	82

<b>5 Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer internt i pleie- og omsorgstjenester .....</b>	<b>91</b>
5.1 Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer .....	91
5.2 Psykososiale faktorer i et motivasjonspsykologisk perspektiv .....	92
5.3 Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer i et stress-perspektiv .....	95
5.4 Hvilke arbeidsmiljøfaktorer som virker mest in på jobbtrivsel og helseutfall hos ansatte i pleie- og omsorgssektoren.....	100
<b>6 Helse og fravær generelt og spesielt for pleie- og omsorgssektoren .....</b>	<b>111</b>
6.1 Endringer i arbeidslivet og sykefravær.....	114
6.2 Arbeid og helse - generelt .....	115
6.3 Stressor - stressreaksjon .....	122
6.4 Nærværs- og fraværsfaktorer.....	124
6.5 Resultatene fra spørreundersøkelse i pleie- og omsorgssektoren vs. resultatene fra ATs helseinstitusjonskampanje.....	129
6.6 Internkontroll.....	133
<b>7 Intervensjonsstudier .....</b>	<b>135</b>
7.1 Forsøk som ledd i NFR-programmet "Arbeid og helse" .....	136
7.2 Studier om forsøk med endringer i arbeids-organisering og arbeidstidsorganisering.....	137
<b>8 De ulike yrkene .....</b>	<b>147</b>
8.1 Noen momenter i forhold til yrkets plassering og tradisjon .....	147
8.2 Avgang og ustabilitet i pleieyrker .....	150
8.3 Noen trekk ved de enkelte faggruppene .....	154
8.4 Matlaging og renholdsarbeid - basisfunksjoner .....	157
8.5 Arbeid med renhold og mattilberedning utenom institusjonen .....	161
8.6 Noen trekk ved arbeidsplassene på "kjøkken og i renhold" i offentlig sektor.....	162
<b>9 Avsluttende kommentarer og anbefalinger .....</b>	<b>171</b>
9.1 Et selvkritisk etterord .....	171
<b>Referanser.....</b>	<b>175</b>

## DEL II - FORSLAG TIL MODELLFORSØK

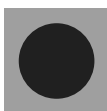
10 En presentasjon av modellene.....	189
10.1 Innledning .....	189
10.2 Rammer for modellforsøkene - prosjektprogrammet .....	191
10.3 Modellforslagene.....	193
10.4 Argumenter for og mot definerte forsøksmodeller.....	203
10.5 Noen nøkkelspørsmål i valg av modellforslag til forsøkene i pleie- og omsorgssektoren.....	205
10.6 Forsøkene betinger tiltak på flere nivåer.....	206
11 Hvordan er det aktuelle bildet av pleie- og omsorgs-Norge i dag? .....	211
11.1 Økt oppmerksomhet omkring helseslitende vilkår i pleie - og omsorgssektoren .....	211
11.2 Kort oppsummering av resultatene fra "kunnskapskartleggingen" ..	214
11.3 Modellforsøk - hvordan definerer vi begrepet? .....	214
11.4 Forsøk som bakgrunn for reformer .....	215
11.5 Eksempler på ulike forsøk.....	216
11.6 Forsøkstradisjonen i nordisk arbeidsliv.....	223
11.7 Noen kvalitative dimensjoner som kom fram på bakgrunn av gjennomgang av forskningsmateriale.....	229
11.8 Forsøk - en prosess med åpen avslutning.....	232
11.9 Pleie - og omsorgssektorens utdanninger.....	240
11.10 Bidrag til forankring i felles verdier.....	244
Referanser .....	249

## DEL III - FORSLAG TIL EN EVALUERING

12 Forslag til en evaluering.....	251
12.1 Innledning .....	251
12.2 Klassifisering av evaluering etter formål .....	253
12.3 Evaluering klassifisert etter metode: Eksperimentelle versus naturalistiske metoder .....	255
12.4 Evalueringsforslag i forbindelse med modellforsøk .....	260
Referanser .....	265







## Sammendrag

I 1995 var det 42 500 institusjonsplasser i eldreomsorgen i Norge, nesten en fordobling i forhold til de 22 500 som fantes for tretti år siden. I 1960 var majoriteten av gifte, voksne kvinner i Norge hjemmearbeidende, og i 1966 ble det utført 10 714 årsverk i eldreomsorgen. Store deler av det vi i dag kaller eldreomsorg ble ivaretatt innenfor familien.

I 1995 finner vi 69 772 årsverk i denne sektoren. Fortsatt er det i hovedsak kvinner som leverer arbeidet i eldreomsorgen. Dette gjør eldreomsorgen til en av de viktigste arbeidsarenaer for kvinner. Skal vi danne oss et bilde av kvinners arbeidsmiljø og arbeidshelse generelt, vil pleie- og omsorgssektoren være et kjerneområde.

Når Sosial- og helsedepartementet har forsterket sin innsats for å bedre helse og trivsel blant de ansatte innen kommunale pleie- og omsorgstjenester, ønsket departementet å basere seg på en granskning av tilgjengelige kilder til kunnskap på dette feltet. Foreliggende utredning er basert på publiserte artikler og forskningsrapporter og annen dokumentasjon som kan belyse hva som synes å befordre en god arbeidshelse, og hvilke forhold som synes å ha en skadelig innvirkning på helsen. Det er gode grunner til å analysere disse sammenhengene; sykefravær og avgang til attføring og trygding tapper årlig sektoren for verdifulle medarbeideres innsats.

Utredningen presenterer en drøfting knyttet til kjønns-/genusperspektivets betydning, for å forstå forholdet mellom arbeid og helse i pleie og omsorg.

Såvel forhold på makronivå som på institusjons- og lokalsamfunnsnivå har innvirkning på opplevelsen av arbeidet og frihetsgradene i utformingen av arbeidsmiljøet og dets kvaliteter.

I utredningens kapittel 5 tar vi opp de faktorer som på ulike nivåer og med forskjellig innhold setter helse og jobbtilfredshet under press.

Forhold omkring ledelse og medvirkningsformer er ett av de emnene som inntar en sentral plass i drøftingen av hvordan helseutfall skal forstås og settes inn i en ramme der man tydeliggjør de sammenhenger som må påvirkes for å oppnå forbedringer.

Utredningen har en del II som presenterer modellforslag og en del III som går inn på evalueringsbehov i forhold til de foreslåtte forsøk.

### Sentrale funn

Litteraturgjennomgangen viser at miljøbetingelsene i pleie- og omsorgssektoren innebærer såvel omfattende fysiske som mentale krav for yrkesutøverne.

Selv om det eksisterer individuelle toleransegrenser og sårbarhetsnivå, viser såvel nordiske som internasjonale studier at eksponering over tid øker sannsynligheten for plager i muskel-/skjelettapparatet så vel som psykosomatiske og psykiske symptomer og plager.

Gjennomgangen av litteraturen viser at faktorer i arbeidsmiljøet som virker inn på de ansattes helse er knyttet til

- det fysiske,
- det organisatoriske, og
- det sosiale arbeidsmiljøet.

Konsekvensene mht. helseutslag viser at mens forhold i det fysiske arbeidsmiljøet synes å lede til en type skade/symptomer som gir belastningslidelser, er det først og fremst forhold i det organisatoriske arbeidsmiljøet som ligger bak psykosomatiske helseplager og det sosiale arbeidsmiljøet som preger de psykiske helseutslagene.

Pleie- og omsorgssektoren har en stor majoritet av kvinnelige ansatte, men toppstillingene bekles fortsatt av menn, og organisasjonsutformingen i denne sektoren drar med seg tradisjoner fra det paternalistiske samfunns forståelse av omsorg. Pleie- og omsorgssektoren kan stå overfor et genusparadoks: Dette er en sektor med mange kvinner med lite formell makt (muligheter til å sette igjennom endringer på de områder en ønsker) og hvor omsorgsverdier i kvinne-

kulturen ikke blir realisert gjennom det formelle organisatoriske system og strukturering av arbeidsmiljøet, snarere i konkurranse med eller på tross av dette. Et viktig skritt i retning av å utbedre arbeidsmiljøet i pleie- og omsorgssektoren ville innebære en vektlegging av omsorgsverdier og hjemlige kvaliteter snarere enn, teknisk/-administrative styringssystemer. For å dekke endringsbehov må det gjøres en markant og konkret innsats for utbedring av de forhold som skaper arbeidsmiljøbelastninger.

Mange studier viser at et av de største belastningsmomenter ligger i opplevelsen av ikke å kunne ivareta behovene til beboere, klienter, brukere eller pasienter på en god måte. Dette er den vedvarende, daglige "kjerringa mot strømmen"-opplevelsen som danner basis for de ansattes helseutsatthet. Det er også her vi finner mye av grobunnen for vanskelige samarbeidsforhold og slitsomme konflikter.

Nye rammer for organisasjonsutforming i pleie- og omsorgssektoren kan komme til å påvirke et flertall av yrker og profesjoner i sektoren på en måte som åpner for læring og utvikling i jobben og skape større fellesskap og klarere fokus i organisasjonen. Vi kan hente inspirasjon fra andre land, men også fra våre egne stifinnere som har utviklet lokale modeller som fungerer bra, f.eks. integrerte kjeder av pleie- og omsorgstjenester for å nevne noe.

Utredningen har avdekket at vi mangler forskning på vesentlige områder:

1. Det gjelder forskning som kan forklare sammenhenger mellom psykologiske, organisatoriske og sosiale faktorer og helseutslag.
2. Forskning på arbeidsmiljø og arbeidshelse til ansatte i renhold og matlaging er så godt som ikke eksisterende innenfor denne sektoren. Vi vet lite om forholdet mellom ulike arbeidsmiljøfaktorer som mangel på innflytelse, og valg av fravær som mestringsstrategi innenfor denne sektoren.
3. Forskning som kan gi bedre helsekunnskap og mestringsforståelse gjennom en tydelig fokusering på betydningen av genus (kjønnspektivet) i arbeidsmiljøet. Dette gjelder også der hvor kvinner er i numerisk flertall, og der det samtidig kan reises spørsmål om

graden av praktisk innflytelse for de verdier som antas å trekke kvinner til sektoren .

Gjennom de påtenkte modellforsøkene dreier det seg imidlertid ikke bare om å anerkjenne arbeidsmiljøproblemene i ord, men la disse innsiktene danne bakgrunn for utprøving av konkrete løsninger med ny innretning.



## English summary

In 1995 there was room for 42 500 elderly in Norwegian institutions. The number has almost been doubled in the last thirty years. In 1960 the majority of married, adult women in Norway were housewives (working at home). In 1966 10 714 man/years were done in caring for the elderly. At that time, what we today call "care for the elderly" was for a great deal taken care of by the family.

In 1995 there were 67 772 man/years in this sector. The workers are mainly women. Caring for the elderly is one of the most important work arenas for women. In order to get an impression of women's work environment and work health in general, the "nurse- and caring sector" would be a core area to study.

Sosial- og helsedepartementet (Ministry of health and social affairs) has increased the efforts to improve health and well-being among staff employed in the municipal nurse and care services. The ministry wished to base the efforts on an investigation of published articles and research reports and other kinds of documentation that may illuminate what seems to further good occupational health and what conditions that seem to have a detrimental impact on health. There are good reasons for analysing these relationships: Year by year, sick leaves and (retirement to) rehabilitation and social security benefits tap this sector of important employee efforts.

The report presents a discussion related to the importance of the gender-/genus perspective when it comes to understanding the relationship between work and health in nursing and caring. Both conditions at the macro level and at the institutional and local community levels influence the work experience and the degrees of freedom in determining the work environment and its qualities.

Chapter five describes the factors on different levels and with different contents which challenge health and job satisfaction. Leadership and participation constitute issues which have a central place in the discussions of how health outcomes are to be understood. These issues are framed in a model where the relationships are made explicit having an important role in achieving improvements.

The report has a part II which presents model suggestions and a part III which deals with evaluation needs in relation to the suggested tests/experiments.

### Central findings

The environmental conditions in nursing and caring involve both extensive physical and mental demands on the employees. Even if there are individual limits of tolerance and vulnerability, both Nordic and international studies show that exposure over time increase the probability of muscular and skeletal strain as well as psycho-somatic and mental symptoms and strains.

The literature search shows that factors in the work environment that affect employee health are related to

- the physical,
- the organizational, and
- the social work environment.

Consequences in respect to health outcomes show that while conditions in the physical work environment seem to lead to a kind of damage/symptom that cause strain injuries, it is primarily conditions in the organizational work environment that underlie psycho-somatic health problems and the social work environment affects the mental health outcomes.

The nursing and caring sector employs a huge majority of female workers, but the top positions are still held by men. The organisation in this sector draw on traditions from the paternalistic society and its perception of caring. The sector may be facing a genus-paradox: This is a sector with women in numerical dominants, but with little formal power in the sense of possibilities to effect changes. Resultantly, the caring values in the female culture are not realised through the formal

organizational system and structure of the working environment. Rather it may be maintained that the caring culture exist in competition with or in spite of these organisational features. One important step towards improving the working environment in the nursing and caring sector would involve an emphasis on caring values and homelike qualities rather than technical-administrative governing systems. In order to cover the problems that may arise during the time of change, a pointed and specific effort needs to be done so as to improve the conditions that create working environment strains.

Many studies show that one of the greatest strain moments lie in the experiment of not being able to care for the needs of the residents (the patients/clients/elderly), clients, users or patients in a satisfactory way. This is the persistent daily "Sisyphos"-experience that make up the basis of the employees vulnerability when it comes to health matters. This is also fertile soil for difficult co-operation conditions and strenuous conflicts.

New conditions for organisational types in the nursing and caring sector might affect the majority of occupations and professions in the sector in a way that opens for learning and development in work and might create a greater sense of community and a clearer focus in the organisation. We may get inspiration from other countries, perhaps especially from Denmark, but also from our own creative souls who have developed local models that work well, i.e. integrated chains of nurse- and care services.

The report has revealed that we lack research in significant areas:

1. Research that might explain relationships between psychological, organizational and social factors and health outcomes.
2. Research on work environments and work health in the cleaning and cooking services are as good as non-existent (in this sector). We know little about the relationship between different work environment factors like lack of participation, and choice of absence as a coping strategy in this sector.
3. Research that can give better health knowledge and understanding of coping efforts through an explicit focus on the importance of genus (gender perspective) in work life. This is also the case when

women outnumber men. The question is to what extent these values - that are assumed to attract the women to this sector - have an actual (practical) impact.

The hypothetical model experiments are not only about recognising work environment problems in words, but about letting these insights form a background for testing concrete solutions (with new arrangements).



"Arbeid og arbeidshelse i  
pleie- og omsorgssektoren"

**Del I:**

**En kunnskapsoversikt**



## 1

## "Kunnskapsstatus"

Rapporten skal samle og systematisere kunnskap - presentere en "kunnskapsstatus" - på området arbeidsmiljø, arbeidsorganisasjon og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Oversikten skal basere seg på deskriptiv og analyserende forskning og på erfaringer fra intervensjoner og forsøk. Kunnskapsstatusen skal også omfatte erfaringer fra de andre nordiske landene. Videre skal en utarbeide forslag til modellforsøk i pleie- og omsorgssektoren i kommunene basert på de mål som er formulert for framtidig utvikling i pleie- og omsorgssektoren gjennom dokumenter som f.eks. "Rett person på rett plass", Handlingsplan for pleie- og omsorgspersonell (1998 - 2001), og St. melding 50 (1996-97) Handlingsplan for eldreomsorg.

### 1.1 Hensikt med og avgrensning av prosjektet

Forskning og dokumentasjon underbygger at kvinnelige ansatte i pleie- og omsorgssektoren er spesielt utsatt for belastningslidelser og helseplager. På denne bakgrunn ønsket Sosial- og helsedepartementet å utarbeide en kunnskapsstatus mht. forholdet mellom *arbeidsmiljøfaktorer* og *helseutfall* blant arbeidstakere innen pleie- og omsorgstjenester i kommunal sektor. En av de sentrale problemstillingene knyttes derfor til spørsmålet om hvorfor ansatte i helse- og pleie-sektoren i så stor grad er utsatt for belastningslidelser. Videre er det et viktig anliggende å utvikle en forståelse av forholdet mellom fysiske/somatiske belastningsskader og de psykologiske/emosjonelle. En ny forståelse av hvilken betydning et tradisjonelt og "kjønnet" arbeidsbegrep har for forskningen om kvinners helse kan bidra til at vi får et fastere tak om disse forholdene. I utredningen vil spørsmålet om hvordan belastninger kan forebygges i arbeidet og hvordan de/n ansatte kan rehabiliteres, være sentralt i prosjektet.

Departementet ønsket først og fremst å undersøke hvordan et kvinne- eller genus/kjønnsperspektiv kan gi ny inntak til kunnskap og innsikt på dette området.

#### *Målgruppene*

Målgruppene for utredningsarbeidet vil være alle typer ansatte innen kommunale pleie- og omsorgstjenester, dvs. såvel de som arbeider direkte med klientene (sykepleiere, hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, pleiemedhjelpere, assistenter m.v.), kjøkken og renholdspersonale, samt administrativt personell.

Hva legges i begrepet "arbeidsmiljøfaktorer" i denne utredningen?

Med arbeidsmiljøfaktorer forstår vi primært de faktorer som er virksomme innenfor organisasjonen pleie- og omsorgstjenester slik disse tjenestene er organisert og utøves i kommunene. Imidlertid vil en rekke forhold utenfor virksomhetene virke inn på de ansattes helse. Viktige faktorer på et makronivå er økonomiske rammebetingelser, overordnet organisering og styring av pleie- og omsorgstjenester i samfunnet, kvinners dobbeltarbeid, barnefamiliens "tidsklemmer" og familiens/kvinnens uformelle omsorgsarbeid overfor hjelpetrengende eldre.

De arbeidsmiljøfaktorer som vil bli fokusert er som følger:

#### 1) Internt i pleie- og omsorgstjenestene (mikronivået)

##### *1. Organisering*

- Hvordan pleie- og omsorgstjenestene er organisert (hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester etc.)
- Arbeidstidsordninger og stillingsbrøker (jfr. stadig skifte av arbeidskolleger)
- Arbeidsorganisering og arbeidsdeling

2. *Arbeidsmiljøbelastninger*

- Fysiske, ergonomiske og kjemiske belastninger
- Kvantitative belastninger (mange arbeidsoppgaver per tidsenhet etc.)
- Kvalitative belastninger (komplekse arbeidsoppgaver etc.)
- Rollekrav (rolleklarhet, rollekonflikter, rolleoverbelastninger og emosjonelle belastninger)
- Fravær av egenkontroll, medbestemmelse og forutsigbarhet
- Nærvær/fraværskulturer
- Fravær av anerkjennelse og belønning for innsats
- Konflikter (innad i arbeidsgruppen, i forhold til overordnede ledere og beslutningstakere (f.eks. det politiske nivå som bevilger penger), og i forhold til klienter og pårørende.
- Mobbing og trakassering (ansatte i mellom, og begge veier mellom tjenesteytere og klienter/ pårørende).

3. *Arbeidsmiljøstimulanser*

- Varierende og utfordrende arbeidsoppgaver
- Meningsfylte arbeidsoppgaver
- Nærvær av egenkontroll ved arbeidsutførelse
- Gode kollegarelasjoner

2) Overordnede rammebetingelser som virker inn

1. Økonomiske rammebetingelser:  
Finansieringssystemer, "effektiviseringsideologier" og "bemanningsfilosofier".
2. Overordnet styring og organisering av pleie- og omsorgstjenester.
3. Pleie- og omsorgsideologier.
4. Organisasjonsforståelse og "organisasjonsbølger" i storsamfunnet
5. Kjønn som makrovariabel:  
Kvinnens dobbeltarbeid / kjønnsarbeidsdelingen i familien og samfunnet.
6. Politiske prosesser, f.eks. med virkning på privatisering.

*Følgende mål for helseutfall vil bli fokusert:*

- Opplevde muskel-/skjelettplager
- Diffuse muskel-/skjelettplager (jfr. fibromyalgi)
- Emosjonelle belastningsreaksjoner (jfr. utbrenthet) og "moderne tjenerskaps"-reaksjoner
- Psykiske plager (depressive reaksjoner)
- Velvære (well-being)

Sykefravær vil i noen grad bli vektlagt, men dette er en indikator som er relatert til en rekke faktorer og som er særlig egnet til å kaste lys over kompleksiteten i de forhold som medvirker til fravær.

Imidlertid vil langvarig sykefravær, atferd og frakopling (utstøting og tilbaketrekking) være et viktig tema for utredningen.

Innunder hvert hovedtema disponeres drøftingen slik at følgende spørsmål blir forsøkt besvart:

- Hva er gjort av forskning på området?
- Hvilke problemstillinger, perspektiver dominerer, og/eller har dominert?
- Har det vært en utvikling i kunnskapsproduksjonen på området?
- Er kjønn tillagt noen betydning i forskningen på området, og i tilfelle hvilken?
- Hvilke problemstillinger står ubesvarte?
- Hva er aktuelle forskningstema på området fremover?

Metodetilnærmingen er litteraturgjennomgang med vekt på artikler, bøker og rapporter der resultater fra forsøk, deskriptiv og analyserende forskning er publisert.

## 1.2 Avklaring av begreper

I hele utredningen vil en støte på mange begreper som krever forklaring. Til dels er det snakk om at man er på et fagfelt der det er utviklet et eget språk og begrepsapparat, dels er det snakk om uenigheter og nyanser i språket som ulike tradisjoner og orienteringer innenfor feltet er representanter for.

### Hva innebærer for eksempel begrepet belastningslidelser?

Det er ikke nødvendigvis helt entydig og greit hva som legges i begrepet belastningslidelser. Begrepet ble introdusert i yrkesmedisinske miljøer ved slutten av trettiårene. Opprinnelig ble begrepet brukt om visse sykdommer i muskler og ledd som klart synes å ha sin årsak i påkjenninger i arbeidsforhold, for eksempel feil arbeidsstilling og/eller tunge løft. Begrepet henspiller direkte på årsaksforholdet til lidelsen, og for ansatte i pleie- og helsesektoren er tunge løft og vanskelige arbeidsstillinger helt klart en del av hverdagen. Belastninger i arbeidet kan defineres som en situasjon hvor omgivelsene stiller krav som overstiger individets muligheter til å fylle dem (Brandth m.fl. 1984).

En skiller gjerne mellom *fysiske belastninger*, dvs. ytre fysiske krefter som påvirker menneskekroppen, og *psykososiale belastninger*, dvs. ulike samfunnsmessige og mellommenneskelige forhold som på-virker individet (St.meld.37). Men i det siste er det også lansert et meningsfylt skille mellom de organisatoriske og de sosiale arbeidsmiljøforholdene som inngår i de psykososiale arbeidsmiljøforholdene. (Grimsmo 1996). I omsorgsyrkene er belastningene sammensatte og må både forstås ut fra at arbeidet er fysisk tungt samtidig som det setter store krav til innlevelse og engasjement for de menneskene en arbeider med som pasienter eller brukere. I tillegg må disse belastningene i arbeidet også sees på bakgrunn av de rammebetingelsene som pleie- og helsesektoren lever under. Siden slutten av 1980-tallet har det pågått kontinuerlige omstillingsprosesser i offentlig sektor, og disse prosessene har for en stor del tatt sikte på å effektivisere tjenestene med det formål å få ut "mer helse eller omsorg for hver krone". De ansatte i omsorgssektoren forteller at det er blitt tøffere på jobb de siste årene. Innstramninger og nedskjæringer kombinert med at behovet for tjenestene øker i befolkningen, er aktuelle utfordringer en står ovenfor. Dessuten er brukere, klienter og beboere i behov av mer sammensatte typer av faglig hjelp, og siden mye omsorg og pleie utføres i hjemmetjenesten meldes det om at sykehjemsbeboerne nå kommer inn i institusjonene med flere og tyngre helseproblemer. Problematikken rundt belastningslidelser (fysiske og mentale) må også forstås på bakgrunn av dette .

Hvordan begrepet belastningslidelser forstås er sentralt i forhold til hva som skal ligge til grunn for det forebyggende arbeidet, samt arbeidet med rehabilitering. En fokusering både på fysiske og psykososiale forhold vil være nødvendig, samtidig som vi inkluderer rammebetingelser for sektoren som har konsekvenser for arbeidsvilkårene til de ansatte.

### 1.3 Genusperspektiv - forståelsen av kjønn

Ofta er det slik at hva som menes med "et kvinneperspektiv", "et kjønnsperspektiv" eller for den saks skyld som i dette aktuelle tilfelle "et kvinnehelseperspektiv" ikke blir sagt eksplisitt. Faren ved dette er at vi da både som forfattere og lesere legger svært forskjellig betydning i hva det betyr å eksempelvis ha et kvinneperspektiv. Det vil derfor være nyttig med en kort redegjørelse om hva vi forstår som kvinneperspektiv og kjønnsperspektiv. Vi forstår at behovet for å "kjønne" forskningen på helse og uhelse i arbeidslivet har sin bakgrunn i utviklingen av sykefraværet blant kvinner, også pga. det stigende antallet uføretrygdete yngre kvinner. Det er en slik uønsket utvikling som i dette tilfelle gjør kjønn synlig og som gjør det nødvendig å fokusere på det som her kalles "kvinnehelse". Slik vi forstår satsingen på "kvinne-helse" dreier dette seg om problemstillinger i forhold til såkalte kvinnelidelser som gjerne knyttes til muskel-/skjelettlidelser, diffuse lidelser og ulike psykiske symptomer og tilstander. Dette er lidelser som knyttes direkte til den biologiske kvinnekroppen og som gjerne forstås som diffuse fordi de er problematiske å diagnostisere og deres etiologi synes sammensatt.

Nedenfor redegjør vi for tre ulike perspektiver på kjønn. Det er nødvendig å benytte alle disse for å få helhetlig forståelse av hvilken betydning kjønn har i forhold til de sosiale fenomener og prosesser vi skal belyse.

#### "Kjønn som variabel"

Det mest utbredte perspektivet på kjønn kan kalles "forskjells-perspektivet". Innenfor dette perspektivet leter en etter forskjeller mellom kvinner og menn. Dersom en ikke finner forskjeller, kan en konkludere med at kjønn ikke har noen betydning. Det er fremdeles store forskjeller mellom menn og kvinner i levkår og arbeidsforhold i



samfunnet vårt. Dersom vi ønsker å komme videre i arbeidet med likestilling er det svært viktig at disse dokumenteres.

I forhold til helse og uhelse blant ansatte i helse- og pleiesektoren vil kjønn i denne sammenheng ikke få så stor betydning i og med at kjønnsfordelingen mellom kvinner og menn er så ulik. Det blir så få menn å sammenlikne med at dette blir vanskelig rent metodisk. Likevel kan det være interessant i å sammenlikne kvinnelige ansatte med mannlige ansatte i pleiesektoren på for eksempel arbeidsvilkår, yrkesskader, sykefravær og antall atferingssaker.

### "Kvinneperspektivet"

Dette er betegnelsen på det kritiske kvinneperspektivet som ble utviklet mot slutten av 1970-årene og som representerte noe nytt i forhold til kjønnsrolleforskningen. Mens den tidlige kvinneforskningen hadde lagt vekt på å moderere antatte forskjeller mellom kvinner og menn, satte den nye og mer kritiske kvinneforskningen derimot fokus på forskjeller mellom kvinner og menn. Kvinners egenart skulle ikke nedtones lenger, tvert i mot den skulle gjerne fremheves som en ubrukt og ubenyttet ressurs, og ikke som et problem. Det sentrale blir å fremheve at kvinners egenart ikke er mindreverdige, men annerledes enn menns. *Forskjellene på menn og kvinner blir forstått som sosialt konstruerte.*

Et kvinneperspektiv på helse for ansatte i pleie- og helsesektoren kan åpne opp for å studere kjønn ikke bare som biologiske forskjeller, men også som noe som er sosialt skapt/konstruert. Gjennom det kritiske kvinneperspektivet er det blitt utviklet teori og begrep som tar utgangspunkt i kvinners liv og erfaringer. Forskere som arbeidet innenfor anvendt forskning ble tydelige advokater for dette perspektivet. Disse forskerne var tidlig ute med å peke på farene ved en såkalt *elendighetsforskning* der kvinner kun blir forstått som maktesløse og passive ofre, og ikke som aktive handlende mennesker (Sørensen 1977). Det kom derfor oppfordringer til en forskning basert på kvinners verdighet og med dette perspektivet utviklet kvinneforskere begrep som "ansvarsrasjonalitet" og "omsorgsrasjonalitet" ut fra hva som skjer i omsorgsarbeidet og omsorgsrelasjonene i lønnet og ulønnet omsorg (Wærnes 1987, Sørensen 1982).

## "Genusperspektivet"

Det har etterhvert blitt problematisk å forstå kvinner og menn som to ensartede grupper, og dette har ført til et behov for å differensiere hva det betyr å være mann og kvinne. I det "kritiske kvinneperspektivet" ligger det fare for at forståelsen av det sosiale kjønn blir like deterministisk og statisk som det biologiske kjønn (Kvande & Rasmussen 1992). Muligheten for at menn kan være bærere av feminine verdier og kvinner av maskuline blir nærmest utelukket, og en havner derfor fort i en type essensialisme der sosialt kjønn blir forstått som en uforanderlig skjebne på samme måte som biologisk kjønn. Det er også pekt på faren for "dualisme" der kvinner står for de myke verdiene og menn for de harde, ofte forstått som økonomiske og tekniske verdier. Tendensen i nyere kvinneforskning har derfor vært at flere tar til orde for en mer kompleks og mindre statisk forståelse av hva kjønn betyr (Kvande & Rasmussen 1992, Widerberg 1992, Haavind 1992, Lundgren 1993).

Dersom en ikke lenger skal studere kjønn som en entydig dikotomi, behøves det nye begreper.

Begrepe *mannlig* og *kvinnelig* er tatt i bruk for å kunne forstå kjønn mer differensiert enn tidligere. I stedet for å studere forskjeller mellom kjønnene kan en studere betydningen av kjønn i forskjellige sammenhenger. Da blir kjønn forstått som et perspektiv. Et kjønnsperspektiv vil forstå kjønn som noe konstruert, og dette gir mulighet for en problematisering av tilsynelatende kjønnsnøytrale områder (Widerberg 1992). Et kjønnsperspektiv åpner også opp for å studere kjønn på områder der stort sett bare det ene biologiske kjønn er representert. Betydningen av kjønn kan eksempelvis studeres gjennom arbeidsorganisering og arbeidsvilkår i helse- og pleiesektoren. Kjønnsperspektivet/genusperspektivet gir oss muligheten for å få innsikt i tilslørte og skjulte maktreasjoner i arbeidsorganisasjonene. Kjønn kan da ikke forstås som egenskaper, men snarere som en kode for splittelse og makt, der splittelsen skjer i skillet mellom det mannlige og kvinnelige, og der makten knyttes til det mannlige (Haavind 1992).

Selv om en forstår kjønn som noe tvetydig og foranderlig, så er det fremdeles nødvendig å lete etter mønstre og sammenhenger mellom kvinner og menn. Det ligger nemlig en fare i at en for ensidig vekt-

legging av differensiering i forhold til kjønn vil føre til at mønstre og sammenhenger forsvinner fra synsfeltet vårt. Dette kan, slik enkelte forskere ser det, føre til en kjønnsforskning som blir ufarlig i forhold til eksisterende maktforhold som stadig opprettholdes. For unngå dette må den differensierte forståelsen av kjønn kombineres med et kritisk kvinneperspektiv som også søker etter mønstre og sammenhenger.

#### 1.4 Bakgrunn for rapporten og hvordan vi har arbeidet med den

Denne rapporten er et resultat av samarbeid mellom 3 forskere som har arbeidet med undersøkelser i pleie- og omsorgssektoren og tatt del i internasjonal forskning såvel som nasjonal forskning på dette feltet. Selv om det var de tre forskerne som fikk oppdraget har det i praksis blitt et arbeid der flere kolleger er trukket inn.

Ved SINTEF IFIM har forsker Carla Dahl-Jørgensen arbeidet med bidrag til rapportens kapittel 1, 3, 6, 7 og 8, og hun har hatt bistand fra Brita Bungum og Hans Torvatn.

Ved Institutt for samfunnspsykologi, Universitet i Bergen, har forsker og psykolog Anders Skogstad hovedsakelig hatt ansvar for kapittel 5 i rapporten.

AFI har hatt et program rettet inn mot helsetjenesten og hele helsekjeden, og man så det som en gylden anledning til å trekke ut en del av forskningen fra dette programmet som bidrag til rapporten. Men det er først og fremst medlemmene i temagruppen *Arbeidsmiljø* som har levert bidrag til rapporten. Ved AFI ble det organisert en ad hoc-gruppe bestående av Anne Inga Hilsen, Matias Loen, Rami Aronzon og Monrad Aas som samarbeidet med Bjørg Aase Sørensen i utarbeidingen av bidragene til kunnskapsoversikten.

Hovedfagsstudent og høgskolelektor Hans Risan har bidratt med en undersøkelse som skulle dekke et av de kunnskapshull som tidlig i arbeidet ble identifisert: kunnskap om arbeidsmiljøforhold for ansatte som arbeider i matproduksjon og renhold innenfor pleie og omsorg. Hovedfagsstudent i sosiologi Ellen Marie Paulssen har levert bidrag til den litteraturgjennomgangen som er noe av grunnstammen i rapporten, og sosiolog Tori Norheim Larsen og cand. polit. Gjoril

Seierstad har bearbeidet og utformet en rapport fra 54 norske institusjoner innen eldreomsorgen som trykkes som egen AFI-rapport.

Bjørg Aase Sørensen har ledet arbeidet med utredningen.

AFI har innhentet en del primærmateriale til kunnskapsoversikten, noe som må sees i forhold til følte behov for supplerende kunnskap i forhold til forslagsdelen. Selv om det finnes mye deskriptiv forskning og en del forskning som tar sikte på å etablere sammenhenger mellom forhold i arbeidet og reaksjoner hos de ansatte, handler denne utredningen også om våre mangler på kunnskap.

Arbeidet startet med en fase der det ble gjennomført en prosess der en definerte og avgrenset oppgaven, og på bakgrunn av dette arbeidet de tre oppdragsansvarlige med å utvikle ulike deler av oppgaven. Selv om det hele tiden var meningen at man skulle komme fram til et felles produkt, var det av ulike grunner mest praktisk med en viss arbeidsdeling. Således har Bjørg Aase Sørensen og Anders Skogstad utarbeidet utredningens del 2, Forslag til modellforsøk, mens Carla Dahl-Jørgensen har hatt hovedansvaret for del 3, Forslag til en evaluering.

Tidsrammen for prosjektet var svært knapp, men vi har ikke bare sett dette som negativt. Det finnes mye kunnskap som sikkert fortsatt er uoppdaget nettopp fordi vi hadde en begrenset tidsramme, men tidspresset har også fått oss til å prioritere og konsentrere innsatsen.

Selve kunnskapsoversikten danner bakgrunn for det forslaget til modellforsøk som er presentert i del 2, og har naturligvis også hatt konsekvenser for del 3 som består av utformingen av et mandat for evaluering av planlagte modellforsøk.

## 2

### Helse-, pleie- og omsorgssektoren i Norge: utviklingstrekk

På 1990-tallet utgjøres "Pleie- og omsorgs-Norge" av

- hjemmetjenester, dvs. hjelp, pleie og omsorg som gjør det mulig for mennesker med svekket helse å bo i eget hjem. Disse tjenestene gir nødvendig støtte og praktisk omsorg til eldre og funksjonshemmede, og til beboere i boliger for klienter som har flyttet ut av institusjon under ansvarsreformen;
- serviceboliger og andre vernede boformer med stasjonært personale;
- aldershjem, ofte i kombinasjon med sykehjemsenheter eller sykehjem;
- rehabiliteringsenheter eller -tiltak, f.eks. prosjekter for spesielle pasientgrupper som slagrammede;
- omsorg og pleie i familien.

I dagens Norge er det en del kommuner som har integrert åpen omsorg/ hjemmetjeneste, botilbud og institusjoner i en omsorgskjede, men mange har fortsatt separate systemer der hjemmetjenester, botilbud med tilsyn, og alders- og sykehjem drives som egne organisasjoner eller med begrenset samarbeid.

Utviklingen av den organiserte pleie- og omsorgssektoren er samtidig historien om norske kvinners overgang til lønnet omsorgsarbeid. For en stor del er dette også historien om utdanning og fagliggjøring og profesjonsutvikling, men fortsatt utføres en betydelig del av årsverkene av mennesker uten formell utdanning.

De ubetalte omsorgsoppgavene til eldre og andre hjelpetrequende har for en stor del flyttet ut av familien eller er transformerte til nye former, men samtidig er det en økt vekt på å hjemliggjøre den samfunnsdrevne omsorgen. Avinstitusjonalisering er betegnelsen en ofte hører for denne utviklingen.

I løpet av 1980-årene er brukernes premisser kommet sterkere inn som grunnlag for utviklingen av tiltak og omsorgsformer. Brukerne og deres pårørende er til dels organisert i interesseorganisasjoner som PADIO (interesseorganisasjonen for aldersdementes pårørende) og venneforeninger knyttet til institusjonene.

Et stort antall av beboerne ved landets sykehjem er i en situasjon der de vanskelig, på grunn av sin helsesituasjon, kan nå ut til et bredere publikum med sine synspunkter. Ja, i en forskningsrapport begrunner man fraværet av pasientenes/beboernes stemme slik: "...på grunn av deres demens og forvirring ble det ikke gjort intervjuer med dem." (Slagsvold 1990).

Men, man hører også brukerne i direkte tale. I Norge har vi fått uvanlig velformulerte og klare beretninger om hva det betyr å bli totalt avhengig av andres hjelp for å opprettholde livet, blant annet gjennom forfatteren Axel Jensens rapporter fra Nimbus (1997).

En bruker av sektorens tjenester skriver om sine erfaringer, og dette er rapporter som er sjeldne og vel verd å lytte til. Ja, Jensen skriver så det lyner.

Jensen takker nei til tilbudet om å bli beboer på Elvegatens alderssenter i Kristiansand. Han har lest om hvordan det er der... Nattavdelingssykepleieren har latt seg intervjuet av avisen Fædrelandsvennen og har fortalt at én nattsykepleier har ansvaret på 114 beboere. Hun forteller at døende som ikke har pårørende hos seg, blir liggende delvis alene på rommene sine fordi personalet ikke har tid til å ta seg av alle. Denne situasjonen sliter voldsomt på de ansatte. Det gjør det umulig for sykepleierne å utføre den jobben de er satt til, og de 114 beboerne får som følge av dette ikke den pleien de har krav på, og det har resultert i mange sykemeldinger fra de ansatte.

"Det er en skamlett for Sørlandets hovedstad", skriver Jensen, "å gi folk en så uverdigg behandling. De ligger der i sine klissete bleier, enkelte

alene på rommene sine. Alle lider, kanskje de overarbeidede pleierne mer enn noen andre, for ingen, eller svært få, søker disse jobbene fordi de er sadister og liker å se andre ha det vondt, men snarere fordi de forbinder pleieyrket med nestekjærlighet. På toppen av denne langsomt forråtnende haugen av triste skjebner sitter byråkrater og ser om de ikke kan skjære budsjettet enda tettere langs knoklene. Om det ikke skulle være en mikroskopisk kjøttslingse igjen som det gikk an å skjære vekk til glede for sjefene høyere oppe i den medisinske Kafka-pyramiden..."

Jensen beskriver også sin erfaring med hjemmetjenesten:

"De har nøkler til pasientenes boliger og kommer styrtende inn på morgenvisten med noen fraser om god morgen og hvordan står det til, mens de samtidig river gardinet til side. De har inntatt din bolig med innlærte smil og stadige skråblikk på klokken for å se om de er i rute. Pasienten eller husets innehaver har ca. en halv time på seg til å skvise ut avføringen. Så skal man vaskes, det blir sjelden tid til å drite og pusse tennene, vaske og sette sprøyte samtidig. I mitt tilfelle har jeg ikke hatt en dusj på fire år. Så anket jeg saken - tiden gikk og jeg ble vasket utrapid av disse Eldbjørgs frontsoldater, mange av dem søte og fine jomfruer som du visste ville bli oldinger i løpet av kort tid..."

Men han gjør noe for å glede dem også, fotsoldatene...

Han setter på swingplater 'i et svakt håp om å muntre opp rutinen'."

(Kilde: Fædrelandsvennen, 15. desember 1997.)

Også andre rapporterer om lignende tilstander. De ansatte melder fra. Et par dager etter Jensens rapport kunne Oslo-folk lese at

"...arbeidsforholdene på Ryen alders- og sykehjem førte til at ansatte var nær ved å bryte sammen. Bydelen gir nå Arbeidstilsynet svar på hvordan krisen kunne oppstå." (Aftenpostens Aftennummer)

## 2.1 Dagens situasjon avspeiler historiske utviklingstrekk

For å få et dekkende bilde av endringene i pleie- og omsorgssektoren er det flere forhold som må trekkes inn:

- *Historie*, der utviklingen av velferdsstaten står sentralt, med utbygging av et rettighetsbasert sett av tiltak som skal sikre at

behov for hjelp og omsorg når fram til mennesker i ulike livssituasjoner.

- *Arkitektur* som gjennom utvikling av bygninger synliggjør estetiske og funksjonelle normer knyttet til pleie og omsorg. I ulike epoker er det formet institusjoner og boliger som reflekterer verdier. Men samtidig danner de fysiske rammene grunnleggende betingelser for beboernes daglige miljø og de ansattes arbeidsmiljø.
- *Samfunnsorganisering og familiemønster* som viser hvordan vi har beveget oss fra et samfunn der slekten tok vare på eldre og handikappede innenfor egen bolig til et boligmønster der bare en generasjon deler bolig og hvor de voksne i familien har lønnsarbeid utenfor hjemmet.
- *Ideologier* som understreker det ønskelige i at den som trenger vedvarende pleie og omsorg gis dette av fagkyndig personale og i egnede institusjoner eller boformer.
- *Kjønnsarbeidsdeling* som innebærer at pleie- og omsorgsarbeidet utføres av kvinner som også utgjør majoriteten av dem som søker utdanningene som kvalifiserer til sektoren.
- *Arbeidslivsreformer* som understreker at ansatte i pleie- og omsorgsarbeid har de samme rettigheter til vern og et godt arbeidsmiljø som andre arbeidstakere.

Veksten i den kommunale pleie- og omsorgssektoren og tilveksten i form av nye typer tiltak er dokumentert i en oversiktsstudie med materiale fra de nordiske landene (Daatland m.fl. 1997).

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Oversiktsstudie*

År	Institusjon	Alders-hjem	Hjemmetjeneste	Skjermet bolig	Trygdebolig
'70	31565	18 085	13 480		
'80	40751	14 042	26 709		
'90	44476	12 413	32063	2212	-
'95	42500	9 785	32715	2211	32106



Overgangen fra institusjonsbasert omsorg til utbygging av hjemmetjenester har vært massiv og nedenfor finner man en tabellarisk oversikt over utviklingen i antall brukere av hjemmetjenester.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Norge: Brukere av hjemmetjenester*

År	Hjemmehj.	Hjemmespl.
1965	13 398	23 904
1970	42 158	39 958
1980	98 390	75 240
1991	121 937	75 413
1994	118 340	68 323

Obs! Etter 1991 og fra 1992 er statistikkgrunnlaget noe endret.

Etter 1992 = antall brukere med hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie (Daatland med flere 1997).

Veksten i tilbud gjenspeiles for eldreomsorgens vedkommende i endringer i antall utførte årsverk:

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Årsverk i eldreomsorgen for hjemmetjenester og sum eldreomsorg*

År	Inst.	Hj.hj	Hj.spl	Åpen oms.
1966	1095	459	1554	10 596
1980	8442	3281	11723	38947
1990	11000	5650	17232	54353
1995				69772

Ser vi på eldreomsorgen finner vi at en har noen interessante likheter og forskjeller mellom de nordiske landene

Danmark, Sverige, Norge hadde i etterkrigsårene en hovedvekt på aldershjem.

Så kom institusjonsutbygging, tilbudet på institusjonsplasser kulminerte allerede ved inngangen til 1970-årene. Utvidelsen av hjemmetjenester fortsatte utover i 1970-årene, med konsolidering mellom 1975 - 1985 og deretter tiltakende knapphet på tjenestene på bred front, i følge den nordiske studien.

I Danmark tok utviklingen form av et substituerende mønster, med vekt på utbygging av omsorgsboliger i takt med en nedbygging av sykehjem. Her vedtok man en egen lov om eldreboliger i 1987 og gikk ut med tilbud om gratis hjemmetjenester. Nylig kom en lov om oppsøkende virksomhet.

I Norge fortsetter institusjonsutbygging, og vi kom senere igang med "beskyttede boformer". Vi kom senere igang med "moderniseringen" av samfunnet og hadde lenger flere generasjonshushold og relativt færre aleneboende eldre (Daatland 1997). Mønstrene i utviklingen kan se ut til å være politisk betinget. I Norge, som var det landet i Europa som ved inngangen til 1970-årene hadde flest hjemmearbeidende voksne kvinner, fikk en rask og dramatisk endring i kvinners deltagelse i lønnet arbeid. Det kom en periode med sterkt trykk på likestilling, noe som også gjenspeilte seg i sosialpolitikken.

I det følgende skal vi gå nærmere inn på en del av de strukturelle endringene i velferds- og sosialpolitikk i Norge som et bakteppe for de senere drøftingene av arbeidsmiljøforhold og arbeidsvilkår i sektoren.

## 2.2 Strukturelle endringer i velferds- og sosialpolitikk i Norge

### Bakgrunn

Fra gammelt av spilte slekten en betydelig rolle i omsorgen av eldre og funksjonshemmede. De som ikke hadde familie som kunne sørge for omsorgen gikk på legd mellom gårdene. Kvaliteten på omsorgen kunne være så som så, og de som var avhengige av systemet "hørde ingen til og var ingen stader velkommen". Bestemmelser om legdsystemet finner vi allerede i 1100-tallets Frostatingslov. Kirken og dens organisasjoner utførte et betydelig arbeid, bla ved å opprette stiftelser og hospitaler. I medicinalforordningen fra 1672 går det også fram at leger og jordmødre skulle bidra ved "ingen fattig Nødlidende deres Hjælp vægre eller forsage". På 1830-tallet ble det nedsatt en fattigkommisjon som skulle se på problemene. Kommisjonen studerte engelske og kontinentale erfaringer før den kom med sitt forslag. I den resulterende fattigloven av 1845 fikk kommunene et betydelig ansvar. Det ble opprettet fattiggårder/ fattighus som gav tak over hodet og noe å spise. Etter bestemmelsene fra 1830 om de årlige

medicinalberetningene skulle beretningene inneholde informasjon om fattigsykepleie og sykehus "med Angivelse af de i bemeldte Stiftelser Indlagtes Antal og Sygdomsart". I siste halvdel av 1800-tallet var religiøse og humanitære organisasjoner og kommunene aktive i å opprette hjem for eldre; gamle- og pleiehjem. I 1935 fikk man vedtatt Lov om vanføre, blinde og døve. Loven bestemte at vanføre hadde rett til legeundersøkelse, behandling og proteser. Skolegang og yrkesopplæring skulle gis i vanføreanstalt. Det tok imidlertid tid før flere av lovens bestemmelser ble oppfylt. På 1960-tallet kom en betydelig nybygging av sykehjem. Med sykehusloven av 1969 ble utgiftene til pleiepasienter dekket av syketrygden. Fra 1970-tallet fikk man en sterkere satsing på hjemmebasert omsorg (Helset 1997, NOU 1992:1, Seip 1994a, Seip 1994b, Uldall 1844).

### Pleie- og omsorgstjenester for eldre og funksjonshemmede

Pleie- og omsorgstjenester kan sies å være tjenester for eldre og funksjonshemmede (herunder psykisk utviklingshemmede). Eksempler på slike tjenester er sykehjem, aldershjem, hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Funksjonshemming kan defineres som et misforhold mellom individets forutsetninger og miljøets krav til funksjon på områder som er vesentlig for etablering av selvstendighet og en sosial tilværelse. Forskjellige undersøkelser oppgir ulike tall med omsyn til hvor mange funksjonshemmede det er i landet. Tallet varierer fra 6,5 til 19 % av den voksne befolkningen. Funksjonshemmede er storforbrukere av helsetjenester.

Funksjonshemmede står for 36 % av all kontakt med helsevesenet. Hvem som faller inn under begrepet eldre er ikke umiddelbart gitt. Begrepet kan defineres lik de som har nådd pensjonsalder (67 år). Men mange i denne gruppen vil være lite redusert. De over 80 år har imidlertid et klart økt behov for pleie- og omsorgstjenester. Dagens 70-åringer regnes for å være i bedre helse enn tidligere. Cirka  $\frac{3}{4}$  av eldre har langvarig sykdom, men dette kan også omfatte relativt beskjedne problemer. Visse helseproblemer er vanligere for eldre enn ellers i befolkningen. Helseproblemer og funksjonssvikt hos eldre kan være f.eks. bevegelingsproblemer, problemer med å bære, syn og hørselsproblemer, urinlekkasje og mental svikt. Det er åpenbart at dette er problemer som kan gi behov for hjelp. Behovet for hjelp øker

med økende alder. For de over 80 år har 42 % av mennene og 65 % av kvinnene behov for hjelp (NOU 1992:1).

### En sektor i vekst

Antallet personer i arbeidslivet økte sterkt i perioden 1972 til 1990. Denne økningen skyldes i høy grad økt antall kvinner i lønnet arbeid. I perioden økte den generelle yrkesfrekvensen for kvinner fra 45 % til 64 % (NOU 1992:1). Siden 1960-tallet har antallet ansatte i helse- og sosialtjenesten vært igjennom en betydelig økning. I 1962 var det 44000 personer og i 1989 nær 237 000 personer. Økningen i prosent av alle sysselsatte i landet var fra 2,8 til 11,5 %. Veksten ligger med andre ord på et betydelig høyere nivå enn økningen i den generelle sysselsettingen. Fra 1970 til 1988 økte antallet årsverk i omsorgstjenester fra 22 000 til 57 000. Den institusjonsbaserte omsorgen hadde størst økning fra 1970 til 1980, og de hjemmebaserte tjenester hadde størst økning fra 1980 til 1988. I alt 70 - 75 % av det samlede antall årsverk i omsorgstjenestene legges ned i institusjonstjenesten. For institusjonsomsorgen utføres hoveddelen av årsverkene ved de somatiske sykehjemmene. Når det gjelder den hjemmebaserte omsorgen er flest engasjert som hjemmehjelpere, færre i hjemme-sykepleie. Hele stillinger har også utgjort en økende andel av den totale sysselsettingen i pleie- og omsorgstjenestene i perioden 1970 til 1988. Men andelen heltidsarbeidende er redusert innen institusjonsomsorgen og økt innen den hjemmebaserte omsorgen. Økningen er fra 47 til 57 %. Av profesjonsgruppene med helsefaglig utdanning utgjorde sykepleierene den største gruppen med hjelpepleierne på annenplass. Likevel er mange innen sektoren uten profesjonsutdanning.

Privat omsorg overfor eldre har også et betydelig omfang. Dette ble i 1985 stipulert til 49 000 årsverk. Den overveiende delen av denne omsorg gis av personer i samme hushold. Turnover i stillinger i sektoren kan være høy, men det er foreslått en rekke tiltak for å bedre på dette som f.eks. fleksible arbeidstidsordninger, godt arbeidsmiljø, bedre lønn, bedre karrieremuligheter, gjøre arbeidet mindre fysisk belastende og mer bruk av faste ansettelser (NOU 1992:1). Turnoveren viste seg også å variere noe etter kommunetype og dermed lokalt arbeidsmarked (Norheim Larsen og Seierstad 1997).

### Utgifter og kostnadsvekst, lavere vekst, den generelle vekst i pleie- og omsorgstjenesten

I perioden 1987 til 1997 har utgiftene til helsetjenester økt med 15 %. De totale helsetjenesteutgifter utgjør nå ca 6,5 % av BNP. For pleie og omsorg regnes veksten i samme periode til å være på 11 %, dvs. lavere enn den generelle vekst. For psykiatrien finner vi imidlertid ikke økte utgifter, og særlig de med lettere nervøse lidelser får vanskeligere plass på psykiatrisk sykehus. Driftsutgiftene til pleie og omsorg er for 1994 beregnet til 25,4 milliarder. En andel av BNP på 3,3 %. De er beregnet til å ligge på 27 milliarder i år 2000. Aldersutviklingen gjør at antallet brukere av pleie- og omsorgstjenester antas å ville øke frem til år 2030. Utgiftene til pleie- og omsorgstjenester vil imidlertid ikke stige dramatisk, nærmere bestemt fra 0 til 1,5 % per år (NOU 1992:1, NOU 1997:17, NOU 1997:18).

### Høyt prioriterte tjenester

Prioritering innen pleie og omsorg dreier seg ikke bare om klargjøring av hvilke pasienter det offentlige bør ha et særlig ansvar overfor, men også om å definere et kjernetilbud av høyt prioriterte tjenester (NOU 1997:18). Høyt prioriterte tjenester innen pleie og omsorg kan være å sørge for tilstrekkelig næringsinntak, hjelp til naturlige funksjoner, hygiene, påkledning etc. I tjenesteytende næringer leveres ofte tjenester sammen "i bunter". Det vil si at to eller flere tjenester ofte leveres sammen og i en del tilfelle knapt sees som adskilte. For pasienter avhengige av pleie- og omsorgstjenester kan det sies å foreligge to forhold som er særlig grunnleggende: *Å ha et hjem og behovet for omsorg*. Disse tjenestene har ofte vært levert sammen, f.eks i sykehjem. Men omsorgstjenester kan leveres uten tilbud om bolig, og botilbud kan leveres uten omsorgstjenester.

Rehabilitering og habilitering kan påvirke behovet for pleie- og omsorgstjenester. Pasientene kan settes i stand til å fungere bedre og ytterligere funksjonssvikt kan forebygges. Eksempler på pasienter som trenger rehabilitering kan være de som er skadet etter ulykker, hjerneblødningspasienter, revmapasienter, psykiatriske pasienter etc. De som trenger habilitering kan være f.eks. barn med medfødte lidelser, hjertesykdom og kreft.

### Kommunene, de frivillige organisasjonene og den uformelle private omsorgen

Kommunene er den store leverandør av pleie- og omsorgstjenester. Pleie og omsorg tar i høy grad de fleste årsverkene i den kommunale helsetjenesten, hele 86,8 % (NOU 1997:18). Fylkeskommunene spiller en mindre rolle overfor pasienter innen pleie og omsorg. Men pleie- og omsorgstjenester gis av fylkeskommunene i form av f.eks. sykehustjenester (eks geriatrike-, rehabiliterings- og psykiatriske avdelinger), rekonvalesenthjem og tannhelsetjenesten (f.eks. oppsøkende virksomhet på sykehjem). Frivillige organisasjoner spiller fortsatt en rolle i pleie- og omsorgsarbeidet. Ca 10 % av institusjonene innen pleie og omsorg eies av frivillige organisasjoner (NOU 1992:1). Da er ikke et større antall institusjoner for funksjonshemmede regnet med. Slike privateide institusjoner kan være sterkt integrerte i kommunal- og fylkeskommunal virksomhet med en vesentlig andel offentlig finansiering. *Den uformelle private omsorgen spiller en vesentlig rolle for den totale pleie og omsorg. To av tre private omsorgsytere for eldre er ektefeller. Søsken eller andre voksne utgjør 20 og barn 15 % av de som yter omsorg (NOU 1992:1). Styrking av den uformelle delen kan skje ved hjelp av støtte til den som gir slik omsorg (f.eks. omsorgslønn, pensjonspoeng for omsorgsarbeid, omsorgsavtaler, avlastningsordninger og støttegrupper for omsorgsytere), eller ved tiltak overfor den omsorgstrengende (f.eks. styrking av egenomsorg gjennom rehabilitering, forebygging, tilpassede boliger).*

### Boformer for personer som mottar pleie og omsorg og graden av hjelpebehov

Pasienter innen pleie og omsorg kan ha forskjellige boformer. De kan være hjemmeboende, være under institusjonsomsorg (aldershjem, somatiske sykehjem, psykiatriske sykehjem, avlastningshjem, rehabiliterings-/opptreningsavdeling, skjermet avdeling for senil demente, institusjoner for psykisk utviklingshemmede), befinne seg i alders-/trygdeboliger, boformer med heldøgnservice, bokollektiv, serviceboliger og boliger med livsløpsstandard. I institusjoner for eldre er den gjennomsnittlige oppholdstiden registrert til under ett år. Mer enn 60 % av de som skrives ut, skrives ut til hjemmet. Pasientene i institusjonene har ofte et betydelig hjelpebehov. Hjelp med daglig hygiene er det mest fremtredende i sykehjemmene hvor 88 % hadde

slikt behov (NOU 1992:1). I perioden 1970 til 1988 har antallet institusjoner for eldre økt med 200, fra ca 1000 til ca 1200. Økningen i plasser ved institusjonene er mer betydelig dvs. fra 35000 til 52000. Dette omfatter institusjoner som aldershjem, sykehjem, kombinerte hjem og psykiatriske sykehjem. Men det er særlig de somatiske sykehjemmene som har fått økt antall plasser. Et økt antall trygdeboliger har fungert som et alternativ til aldershjem. Den overlegent sterkeste økningen finnes for hjemmebasert omsorg hvor f.eks antallet hjem som mottar slike tjenester økte fra 13 000 i 1965 til hele 128 000 i 1989 (NOU 1992:1).

### 2.3 Nyere utviklingstrekk ved institusjonshelsetjenesten og omsorgssektoren i Norge

Effektiv behandling i vår forstand spilte en beskjeden rolle i helsetjenesten i forrige århundre. Sykehusene tok hånd om mennesker med infeksjonssykdommer og generelt de som ikke kunne fungere i samfunnet. Ikke minst siden 1940-tallet, med introduksjonen av antibiotika, har spekteret av effektive terapeutiske virkemidler økt betraktelig. Fra å være en sektor med begrensede muligheter har helsetjenesten gått over til å bli leverandør av ikke minst årsaksrettet terapi. Dette preger også dagens forventninger til sektoren. Det er ikke uvanlig å snakke om en forventningskrise med avstand mellom hva helsetjenesten kan prestere og publikums forventninger. Det kommer stadig nye diagnostiske og terapeutiske metoder. For samfunnet kan det være et problem å følge opp med bevilgninger. Avstanden mellom det diagnostisk og terapeutisk mulige og det økonomisk mulige for samfunnet, kan øke i fremtiden. Helsetjenestens effektivitet er og blir et viktig problem. I perioden 1987 - 1997 skjedde det en effektivisering i norsk helsetjeneste. Men man mener det fortsatt kan være rom for effektivisering. Det ble for eksempel levert en rapport fra SNF som pekte på et fortsatt effektiviseringspotensiale på ca 20 % (SNF-rapport 1997). Flere pasienter behandles i sykehus. Fra 1991 til 1995 økte antallet innleggelser i sykehus med 8 %. Økningen forklares med økt antall øyeblikkelig hjelp innleggelser. De elektive innleggelsene ble noe færre i samme periode (NOU 1997:18).

**Økt anvendelse av lavere omsorgsnivå**

Begrepet LEON er velkjent i helsetjenesten og betyr at tjenestene skal ytes på det Laveste Effektive Omsorgs Nivå. LEON innebærer hensyntagen til to forhold: økonomi og kvalitet. Hvis det er gitt at en pasient får samme kvalitet over omsorgen/behandlingen på to forskjellige omsorgsnivåer, skal pasienten plasseres på det nivået som kan gi omsorg til lavest kostnad. En rekke forhold kan sies å styre valg av omsorgsnivå. Det kan være medisinske vurderinger, økonomiske forhold (mangel på incentiver til valg av laveste nivå og adskilte finansieringsordninger for kommunenes og fylkeskommunenes ansvarsområder), administrative forhold (ansvaret for kommunale omsorgstjenester er fordelt på flere separate organisasjoner, kommuner og fylker styrer hver sin del av helsetjenesten), for liten kommunikasjon mellom leger i kommunene og sykehusleger, tilbud (tilgjengelighet og kapasitet) og etterspørsel (f.eks. pasientønske om sykehjems plass).

Likende forhold kan være gjeldende innefor pleie- og omsorgstjenesten, men vi kjenner ikke til systematiske analyser som tar opp dette spesifikt.

For helsetjenesten kan det sies å være en generell trend at flere behandles på lavere nivå. Poliklinikkene utfører undersøkelse, behandling og kontroll av pasienter som ikke har behov for pre- og postoperativ overvåking. Pasientene reiser hjem direkte etter konsultasjonen, eventuelt etter å ha ligget på et hvilerom i noen tid (Høsteng & Henriksen 1989). Registreringen av polikliniske pasienter er ikke komplett i Norge, men man mener at antallet pasienter som behandles poliklinisk har vært igjennom en økning (NOU 1997:18). Dagkirurgi/dagbehandling er et behandlings- og omsorgsnivå mellom innleggelse og vanlig poliklinikk. Det skiller seg fra innleggelse ved at pasientene ikke overnatter i sykehuset og det skiller seg fra vanlig poliklinikk ved at det gir mulighet for pre- og postoperativ omsorg og overvåking (Høsteng & Henriksen 1989). Både norsk og internasjonal erfaring viser at en betydelig andel av kirurgien som i dag ytes ved innleggelse kan utføres dagkirurgisk (Aas 1991a). Norge har andelen dagkirurgi økt i de senere år, men det er fortsatt et potensiale for økning (NOU 1997:18). Utviklingen med mindre bruk av innleggelse er av betydning for pleie- og omsorgssektoren. Når mindre omsorg gis av sykehuset, må andre sørge for dette.



I planlegging av nye sykehjem ser en eksempler på at en tar hensyn til at sykehjem kan fungere som en type B-sykehus (eksempelvis er dette drøftet i tidsskriftet Sykepleien for januar 1998 knyttet til planleggingen av Søndre Nordstrands nye sykehjem).

### Nyere former for pleie og omsorg - økt vekt på løsninger utenom institusjon

For pleie- og omsorgssektoren har det vært en utvikling bort fra institusjonene mot andre løsninger. Institusjonsomsorg er dyr og for noen dårlig omsorg. Opphold i institusjon kan virke pasifiserende. Mot slutten av forrige århundre begynte norske kommuner å bygge gamle- og pleiehjem. På 1950-tallet begynte man å kalle disse for alders- og sykehjem. Utviklingen bort fra de tradisjonelle institusjonene for eldre og funksjonshemmede startet på 1950- og 1960-tallet med bygging av spesialboliger og trygdeboliger. Trygdeboliger er vanlige boliger som eldre og funksjonshemmede får leid etter behov til en relativt rimelig penge. I de senere år har man også fått serviceboliger. Serviceboliger er tilpasset omsorgsbehovene og gis til personer med større omsorgsbehov som allikevel ikke trenger tradisjonell institusjonsplass.

Samtidig som institusjonene har blitt færre har det skjedd en økt satsing på hjemmebaserte tjenester. Hjemmebasert omsorg gis i en form hvor mottakeren kan ha muligheter til bedre kontroll og selvbestemmelse. Som offentlige tjenester er hjemmebaserte omsorgstjenester av nyere dato. I 1965 fant man organisert hjemmehjelpstjeneste i nær halvparten av landets kommuner. Etter at man i 1971 fikk retningslinjer for opprettelse og drift av hjemmesykepleie har hjemmesykepleien vært en kommunal oppgave. Med kommunehelseloven ble ansvaret flyttet over fra sosialtjenesten til helse-tjenesten i 1984. Reduserte liggetider i sykehus har ført til større behov for kommunale tjenester. Dette gjelder ikke minst eldre pasienter (NOU 1997:18). Hjelpetjenestene for hjemmet omfatter tjenester som f.eks. hjemmesykepleie, psykiatrisk sykepleietjeneste, hjemmehjelp, husmorvikar, avlastningsordninger, rengjøring, transport, vedlikehold, matdistribusjon, ambulerende vaktmester, støttekontaktordning, vaktsentral, ambulant døgnservice. Eldresentrene har også fått økt betydning i de senere år. Slike sentra gir et dagtilbud til

hjemmeboende eldre. Men det er store geografiske variasjoner i tilbudet når det gjelder slike sentra. (Se nærmere omtale i kapittel 3.1)

Fremtidens omsorgstjenester bør i størst mulig grad være hjemmebaserte (NOU 1992:1). Omsorgen skal være et offentlig ansvar. Pårørende har utført et vesentlig arbeid innen hjemmebasert omsorg, men den økte yrkesdeltagelsen i samfunnet generelt kan sette dette arbeidet i klemme. Kommuner kan treffe "omsorgsavtaler" med pårørende hvor arbeidsdelingen mellom det offentlige og de pårørende fastsettes. Dette kan også inkludere avtaler om avlastning. Når omsorgstjenester i størst mulig grad skal være hjemmebaserte må boligene tilpasses slik bruk. Dette går på forhold som f.eks. tilgjengelighet til boligen for rullestolbrukere (ytre tilgjengelighet) og mangel av hindre inne i boligen i form av trapper, dørstokker og smale dører (indre tilgjengelighet). I 1987 regnet man med at bare 16% av boligene i Norge hadde ytre og indre tilgjengelighet. Dårligst boforhold finner man hos de over 80 år, og aller dårligst for de over 80 år i de store byene (NOU 1992:1). På 1980-tallet mener man at tilgjengelighet til boliger i Norge ble redusert.

### Nytt grunnlag for prioritering

Verdier kan defineres som målsettinger som aktører ønsker å oppnå. Verdier kan være målsettinger som: Sosial klasse skal ikke avgjøre hvem som får behandling, tilgjengeligheten skal ikke bestemmes av bosted, alder skal ikke avgjøre hvem som får behandling, behandlingen skal være gratis når den mottas (betales med skattelegging) og sykdomsalvorlighetsgrad skal avgjøre hvem som først får behandling. For det forebyggende arbeid har "flere gode leveår for alle" vært formulert som målsetting (NOU 1991:10). Slike målsettinger kan sies å være overordnede mål som det politiske miljøet i et land skal bestemme. Internasjonalt har WHO's målsetting for helsepolitikken "helse for alle" vært gitt betydelig oppmerksomhet. I Norge kan vi si at solidaritetstenkning har spilt en betydelig rolle for velferdspolitikken etter den 2. verdenskrig. Den offentlige politikken overfor funksjonshemmede og eldre bygger på ønsket om organisatorisk og sosial integrering, dvs. så langt som mulig full deltagelse og likestilling i samfunnet. Sett fra brukernes ståsted er særlig tre behov aktuelle. Det er behovet for trygghet, verdighet og omsorg. Kapasiteten tillater ikke at alle som har behov får behandling

samtidig. Dette gjør prioritering nødvendig. I den norske diskusjonen har man også reist problemstillinger om grenser for det offentlige ansvar. Hvis det offentlige ikke kan betale for alt, må det skje en avklaring av tiltak som det offentlige skal betale for og tiltak som pasientene må betale fra egen lomme (NOU 1997:18).

### Nyttevurderinger og etikk: helseøkonomiske utfordringer

Når nytte brukes som basis for prioritering kalles dette for utilitarisme. Innen etikken kan flere regnes blant utilitarismens fedre, bl.a. David Hume (*A Treatise of Human Nature*, 1739) og John Stuart Mill (*Utilitarianism*, 1863). I sin mest ekstreme form skulle en helsetjeneste basert på utilitaristisk tenkning arbeide for maksimum nytte for befolkningen. Dette kan stå i et motsetningsforhold til prinsippet om rettferdighet som tar fordelingsaspektet mer i betraktning. Ressurser kan også fordeles på grunnlag av behov for helsetjeneste. Dette kan bety større ressurser til alvorlig og kronisk syke enn ren utilitarisme ville gi. Innen helseøkonomien har man forsøkt å utvikle analyser som ikke bare inkluderer hensyntagen til kostnader, men også hensyntagen til effekten/nyten for pasientene. Hensikten er at slike analyser skal kunne brukes til prioritering mellom pasientkategorier og mellom ulike tiltak. Det er vanlig å snakke om fire typer helseøkonomiske analyser: "Cost-minimisation", "cost-effectiveness", "cost-utility" og "cost-benefit"-analysen. I "cost-minimisation" analysen antar man at effekten for pasientene er den samme av to behandlinger. Prioritering mellom behandlingene kan da gjøres på grunnlag av kostnader. I "cost-effectiveness" analysen tar man hensyn til helseeffekten, gjerne i form av vunnet leveår. Prioritering kan da gjøres på grunnlag av informasjon om kostnader per vunnet leveår. I "cost-utility"-analysen kvalitetsjusteres de leveårene som ansees vunnet. Prioritering kan da gjøres på grunnlag av kostnader per vunnet kvalitetsjustert leveår. I "cost-benefit"-analysen omregnes også helseeffekten til kroner. Dette kan gjøres ved hjelp av f.eks. "willingness to pay" og "human capital approach"-metodene. Prioritering kan da gjøres på grunnlag av nettoeffekt, dvs. helseeffekt minus kostnader.

Internasjonalt er det skrevet et mange helseøkonomiske arbeider av kostnad-/nytte-karakter. I to bibliografier publisert tidlig på 1990-tallet av to internasjonale vitenskapelige tidsskrifter er det listet

henholdsvis 3200 og 1900 referanser (Medical Care 1993, Health Economics 1992). Til tross for dette har det bare vært en begrenset bruk av kostnad - nytte analyser. Noen eksempler finnes allikevel, f.eks fra Australia hvor kostnad/nytte-analyser kreves før legemidler inkluderes på en liste hvor det offentlige subsidierer prisen (Pharmaceutical Benefits Scheme). Bruk av kostnad nytte/effekt-analyser er omstridt fordi det finnes vesentlige metodologiske problemer ved analysene, og fordi etikken ved å bruke nytte som prioriteringsprinsipp kan diskuteres. I de senere år ser det allikevel ut til å være en tendens til økt akseptering av metodene i prioriteringssammenheng. Flere nordiske utredninger om prioritering har tillagt kostnads-effektivitet betydning. I den norske utredningen "Prioritering på ny" (NOU 1997:18) uttrykkes at "Sammenlignet med tidligere retningslinjer mener utvalget at tiltakets nytte og kostnadseffektivitet må tillegges større vekt." Det fremgår imidlertid også av utredningen at i USA stanset regjeringen bruk av Oregon-modellen hvor kostnad/ nytte brukes til prioritering. Begrunnelsen var at rangeringslisten bryter med loven om funksjonshemmedes rettigheter. Grupper som fra før av står svakt kan komme enda dårligere ut hvis nytte skal brukes som prioriteringsprinsipp. For grupper av kronisk syke kan nytten per 1000 investerte kroner i behandling være lavere enn for andre. Kronisk syke er en klart heterogen gruppe med forskjellig grad av funksjonshemming, sykdoms alvorlighetsgrad og sykdomsstadier. I følge den nye norske prioriteringsutredningen er det ikke alltid slik at kronikere alltid skal ha høy prioritet. Prioriteringen skal avgjøres av en samlet vurdering av alvorlighetsgrad og behandlingens nytte og effekt. (NOU 1997:18). Dette er neppe etisk nøytralt. Det kan fremholdes at det offentlige har et spesielt ansvar for grupper som kronisk syke. Ved bruk av nytte som prioriteringsprinsipp kan også eldre komme svakere ut. Både nytten av behandlingen kan bli mindre og det forventede antall leveår vil være lavere. Pasientgrupper med høy dødsrate, høye behandlingstkostnader og hvor de som overlever blir funksjonshemmede, kan komme dårlig ut. Det er åpenbart at forslag om økt bruk av nytte som prioriteringsprinsipp er av betydning for pleie- og omsorgssektoren. Tatt i generell bruk til prioritering kan kostnad/nytte-analyser føre til omprioritering av helsetjenestens totale ressurser. En slik omprioritering kan slå negativt ut for de som hører inn under pleie- og omsorgssektoren. Det samme utvalget som gikk inn for økt bruk av kostnad/nytte-analyser i norsk helsetjeneste sier

også at de ønsker høyere prioritering av pleie- og omsorgstjenesten (NOU 1997:18).

### Ideologisk endring

I den liberale markedssituasjonen regulerer prisen tilbud og etterspørsel mot en likevektssituasjon. Tilbudet kan stige med økende pris i markedet og etterspørselen øke med avtagende pris i markedet. I norsk helsetjeneste finner vi ikke et liberalt marked, men snarere planøkonomi. Et grunnleggende trekk i planøkonomien er at tilbudet bestemmes av offentlige myndigheter ut fra informasjon om behov. Dette krever planlegging. En plan kan defineres som et sett av vedtak som angir fremtidige handlinger. President John F. Kennedy gav følgende enkle definisjon: "Planlegging er å se inn i framtida og prøve å påvirke den slik at den blir slik vi ønsker". Bruk av planlegging som styringsmiddel er i utstrakt grad bestemt ved lov i Norge (Aas 1997a). For den generelle planleggingen i det norske samfunnet er plan - og bygningsloven sentral. Kommunehelseloven angir at planer skal utarbeides. Dette ansvaret omfatter også pleie- og omsorgsarbeidet. Det synes imidlertid som om erfaringene med planstyring har gitt denne styringsformen mindre plass i styringssystemet (NOU 1997:18).

Internasjonalt har de såkalte markedsmoellene med offentlig konkurranse vært gitt betydelig oppmerksomhet. En politiker spilte en sentral rolle på et tidlig stadium for denne utviklingen. Den daværende britiske statsministeren Margaret Thatcher nedsatte i 1988 et utvalg som skulle foreta en gjennomgang av britisk helsetjeneste. Bakgrunnen lå i en rekke påviste problemer (Ham 1996). Fra dette arbeidet kom det tre såkalte "white papers". Det mest kjente heter "Working for patients". I denne "hviteboken" ble idégrunnlaget nedfelt for den markedsreform som vi så i britisk helsetjeneste på 1990-tallet. Et vanlig trekk ved markedsmoeller er atskillelse av kjøper og produsentrollene. Produsentene skal konkurrere om kontrakter med kjøpere. Det kan være flere former for kjøper-organisasjoner, f.eks. primærleger med egne budsjetter til formålet (GP fund holders), kommuner, helseområder, helsekomitéer og helsesentra. Kjøperne skal ta seg av pasientenes interesser ved å utføre shopping i markedet etter tjenester. Kontrakter kan gjøres med f.eks. enkeltsykehjem, eller sykehus, og disse må konkurrere. Kjøperorganisasjonene trenger informasjon om behovet til befolkningen de har ansvaret for.

Markedsmodeller krever generelt bedre informasjonssystemer. En enkel form for bruk av markedet er at pasientene selv fritt velger institusjon. Tankegangen er at ledig kapasitet da kan bli bedre utnyttet. Den generelle ventetiden antas å bli kortere. De faste kostnadene kan fordeles på flere pasienter og gjennomsnittskostnadene blir lavere. For pleie- og omsorgsinstitusjoner i Norge er ledig kapasitet neppe noe stort problem. Men pasientene kan også velge institusjon etter andre kriterier som f.eks. institusjonenes ry, bemanning, bygningsstandard, eneromsmulighet etc. Markedsmodeller har fått oppmerksomhet i den offentlige debatten i Norge. Men implementering av markedsmodeller i større skala har latt vente på seg. I flere helseregioner kan imidlertid pasientene fritt velge sykehus. Også i Norge finnes det utviklingstrekk som peker videre i retning av mer markedstenkning og konkurranse. Ikke minst fra Sverige er markedsmodeller og konkurranseutsetting av pleie- og omsorgstjenester kjent (NOU 1997:17, SoS-rapport 1995:11, SoS-rapport 1995:17, SoS-rapport 1995:20).

#### Etterspørsel etter pleie- og omsorgstjenester i fremtiden

Forventet livslengde har økt betydelig i vårt århundre. Men det er lite som tyder på at det totale omsorgsbehovet har blitt mindre eller at vi behøver mindre medisinsk behandling mot slutten av livet (NOU 1992:1). Etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester vil i fremtiden kunne påvirkes av en rekke faktorer som f.eks endringer i befolkningssammensetning, endret sykkelighet og dødelighet, nye diagnostiske og terapeutiske muligheter, endrede kriterier for innleggelse, forskyvning i balansen mellom elektive og akutte innleggelser, og kortere liggetider. Videre vil endrede behov og forventninger hos brukerne kunne virke inn. Det er med andre ord mulig at fremskrivning av demografiske forhold ikke gir et tilstrekkelig godt bilde av etterspørselen etter pleie- og omsorgstjenester i fremtiden. Økningen i etterspørselen kan bli større også fordi flere eldre bor alene. Siden flere kvinner er i arbeidslivet blir privatomsorgen på lavere nivå og kravene til tjenestene blir muligvis større. Fremskrivning av aldersutviklingen tilsier at med samme dekningsgrad vil antall brukere av pleie- og omsorgstjenester øke fra rundt 160 000 i 1993 til 300 000 i 2030. Antall aleneboende over 65 år vil mer enn fordobles fra 225 000 i 1990 til 475 000 i år 2020. Forbruksratene for

pleie- og omsorgstjenester er langt høyere for eldre over 80 år enn for de som er yngre. I 1985 hadde 7,6 % av de over 67 år plass i sykehjem eller aldershjem. Men det varierte for aldersgruppene. Av de mellom 67 - 79 år hadde 2,5 % slik plass, av de over 80 år 23 %.

## 2.4 Helsetjenester som arena for endring

For norske politikere utgjør helsetjenester et viktig politikkområde. Sektoren er en gjenganger i valgkamper. I diskusjonen påpekes problemer og løsninger. Det kan være uenighet om hva som bør gjøres når det gjelder organisering, finansieringsmetoder, egenandeler etc. Helsetjenester som arena for den politiske maktkampen er ikke bare et norsk fenomen. Sektoren spiller også en viktig rolle i EU's satsinger og betraktes som viktig for fellesskapets legitimitet i befolkningen. Medlemslandenes helsetjenester skal etterhvert bli mer like. Forskningsprosjekter kan være redskap for å skaffe fram kunnskap om virkemidler. Felles forskningsprosjekter, standardisering av teknologi og informasjon er derfor vektlagt innen EU.

### Organisasjonsmessig utforming

For produksjon av omsorgstjenester er organisasjoner nødvendige. En organisasjon kan defineres som "et system av bevisst koordinerte aktiviteter eller krefter til to eller flere personer" (Barnard 1970). Omsorgstjenester defineres i stor grad som et offentlig ansvar. For implementering av denne politikken har man i Norge brukt offentlig kontrollerte organisasjoner. Innslaget av privat produksjon av helse-tjenester har generelt vært lite i Norge (Bogen et al. 1996). Den viktige produsent av pleie- og omsorgstjenester i Norge er kommunene. Organiseringen av kommunenes aktivitet bør tilpasses hver enkelt kommunes forhold. Det kan neppe sies å finnes en mal som passer alle. Generell organisering av kommunal forvaltning skjer i Norge gjerne etter følgende tre modeller (From & Stava 1993):

1. *Hovedutvalgsmodellen* hvor koordinering av sektorer forsøkes sikret ved å ha hovedutvalg med samlet ansvar for flere sektorer.
2. *Områdemodellen* hvor det finnes et mer omfattende tverrsektorielt ansvar for felles områder.

3. *Funksjonsmodellen* hvor det delegeres mye ansvar til de enkelte funksjoner med mindre vekt på tverrfunksjonell integrering.

Alternative organisasjonsformer som divisjonalisering og matriseorganisasjon er mindre kjent fra litteraturen om kommunal organisering.

### **Brukererfaringenes betydning**

Undersøkelser viser at tjenestene som ytes ikke alltid er tilpasset pasientenes behov. Feil omfang og dårlig tilgjengelighet er to problemer (NOU 1992:1). Det ville da være logisk å innsamle mer informasjon om brukererfaringer og ønsker. Denne informasjonen kan det taes hensyn til ved utforming av tjenestene. Tjenestene kan samordnes bedre og personalets kompetanse forbedres. Tjenesteutforming kan skje på grunnlag av ønske om styrking av mottagers egenkontroll, selvbestemmelse og verdighet. Det kan også være mulig f.eks. overfor grupper av funksjonshemmede at de selv bestemmer organiseringen av hjelp til seg selv.

### **Arbeidsorganisasjon**

Teamarbeid kan være en heldig organisering av pleie- og omsorgsarbeid. Slike team kan være multidisiplinære og bestå av f.eks. av leger, hjemmesykepleiere, fysioterapeut, ergoterapeut og helsesøster. Teamene kan samarbeide med og eventuelt dele på oppgavene med pårørende. Det kan være behov for å samordne pleie- og omsorgstjenester med annen helsetjeneste. Pasientene kan også i høy grad være mottagere av mer generell helsetjeneste. Innen kommunene kan samordning med primærhelsetjenesten skje ved hjelp av felles ledelse. De to sektorene kan også ha samlokalisert administrasjon. Er oppsplitting av ansvar til flere geografiske områder nødvendig, kan primærhelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten ha samme områdeinndeling. Planlegging, felles standard behandlingsopplegg og deling av informasjon kan også medvirke til bedre samordning. Når omsorgstrengende skrives ut fra sykehuset kan behovet for hjelp være stort. Dette krever at informasjon gis til kommunehelsetjenesten. Et enkelt tiltak som nattpatruljer kan redusere køen til sykehjemmene betydelig (NOU 1992:1). Primærleger ved sykehus kan ha som oppgave å informere det kommunale tjenesteapparatet. Samordning mellom det som er



fylkeskommunens oppgaver og kommunenes kan også sikres ved samarbeidsutvalg, prosedyrepermer og telemedisinsk samarbeid.

Viktigheten av bedret integrering av de hjemmebaserte tjenestene har vært understreket (Helset 1997). Bedre samarbeid mellom hjemmehjelp og hjemmesykepleie kan skje ved integrering av organisasjonene som leverer tjenestene. Hjemmetjenestene kan så organiseres i distrikter. Tidlig på 1990-tallet var 44 % av hjemmehjelpstjenesten i norske kommuner organisert etter distrikter, 38 % sentralt organisert og 18 % organisert på annen måte. Distriktsorganisering var vanligst i bykommuner. Mindre kommuner har ofte en sentralt organisert hjemmehjelpstjeneste. På lavere organisatorisk nivå kan man integrere ved å bruke tverrfaglige team. Vi finner tverrfaglige team i 42 % av de kommunene med distriktsorganisering (NOU 1992:1). Teamene kan fungere som autonome grupper med betydelig egenstyring. Slik desentralisering kan fremme tilpasning til brukernes etterspørsel (Aas 1997b) og ha positive effekter for personalet. Men andelen av arbeidstiden som går med til direkte brukerrettet virksomhet kan bli mindre (NOU 1992:1). Slike gruppers sårbarhet overfor f.eks. sykefravær kan reduseres ved at flere grupper har felles organisasjon som muliggjør "utlån" av personell på tvers av gruppene. Profesjonalisering og spesialisering kan utgjøre skranker for en felles utnyttelse av personellet. Det er mulig at skrankene kan reduseres ved tiltak som tverrfaglighet i utdannelsessituasjonen og mindre profesjonsbasering av forskrifter, regelverk og stillingskrav.

Ved sykehjemsreformen i 1988 ble ansvaret for somatiske sykehjem overført fra fylkeskommunene til kommunene. En viktig begrunnelse for reformen var ønsket om bedre samordning av pleie- og omsorgstjenestene ved at de ble lagt under samme forvaltningsnivå. Reformen muliggjorde felles administrasjon og organisatorisk integrering av de to delene av pleie- og omsorgstjenestene. Separate organisasjoner for hjemmetjenestene og institusjonene kan vanskeliggjøre en fleksibel bruk av personellet. Ikke minst i mindre kommuner kan dette være viktig. Integrering kan fremmes blant annet ved at den geografiske områdeinndelingen er lik for forskjellige funksjoner, felles budsjettering og planlegging, samlokalisering av administrasjoner, felles ledelse/styre/utvalg og organisasjon. Slik integrering kan kreve bredere definisjon av enkelte ansattes rolle. I 1988 hadde ca 70 % av

norske kommuner felles etatsleder for helse- og sosialtjenestene (NOU 1992:1).

### Nye finansieringsformer

Ordet *incentiv* betyr stimuli til å handle på en bestemt måte. I økonomien betyr *incentiver* økonomiske belønninger. Innen økonomisk teori mener man at handlinger i organisasjoner kan forklares ved hjelp av organisasjonenes *incentivstruktur*. Alle individuelle aktører, alle organisatoriske enheter, alle nivåer og den totale organisasjon har sine *incentiver*. Idealsituasjonen er tilstede når alle *incentiver* trekker i én retning som er sammenfallende med organisasjonens overordnede mål, og når anstrengelsene som utløses er optimale. Når det maksimale avvik er tilstede styres situasjonen mot anarki. Siden organisasjoner kan ha forskjellige målsettinger blir det viktig å kunne komponere situasjonen slik at målsettingene nås. Et virkemiddel i denne sammenheng er finansieringsmetodene. Ved å variere finansieringsmetodene kan vi styre helsetjenestens organisasjoner mot forskjellige mål.

Med totalbudsjettfinansiering mottar produsenter av pleie- og omsorgstjenester en på forhånd fastsatt totalsum som skal dekke alle driftskostnader for det kommende år. Totalbudsjettet utgjør et utgiftstak, men produsenter kan gis stor frihet til å disponere innen totalrammen. Totalbudsjetter kan bestemmes ved hjelp av "capitation" prinsippet eller ved hjelp av historiske kostnader. Ved "capitation" finansiering mottar produsenten en sum som er regnet ut på grunnlag av variabler med antatt relasjon til behov for tjenestene for befolkningen i et område, eller for personer på en liste. Totalbudsjettfinansiering på grunnlag av historiske kostnader skjer ved at det tas utgangspunkt i budsjettet for foregående år. Så gjøres et tillegg for økte personalkostnader, inflasjon og nyinvesteringer. Begge de beskrevne metodene for totalbudsjettfinansiering har den fordel at kontrollen over totalkostnadene blir god. Imidlertid finnes det ikke noe *incentiv* til god produktivitet. Hvis vi tar utgangspunkt bare i finansieringsmetoden, kan man si at lav produktivitet lønner seg. Faktiske produksjonskostnader blir da lave og organisasjonen går lettere med overskudd. Et problem med dette kan imidlertid være at et overskudd ikke kommer organisasjonen til gode, men blir inndratt.

Stykkprisfinansiering omfatter flere finansieringsmetoder som "fee-for-service", "per-diem"-rater og "case-mix"-baserte systemer. Ved "fee-for-service" er alle ressursforbrukelementene prissatte. Produsenten får betalt for hvert ressursforbrukelement. Metoden kan representere et incentiv til økt ressursforbruk så lenge produksjonskostnadene dekkes. Metoden i seg selv gir ingen begrensning av kostnadene. For noen institusjoner i pleie og omsorg, bl.a. sykehjem, kunne "per-diem"-rater være en alternativ finansieringsmetode. Betaling gis for pasientene på grunnlag av på forhånd fastsatte døgnrater. Metoden gir ikke noe tak for totalkostnadene og i metoden finnes et incentiv til lange liggetider. Dette har aktualitet for de pasientene f.eks. i sykehjem hvor utskrivning kan skje. For sykehus har man tatt i bruk aktivitetsbasert finansiering på grunnlag av case-mix-målet DRG. Lignende tankegang er også prøvd ut for systemer bedre tilpasset pasientene i pleie- og omsorgssektoren. Men utviklingen her er ikke kommet like langt (NOU 1997:17). Heller ikke slike systemer vil kunne gi et tak for totalkostnadene, men muligvis begrense kostnadene per episode/tidsperiode/tilfelle ved hjelp av en på forhånd fastsatt rate. En mulig utvikling kan være i retning av anvendelse av hybride finansieringsmetoder. Dette er metoder med kombinasjon av totalbudsjettfinansiering og stykkprisfinansiering. Organisasjoner finansieres delvis med totalbudsjett (som begrenser totalkostnadene), og delvis med stykkprisfinansiering (som stimulerer produksjonen). Man ønsker å få både i pose og sekk. I internasjonal forskning finner man imidlertid begrenset med informasjon om hybride finansieringsmetoder (Aas 1995).

#### Brukerbetaling (egenandeler)

Egenandeler har vært tiltenkt en rolle til regulering av etterspørsel. Egenandeler skal kunne redusere overforbruk og derved også gi bedre effektivitet. Men det kan reises tvil om egenandeler regulerer etterspørsel med slik presisjon. Det er en fare for at egenandeler vil virke negativt sosialt og at effekten på etterspørselen blir begrenset. De som har dårligst råd kan få et underforbruk og konsekvensene for egen økonomi blir tydeligst for disse. For de som har god økonomi kan forbruk av helsetjenester og egen økonomi være upåvirket av egenandelene. Egenandeler representerer imidlertid en ekstraintekt for helsetjenesten. Det kan også hevdes at en person som er innlagt på

sykehjem eller i sykehus sparer noen daglige utgifter (f.eks. til mat). Det er da naturlig at institusjonen tar noe betalt. Både Kommunehelsesloven av 1982 og Sykehusloven av 1969 gir visse muligheter til å kreve egenandeler. Dette gjelder f.eks. for hjemmesykepleie, sykehjem og poliklinikker. Størst forbruk av helsetjenester finner vi blant eldre, funksjonshemmede, kronikere og sosialt svakstilte. Det er neppe de som har best betalingsevne. En mulig løsning er å gradere brukerbetalingen etter betalingsevne. Det er også mulig å unnta enkelte tjenester fra egenbetaling og gradere kostnadsdekningen for tjenestene etter vurdering av tjenestenes betydning for helse og funksjon (prioriteringsvurderinger). Fra Norge er tak for årlige egenutgifter til helse kjent. Likeledes kan man se nærmere på hva brukeren sparer ved å være innlagt i institusjon, f.eks. medisintgifter, oppvarming, mat, og egenbetalt hjemmeomsorg etc. Hvis det dreier seg om sparing av betydelige utgifter, kan en viss kompensasjon vurderes. Når brukerbetaling vurderes kan tjenestene prises og pasienten betale etter forbruk ("fee-for-service"-prinsippet) eller/og etter fastlagt døgnpris ("per-diem"-rater). En ulempe ved slike ordninger er økte administrasjonsutgifter. Det er også en fare for geografiske forskjeller i brukerbetalingen og forskjeller etter omsorgsnivå/type. Egenbetaling utgjorde i 1993 9 % av de samlede driftsutgiftene til omsorgstjenester i Norge (Helset 1997, NOU 1992:1, NOU 1997:17, NOU 1997:18).

### Informasjonssystemer for pleie- og omsorgssektoren

Som en del av styringssystemet finner vi *Hjulet*. Dette er et styringssystem som inneholder 1) nasjonale mål og prioriteringer og 2) en statistikkpublikasjon som gir komparative data for kommunenes helse- og sosialtjeneste. For informasjonssystemet Gerix har man avsluttet startfasen med datainnsamling fra ca 40 kommuner. Gerix skal danne grunnlaget for SSB's pleie- og omsorgsstatistikk og kunne brukes av det nasjonale nivå. Neste skritt med elektronisk rapportering er på forsøksstadiet i form av KOSTRA-prosjektet. Dette er et prosjekt som gir økonomi og tjenestedata (Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene 1997).

### Kvalitetssikring

Kvalitet kan defineres som den egenskap et produkt, en tjeneste eller en enhet har som vedrører dets/dens evne til å tilfredsstille uttalte eller

underforståtte behov. Definisjonen innebærer at langt mer enn diagnostisk og terapeutisk kvalitet vurderes som deler av kvaliteten. For pleie- og omsorgssektoren kan andre forhold nevnes som respekt for pasientene, medvirkning, tilstrekkelig næringsinntak, hjelp til av og påkledning, tilfredsstillende personlig hygiene, normal døgnrytme, mulighet for privatliv, trygghet, sosialt liv, aktiviteter, rehabilitering/habilitering og verdig livsavslutning. Det systematiske arbeidet for bedret kvalitet kalles kvalitetssikring. Kvalitetssikring kan defineres som: Alle planlagte og systematiske aktiviteter som er iverksatt som en del av kvalitetssystemet og påvist som nødvendig for å skaffe tilstrekkelig tiltro til at en enhet vil oppfylle kravene til kvalitet (Helset 1997, "Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene"). Kvalitetsarbeidet kan skje i kvalitetssirkler for pasienttilfredshet, faglig kvalitet (medisinsk, sykepleiefaglig etc) og management kvalitet. En kvalitets-sirkel kan arbeide gjennom en prosess bestående av problemidentifikasjon, årsakssøking, tiltaksmuligheter, implementering, oppfølging og analyse av resultat. Erfaringer synes å peke i retning av at kvalitetsarbeid kan gi effekter (Aas 1991b, Øvretveit 1992).

I Norge er det utarbeidet en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. For pleie- og omsorgstjenester ble det 27. februar 1997 fastsatt en egen forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene i medhold av lov av 19. november 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene. Forskriften skal bidra til at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester får ivaretatt sine grunnleggende behov. Kvaliteten skal sikres gjennom et eget internkontrollsystem for virksomheten som fastsatt i Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Kommunen skal "utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstillende grunnleggende behov". Undersøkelser synes å tyde på en del kvalitetsproblemer innen pleie- og omsorgssektoren (Helset 1997, NOU 1992:1).

### Betydning av ny teknologi

Teknologi ble av Galbraith definert som: "Systematic application of scientific or other organized knowledge to a practical purpose." Fra helsetjenesten er bruk av teknologi velkjent. Medisinsk teknologi gis ofte en bred definisjon: Anvendelse av legemidler, apparatur og medisinske og kirurgiske prosedyrer i helsetjenesten. Med de kostnader og den rikholdighet vi finner av medisinske teknologier kan

evaluering være viktig. Men mengden gjør oppgaven ikke lett å overkomme. Med evaluering av medisinske teknologier forstår vi vurdering og utprøving av sikkerhet og klinisk effekt. Man forsøker å undersøke både kort- og langsiktige konsekvenser av medisinske teknologier. I en mer komplett medisinsk teknologivurdering vurderes teknologiens anvendelsesområde, effektivitet, risiko ved bruk, konsekvenser for pasientene (psykologiske, sosiale, etiske), konsekvenser for organisasjonen (struktur, arbeidsmiljø) og økonomiske forhold (helseøkonomiske kostnad effekt/nytte analyser). På grunnlag av de ulike resultatene foretas en syntese. Resultatene kan så presenteres for beslutningstagende nivå. Medisinske teknologier har ofte røtter i en prosess som starter med basalforskning som så går over i anvendt forskning, målrettet produktutvikling, forsøk på mennesker, klinisk utprøving, tidlig klinisk anvendelse, alminnelig bruk i klinikk og ender med foreldelse av teknologien (Drummond 1994, Jørgensen & Danneskiold-Samsøe 1986, Sætnan 1991).

Det er mulig at det er avstand mellom det som er medisinsk-teknologisk mulig og det samfunnet har råd til. Med den teknologiske utviklingen kan avstanden øke i framtida. Likledes kan loven om den avtagende grensenytten begrense lønnsomheten ved å investere i nye teknologier. Det bør imidlertid ikke glemmes at det også finnes teknologier som kan gi lavere kostnader, f.eks. kikkhullskirurgi, medikamentell behandling av magesår og billigere analyseapparat. Det er åpenbart at nye teknologier gir prioriteringsproblemer. I Norge er det foreslått økt satsing på teknologivurdering (Jönsson 1997, NOU 1997:18, Schulenburg 1997).

For funksjonshemmede kan tekniske hjelpemidler være viktige for muligheten til å fungere i hjem og samfunn. Innen EU satset man på et fellesprosjekt med det siktemål å bedre integreringen av eldre og funksjonshemmede: Technology for the socio-economic Integration of people with Disabilities and Elderly (TIDE). I Norge er hjelpe-midler for funksjonshemmede gjort tilgjengelige gjennom hjelpemiddelsentraler spredt over hele landet. Likeledes er det åpenbart at tekniske hjelpemidler kan lette arbeidet for de som arbeider i pleie- og omsorgssektoren. Det som særlig kommer til som nytt er telemedisin og informasjonsteknologi. Utviklingen innen ny kommunikasjons-

teknologi kommer også til å få betydning for pleie- og omsorgssektoren:

1. Fjerndiagnostikk kan redusere nødvendigheten av lengre reiser, f.eks. til spesialist ved universitetssykehus.
2. En større del av behandlingen kan også forgå lokalt og spesialkompetanse blir tilgjengelig ved hjelp av telemedisin.
3. Ny teknologi gjør overvåkning av pasienter i hjemmebasert omsorg lettere, f.eks. via alarmsystemer.
4. Kommunikasjon via elektroniske nettverk kan brukes til å bedre oppfølgingen av pasienter som skrives ut fra sykehus (e-mail-forsendelse av epikriser, pleierapporter og resepter).
5. Medisinske beslutningsstøtteprogrammer kan bidra til standardisering av behandling for pasientene og dermed bedre kvaliteten.
6. Databaser gjør kunnskaper og litteratur lettere tilgjengelig. Dette kan være for fagpersonell. Men databaser kan også være tilrettelagt for pleie- og omsorgspasienter og øke innsikten i egen situasjon.
7. Systematisk innsamling av ledelsesinformasjon kan bedre ressursutnyttelsen innen pleie- og omsorgssektoren.

### Genteknologi

I 1953 publiserte to forskere en artikkel i det internasjonale tidsskriftet *Nature* som beskrev den tredimensjonale strukturen til arvemolekylet - DNA. Artikkelen førte til at de to forfatterne James D. Watson og Francis H.C. Crick fikk nobelprisen. I år 2005 forventer man seg at menneskets arvemasse skal være fullstendig kartlagt gjennom prosjektet "The mapping of the human genome" (HUGO). Prosjektet ventes å kunne fremskaffe kunnskap som etterhvert vil bli av stor betydning for diagnostikk av sykdommer med en arvelig komponent og behandling av slike lidelser. Dette kan også få betydning for pleie- og omsorgssektoren. Flere grupper funksjonshemmede har slike sykdommer. Genteknologien kan brukes til produksjon av en del medisiner. Internasjonalt foregår det forskning med genterapi. Forskere prøver å kurere arvelige sykdommer ved å

bytte ut sykdomsgener med friske. Til å føre friske gener inn i cellene brukes bl.a. ikke sykdomsfremkallende virus. Denne forskningen befinner seg på et tidlig stadium og det har vært problemer med å få frem gode resultater (Friedman 1997). I framtida vil det trolig bli teknisk mulig å utrydde arvelige sykdommer ved å bytte ut sykdomsgener, men en slik praksis kan sies å være etisk betenkelig (St. meld. Nr. 25).

## 2.5 Og hvordan ser det ut i dagens kommunale pleie- og omsorgs-Norge?

### Hovedtrekk fra en kartlegging av forholdene ved 54 alders- og sykehjem i 1997

Denne rapporten handler om forholdene ved et utvalg alders- og sykehjem i Norge. Intensjonen er å danne et bilde av situasjonen for ansatte og beboere.

Rapporten begynner med en oversikt over forskjeller mellom ulike kommunestørrelsers inntektsnivå. I utvalget øker gjennomsnittlig inntektsnivå med kommunenes størrelser. De aller fleste temaene i rapporten blir behandlet i forhold til kommunestørrelser og gjennomsnittlig inntektsnivå i kommunene. Videre beskrives personalets sammensetning for ansiennitet og alder. Det vanligste er mellom 10 og 20 års ansiennitet, og gjennomsnittsalderen er vanligvis 45-48 år. Her beskrives også yrkesmessig sammensetning ved institusjonene, og ofte dominerer hjelpepleierne. Videre diskuteres pleiefaktoren i forhold til inntektsnivå, hvor de mellomrike kommunene har laveste pleiefaktor.

Når det gjelder sykefravær og turnover, er det vanligste å ha et sykefravær på mellom 6 og 10 %, samt lav turnover. Både sykefravær og turnover varierer med kommunestørrelse og inntektsnivå. Det viser seg at langtidssykefraværet i høy grad dominerer sykefraværstatistikken. Tiltak for å få ned sykefraværet er et tema i de aller fleste institusjonene, men ikke alle har kommet like langt i dette arbeidet. Det er de rikeste kommunene som oftest har slike tiltak. Opplegg for rehabilitering og attføring for de ansatte er ofte kommunens anliggende og ikke et institusjonsinternt ansvar. Likevel er det mange som har et slikt opplegg, og det vanligste er da omplassering og aktiv sykemelding. Når det gjelder oppfølging av langtidssykemeldte, er



denne stort sett uformell og lite strukturert. Ingen har det formelle ansvaret. De aller fleste har tiltak for å lære de ansatte å forebygge og mestre helseplager, og det er kurs i løfteteknikk som er det vanligste tiltaket.

I utvalget er det svært mange som opplever det som at de ikke kan gi ekstra omsorg utover det helt nødvendige, og heller ikke kan ta høyde for særskilte behov. Dette begrunnes ofte med for lav bemanning. Når det gjelder formaliserte opplegg for videre- og etterutdanning er det omtrent like mange som har slike opplegg som det er som ikke har slike opplegg. De mellomstore kommunene kommer dårligst ut i denne sammenheng. De mellomrike kommer best ut. Dette er en av de sjeldne tilfellene der de mellomstore kommunene kommer dårligst ut. Rundt 60 % av alle institusjonene har utviklingsprosjekter på gang. Her skal man imidlertid være klar over at disse prosjektene er av ymse karakter. Det er få som har virkelig omfattende prosjekter. Med hensyn til faglige fora og møter er det en flora av ulike typer. Det er mer uklart hvor ofte den enkelte deltar. De aller fleste uansett kommunestørrelse og inntektsnivå har internkontrollbiten i orden. Dette tas opp i kapittel 6.

Beboernes situasjon behandles i siste del av rapporten. Først diskuteres eneromssituasjonen. Alle har enerom, men for få og for små. Når det gjelder tilbudsdifferensieringen er de store og de rikeste kommunene best; dvs de har det største tilbudet. De minste og fattigste kommer dårligst ut. Vi kan skille mellom formell (pårørenderåd, forening etc.) og uformell (løpende kontakt med personalet) pårørendemedvirkning. Den uformelle typen er mest utbredt. Det varierer hvor engasjerte de pårørende er. Ventelister er mer eller mindre avskaffet. De aller fleste institusjoner gir mulighet for overnatting for pårørende.

Det er store variasjoner mellom de ulike kommunene når det gjelder alle variablene, men en hovedkonklusjon er at de mellomrike og de mellomstore kommunene totalt sett ofte kommer best ut i forhold til ulike variabler.



## 3

## Pleie og omsorg som forskningstema

Mot årtusenskiftet er eldre og helse sentrale temaer i politisk debatt. Aldri har sykefravær og ansattes arbeidshelse vært mer fokusert og omdiskutert enn på 1990-tallet. Samtidig er det en tiltakende og konkretisert debatt om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten. Dagens situasjon er kjennetegnet av mange og samtidige endringer på flere nivåer. I vår utredning av kunnskapsstatus på feltet arbeid og helse i den kommunale pleie- og omsorgssektoren møtes de to temaene på en aktuell og akutt måte. Det norske samfunn er midt i en økonomisk oppgangstid, og utviklingen i næringslivet medfører at knapphet på arbeidskraft er blitt gjenstand for drøfting og analyser. SSB har beregnet at vi trenger en årlig innvandring på rundt 20 000 for å dekke behovet for ny arbeidskraft. Samtidig melder behovet for tjenende hender til omsorgssektoren seg med full tyngde.

Ikke bare ønsker vi arbeidskraft, vi vil også at denne arbeidskraften skal være kvalifisert og ha kompetanse i tråd med de økende forventningene om at omsorgen skal møte stadig mer anerkjente behov hos den pleie- og omsorgstrengende delen av befolkningen.

I løpet av den siste generasjon, fra ca 1970 og fremover har det skjedd store strukturendringer i samfunnet. En av de virkelig viktige forandringene har direkte betydning for det feltet vi studerer. Norge var, som allerede nevnt tidligere, på begynnelsen av 1970-tallet et av de land i Europa med flest hjemmearbeidende voksne kvinner, men i løpet av årene frem til slutten av 1990-tallet har det skjedd en stille revolusjon som har medført at en overveiende andel av kvinnene nå er i lønnet arbeid. Mange er på deltid. Samtidig har utdanningsraten tiltatt, ikke minst innenfor helse- og omsorgssektoren. Men, vi har problemer på flere fronter. Samtidig som vi har utdannet et stort antall sykepleiere så er det en betydelig andel av dem som ikke er i jobb

eller bare delvis i jobb (Sørensen 1997). Sykepleiemangelen berører vårt felt sterkt idet det sykepleiefaglige ansvaret må ivaretas, og selv om vi har et stort antall hjelpepleiere, er deres arbeidsfelt begrenset i forhold til viktige oppgaver som f.eks. utdeling av medisiner, sårstell m.v.

Også andre yrkesgrupper er viktige bidragsytere på feltet pleie og omsorg i den kommunale sektor. Siden en betydelig del av omsorgen ytes til hjemmeboende eldre og til personer som pga. helsesvikt ikke kan bo hjemme uten hjelp, støtte og pleie, er ikke minst hjemmehjelpere en viktig gruppe ansatte. Men også andre inngår i hjemmetjenesten: hjelpepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer og ulike spesialistgrupper som f.eks. psykiatriske sykepleiere. Dessuten har en altmuligpersonale eller vaktmestertjenester knyttet til hjemmetjenester. I institusjonene som er i drift 24 timer i døgnet arbeider renholdere, vaskeriansatte, kontoransatte og kjøkkenpersonale.

Som en følge av omfattende endringer og ekspansjon i pleie- og omsorgssektoren konkurrerer den nå om arbeidskraft med en rekke andre virksomhetstyper som også er i vekst.

Det har vært mye fokus på sektorens arbeidsplasser og et bilde av arbeidsplassene her som problemfylte har festnet seg. Allikevel er det god rekruttering til såvel faglært som ufaglært arbeid. Veksten har vært ganske kraftig, og som vi har sett er også de kvalitative kravene sterkt økende. I litteraturen om pleie- og omsorg er det tre temaer som har vært sentrale. Vi skal i det følgende se nærmere på disse.

### 3.1 Genusperspektivet

I den viktige boken *Gendering organizational Analysis* stiller man spørsmålet om hvorfor det er viktig å innføre et genusperspektiv i forskning omkring organisasjoner. Sosiologen Joan Acker argumenterer for at dette er viktig fordi en grunnleggende kjønnet forståelse av oppgaveløsningen karakteriserer arbeidsplassen. Dette innebærer at utforming av organisasjonens struktur, arbeidsroller og oppfatning av plikter og rettigheter er bygget på samfunnets dyptliggende forståelse av kjønn og betydningen av kjønn.

Selv om en forstår kjønn som noe tvetydig og foranderlig så er det fremdeles nødvendig å lete etter mønstre og sammenhenger mellom kvinner og menn. Det ligger nemlig en fare i at en for ensidig vektlegging av differensiering i forhold til kjønn vil føre til at mønstre og sammenhenger forsvinner fra synsfeltet vårt. Dette kan, slik vi ser det, føre til en kjønnsforskning som blir ufarlig i forhold til eksisterende maktforhold som stadig opprettholdes. For unngå dette må den differensierte forståelsen av kjønn kombineres med et kritisk kvinneperspektiv som også søker etter mønstre og sammenhenger.

Med utgangspunkt i en norsk studie av arbeidsorganisering i hjemmetjenesten vil vi illustrere hvordan genusperspektivet kan kaste lys over dyptsittende utfordringer i en kvinnedominert virksomhet.

Psykologen Inger Margrethe Svendsen drøfter den kjønnete forståelsen av omsorg som aktivitet og verdi i samfunnet i rapporten *Et valg er et valg er et valg...* (Svendsen 1991). Hun stiller spørsmål om det er noe ved vår forståelse av omsorgsarbeid som tapper omsorgen og tar opp ulike sider ved omsorgsarbeid med fokus på kvinner som omsorgsytere. Forfatteren mener at de to dimensjonene "kvinner" og "omsorg" og den samfunnsmessige forståelse av dem, må få konsekvenser for hvordan organisasjonene utformes. Samfunnet legger bestemte forventninger på omsorgsarbeid, som noe kvinner "kan". Samtidig er kravene til omsorgens kvalitet ikke definerte, slik at disse kravene kan framstå som grenseløse, bare definerte av hva som oppleves som "godt nok" av den individuelle mottaker av omsorgstjenestene. Kvinner knytter i stor grad sin identitet og sine ambisjoner til det å kunne gi omsorg. Dette skaper særegne opplevelser av hva arbeidet "egentlig" krever, og gjør at vi må anta at kvinner og menn vil løse omsorgsoppgaver med noe ulike forventninger til seg selv. For kvinnene blir grensesetting en stor utfordring, og når det ikke defineres klare og operasjonaliserte roller eller oppgavesett vil vi kunne forvente at kvinnene opplever et diffust, men merkbart press til å gjøre mer.

Individuell støtte må derfor bygges inn i organisasjonsstrukturen, og konkret kan dette innebære at organisasjonen bør bestå av selvstendige, tverrfaglige team. Dette understreker et behov for å tenke alternative organisasjonsmodeller innen omsorgssektoren. Dette er et hardt arbeid både fysisk og psykisk. Omsorgsarbeid representerer et

arbeid uten grenser og dette peker på behovet for å utvikle organisasjonsstrukturer med mulighet til felles samarbeid, variasjon og læringsmuligheter.

Yrkene innen omsorgssektoren er preget av å *gi*. Behovet for å *få* kan dermed bli stort. Dette kan f.eks. gi seg utslag i en enorm hunger etter kurs og videre utdanning, behov for variasjon som bryter gjentakende aktiviteter osv. Det er mulig å tenke seg at selve arbeidsorganisasjonen og måten arbeidet er organisert på er årsaken til maktesløsheten, det slitne og behov for noe annet. Slike miljøer kommer ofte inn i en ond sirkel som det kan være vanskelig å bryte. Hvis redselen for maktesløsheten blir det styrende prinsippet i en organisasjon, får man et system som holder på den strukturen som eksisterer; de ansatte vet hva de har, men ikke hva de risikerer ved endringer. Medvirkning, desentralisering og fleksibilitet kan bli en trussel mot det stabile, trygge og forutsigbare.

I virksomheter der usikkerheten og hjelpeløsheten er dominerende blir det viktig å skape arenaer der erfaring på å *mestre* blir mulig. Det er ofte gjennom erfaringen om å mestre nye situasjoner at personene i organisasjonen tør å åpne for ytterligere endringer. Slike endringer kan skape motstand hvis ikke individene i virksomheten vet at de fortsatt vil være viktige personer.

En nokså vanlig side ved mestring av omsorg er å oppleve utbrenthet. Dette er det selvfølgelig ønskelig å gjøre noe med. Men det å endre en omsorgsorganisasjon som "foredler omsorg" kan fremstå som dramatisk på minst to måter. Endringen kan bidra til forandring av den kvinnelige identitet samtidig som endringen kan føre til en ny organisasjonsmodell med andre samarbeids- og ansvarsformer. Utbrenthet kan betraktes som et resultat av at organisasjonen ikke er strukturert på måter som gjør det mulig for de ansatte å både ivareta seg selv og brukerne av tjenestene. Det er mulig å tenke seg at organisasjoner som forvalter omsorg må organiseres på andre måter enn virksomheter som forvalter annet "metall". Dette er bakgrunnen for at disse organisasjonene må ha større rom for variasjon i arbeidsoppgaver og for at folk skal jobbe i team. Slike mønstre kan gi avlastnings- og læringsmuligheter av en helt annen karakter enn når oppgaveløsningene er spesialiserte og de løses alene. I organisasjoner der arbeidsoppgavene er uten grenser er det viktig å organisere inn

grensesetting framfor bare å la den være et individuelt ansvar. Dette kan gjøres ved nettopp å organisere team der dialogen deltakerne/teammedlemmene imellom kan dempe den sårbarheten i forhold til "grenseløse forventninger", som den enkelte ellers lett eksponeres for.

### Emosjonelt arbeid

I internasjonal litteratur er et annet aspekt ved det "kjønnete" arbeidslivet trukket fram i flere nyere arbeider omkring arbeid der det forventes at den ansatte skal kunne skape en god emosjonell atmosfære i pleie- og omsorgstjenesten og i servicearbeid. Forventningen går mer spesifikt ut på at den ansatte, typisk en kvinne, skal manipulere seg selv og sine uttrykk for følelser, gjennom å vise vennlighet, skape kontakt og bruke smilet som kommunikasjonsform fordi dette er nyttig i en instrumentell hensikt. Den amerikanske forskeren Arlene Hochschild åpnet opp feltet for å studere følelsesmessige krav i en yrkesrolle i boken *The managed heart: Commercialization of human feeling* (1983). Hochschild fant at arbeidstakere som skulle utføre emosjonelt arbeid dels måtte undertrykke ikke-aksepterte følelser, dels øke eller forandre egne følelser. Følelsene i situasjonen måtte med andre ord styres/kontrolleres slik at de samsvarte med forventninger utenfra. Man skal ikke bare selge en tjeneste, men selge en opplevelse, "the real thing". Dette innebærer også at en må få kontroll over kroppsspråket slik at dette ikke "sladrer" om følelser, men lever opp til krav om hva som passer seg og er adekvat.

Hochschild mente at man kunne måle hvor mye emosjonelt arbeid krevde ved å se på a) hvor mye "ansikt-til-ansikt"- eller "stemme-til-stemme"-kontakt man måtte ha med klientene, b) hvor klare krav det var til at arbeidet skulle utføres i en bestemt følelsesmessig atmosfære /klima og c) hvor sterkt en arbeidsgiver ville kreve eller kontrollere at den ansatte faktisk styrte sine følelser.

I en interessant artikkel tar Erickson og Wharton opp sammenhengen mellom dette presset og forventningene om å "kontrollere" og dirigere følelser opp som bakgrunn for å undersøke sammenhengen mellom emosjonelt arbeid og forekomsten av depresjon eller tristhet hos omsorgsarbeidere og tjenesteytere (Erickson og Wharton 1997).

I en norsk undersøkelse viser Forseth (1994, 1995) hvordan emosjonelt arbeid kjennetegnes av ambivalens. Arbeidet kan oppleves som belastende når forventninger til de ansatte om å være blid, forekommende og omsorgsfull fører til at de føler seg "oppbrukt" og uten "omsorgstanke" når de kommer hjem til familien. Samtidig er det flere som gir uttrykk for at arbeidet oppleves som givende og positivt. "Frydefull utmattelse" er et dekkende begrep, ifølge Forseth, for denne typen arbeid.

Arbeidskravenes invadering av yrkesutøverens personlige følelsesregister kan altså ha store konsekvenser. Og her dreier det seg om å aktivisere en ureflektert, men "kjønnet" forståelse av hva som kan ligge i arbeidskontrakten og som et tilgjengelig område for arbeidsgiveren.

En reanalyse av arbeid i omsorgsykker utfra et genusperspektiv kan avdekke nye perspektiver på den atferden ansatte har og den "uforklarlige motstand de viser i jobben. Et ferskt eksempel er studien *Motstand som en mestringsstrategi blant hjelpepleiere* av Lee-Treweek (1997). I sin artikkel om hjelpepleiere som arbeider i offentlige og private syke/aldershjem, viser Lee-Treweek hvordan "motstand" har vært den viktigste mestringsstrategi for de ansatte i deres forsøk på å klare seg gjennom jobben og få kontroll over den. Lee-Treweek er kritisk til tidligere forskning som mener at kvinners begrunnelse for å ta en jobb innenfor omsorgssektoren er basert på altruistiske årsaker. Hun viser at kvinner søker seg til dette yrket ut fra instrumentale årsaker, særlig i en økonomisk trang periode. Hjelpepleierne anser yrket som tøff og hardt. Det er et lønnet arbeid og ikke et kall. Lee-Treweeks argument er at omsorgsarbeidere først og fremst må betraktes som "arbeidere" og deretter som "omsorgsgivere" hvis man vil fange opp hvordan de gjør "motstand".

Lee-Treweek anvender et kjønnsperspektiv når hun kritiserer den manglende interesse for å betrakte omsorgsarbeid som et "arbeid". Hun sier at omsorgsarbeid har vært like marginalisert som "omsorgsaktiviteter i den private sfære" når det gjelder å betrakte denne aktiviteten som et "arbeidsaktivitet". Hun går videre og argumenterer for at sosiologiske studier av betalt omsorgsarbeid har tatt for gitt at kvinner er bedre egnet til å ta seg av kroppslige avfall, at de er mer omsorgsfulle, kan gi mer emosjonelt og at de liker denne jobben fordi



det er en "naturlig" rolle å spille og identifisere seg med. Omsorgsarbeid har derfor blitt identifisert som en forlengelse av kvinners "huslige" aktiviteter. Dette i sin tur har ført til at forskning om omsorgsarbeid ikke har sett likeheter mellom dette arbeidet og andre lavstatus yrker.

Én av hovedforklaringene til de ansattes endrede holding til omsorgsyrke kan sees i forhold til den store ekspansjonen i denne sektoren som fant sted i begynnelsen av 1980-tallet. Arbeid innenfor omsorgssektoren vokste og ble i sin tur påvirket av markedskrefter. Man så en økning av privatisering av omsorgstjenesten. I England vokste omsorgstjenesten i den private sektoren samtidig som den ble redusert i den offentlige sektoren. Antall kvinner i pleiesektoren økte i takt med ekspansjonen i den private sektoren. De fleste som ble rekruttert inn var kvinner, uten arbeidserfaringer, og særlig de som jobbet i private hjem, uten formell utdanning og kompetanse. Kvinner som ble rekruttert til dette yrket fortalte at de gjorde det fordi de trengte pengene og ville ha et lønnet arbeid. De følte at denne begrunnelsen var vanskelig å formidle til utenforstående som heller ville definere deres begrunnelse ut fra at de var "omsorgsfulle personer". Kvinnene mente i tillegg at det var liten sammenheng mellom "omsorgsarbeid" som de utførte som hjelpepleiere og "omsorg" som ble formidlet ellers. De fleste ble rekruttert til jobben som et resultat av personlig bekjentskap, dvs. arbeidet ble formidlet til dem via andre kvinnelige slektninger.

Ifølge Lee-Treweek er omsorgsarbeid ikke ulikt det arbeidet som utføres av menn fra arbeiderklassen. Det er tungt, "skittent" og dårlig betalt. Det er arbeid som er utført under vanskelige forhold og som bestemmes av andre: ledelse, eiere av institusjoner og sykepleiere. Forholdene har heller ikke blitt bedre ved at flere omsorgsaktiviteter utføres i private hjem. Lønnen er i tillegg meget lav, og jobben er fysisk tung og repetitiv. I mange tilfeller viser det seg at lønnen er lavere enn lønnen til butikkansatte. For enkelte kvinner var fordelene med hjelpepleieryrket at det hadde fleksibel arbeidstid, at det var deltidsarbeid og at det lå i nærheten av hjemmet.

Innenfor denne sektoren finner Lee-Treweek at kvinner utvikler "subkulturer" som gjør motstand mot det offisielle inntrykket som gis om arbeidsstedet. Dette er velkjente funn fra mannsdominerte

arbeidsplasser i industrien. Dette anses som nødvendig for å overleve. Ulike måter å gjøre motstand på var å fokusere på "sluttproduktet", dvs. gjøre i stand klientene (gi dem mat, stelle dem osv.) istedenfor å fokusere på klientenes "behov". Overfor klientene kunne de nekte å gi seg for klientenes ønske, eller bare delvis gjøre det. De "normaliserte/bagatelliserte" brukernes adferd når de klaget eller var misfornøyde ved å si at de oppførte seg "barnslig". På den måten fikk de kontroll over deres arbeid samtidig som de selv gjorde motstand. En annen måte å gjøre motstand på blant hjelpepleierne var å ignorere brukerne gjennom å snakke om dem mens de var til stede. Goffman refererer til denne handlingsform som "depersonalisation".

Denne undersøkelsen viser at produksjon av "kropp" dermed kan være like fremmedgjørende og av den grunn er analytisk relevant på lik linje med produksjon av materielle ting og varer. Det er derfor nødvendig å rette fokus på den institusjonaliserte motstand som finner sted i denne sektoren, noe genusperspektivet muliggjør.

Studien er basert på en empirisk undersøkelse foretatt på et sykehjem.

### 3.2 Omorganisering i et genusperspektiv

#### Studie av omorganisering i pleie- og omsorgstjenesten i Trondheim kommune

Det har i løpet av 1980 og 1990-tallet foregått kontinuerlige omstillingsprosesser i pleie- og omsorgstjenestene i kommunal sektor. Vi vet forholdsvis lite om hvilke konsekvenser disse omstillingsprosessene har hatt for de ansatte i disse tjenestene.

En studie<sup>1</sup> gjennomført i Trondheim kommune setter søkelyset nettopp på hvorvidt omstillingen har bidradd til å skape bedre jobber for de ulike yrkesgruppene i sektoren på de forskjellige nivåene i organisasjonene (Bungum 1994, Kvande & Rasmussen 1995, 1996, Kvande 1997, Rasmussen 1997).

Datamaterialet som ligger til grunn for denne undersøkelsen er fremskaffet gjennom et lengre intervju med et utvalg av sykepleiere,

---

<sup>1</sup> Ansvarlig for undersøkelsen var førsteamanuensis Elin Kvande & Bente Rasmussen ved NTNU. Brita Bungum var tilknyttet prosjektet som hovedfagstudent og skrev sin hovedoppgave på grunnlag av denne studien (Bungum 1994).

hjelpepleiere og hjemmehjelpere som arbeider i sektoren. I undersøkelsen inngår to arbeidsorganisasjoner i pleie- og omsorgssektoren i Trondheim kommune. Den ene er en sone i de hjemmebaserte tjenestene og det andre er et bo- og servicesenter. Utvalget av disse arbeidsorganisasjonene var begrunnet i at de kunne sies å representere det en kan kalle "moderne løsninger" i pleie- og omsorgssektoren. I tillegg til utvalget fra yrkesgruppene er det gjennomført intervju med ledelsen i de to arbeidsorganisasjonene samt ledelsen i distriktet der de to casene var lokaliserte.

### Omorganisering som effektivisering gjennom avbyråkratisering

Omorganiseringen i pleie- og omsorgssektoren i Trondheim kommune har fremstått som en prosess som har tatt sikte på å gjøre sektoren mer effektiv. Som et ledd i dette arbeidet har det vært viktig for myndighetene i kommunen å forsøke å gjøre organiseringen av tjenestene mindre byråkratiske og mer fleksible. Et viktig virkemiddel for å oppnå dette har vært å desentralisere beslutningsansvaret i organisasjonene. Prinsippet for desentraliseringen har vært at avgjørelser skal tas nærmest mulig den avgjørelsen gjelder, i dette tilfellet brukeren. Konsekvensen av desentraliseringen har derfor vært at pleiearbeiderne i større grad enn før, har fått ansvar for å ta beslutninger om hvilken og hvor mye hjelp den enkelte bruker skal få.

Å desentralisere kan forstås som en prosess som tar sikte på å avbyråkratisere sektoren. Som et ledd i denne desentraliseringen har kommunens myndigheter også endret den kommunale organisasjonen som er bygget opp rundt tjenestene. Hensikten har vært å gjøre organisasjonen mindre byråkratisk og "flatere" gjennom å fjerne administrative lederstillinger og politiske styringsorgan på mellomnivå, for på denne måten å gjøre veien fra toppledelse og ned til tjenesteutøvernes organisasjonsnivå kortere. Omstilling, desentralisering og reduksjon av hierarkier har vært en tung trend i 1990-årenes organisasjoner (Kanter 1989, Clegg 1990, Acker 1992). Norske kommuner er i denne sammenheng ikke noe unntak: omstillingsprosessene i kommunesektoren har i hovedsak hatt som mål å avbyråkratisere og effektivisere.

Det har vært et sentralt mål at de ansatte skal få økt ansvar for å ta beslutninger som vedrører brukerne av tjenestene. Tanken bak dette

har vært at det er de ansatte som har best innsikt og kunnskap om brukerne og dermed også de beste forutsetningene for å ta beslutninger som angår behov for hjelp og behandling.

### Omorganisering som en kjønnnet prosess - konsekvenser for ansvar og innflytelse

Tidligere hadde hver institusjon og sone i sektoren sin egen avdelingsleder som hadde ansvar for kvaliteten på tjenestene, budsjett og personalledelse. I den nye organisasjonen fikk distriktene en leder for pleie- og omsorgstjenestene med ansvar for *alle* omsorgstjenestene. Denne lederen rapporterer direkte til direktøren for helse og omsorg som er opprettet som et nytt nivå. Under ledelsen på distriktsnivået opprettet en nye stillinger som fikk benevnelsen "enhetsleder". Distriktet ble geografisk delt opp i enheter der flere institusjoner og soner i omsorgstjenestene inngikk, hver enhet fikk sin leder. Enhetslederen overtok hovedansvaret for personal og budsjett, mens avdelingslederstillingene ble omgjort til såkalte koordinatorstillinger. Konsekvensen for lederstillingene på sone- og institusjonsnivå ble en degradering. Degraderingen innebar at de nye koordinatorstillingene ga lederene dårligere lønn og mindre formell myndighet (Bungum 1994). Prosessen kan også betegnes som en feminisering av lederstillinger (Kvande & Rasmussen 1995).

Til tross for at omstillingen fremstår som en desentraliseringsprosess har konsekvensen blitt en sentralisering av makt i organisasjonen (Kvande & Rasmussen 1995).

Kvande & Rasmussen (1995) argumenterer for at sentraliseringen av makt må forstås som en kjønnnet prosess. Organisasjonsendringene i ledelsesnivåene medførte endring i kjønnssammensetningen i de konkrete lederstillingene. Mens den gamle organisasjonen var dominert av kvinnelige sykepleiere i avdelingslederstillinger, ble de nye lederstillingene fylt opp av menn. Gjennom å skille ledelsen fra det daglige arbeidet i tjenestene, finner Kvande & Rasmussen at en har skapt nye karriereveier for mannlige sykepleiere som ønsker seg bort fra det daglige omsorgsarbeidet.

Samtidig medførte sentraliseringen en konsentrasjon på toppen av organisasjonshierarkiet som la til rette for en maskulin ledelseskultur dominert av diskusjoner om effektivitet og rasjonalisering.

Resultatene fra studien av omstillingsprosessen i Trondheim kommune viser at det har foregått en sentralisering av makt i organisasjonen samtidig som ansvaret for å ta beslutninger er blitt delegert nedover i organisasjonen. Ansvaret for å ta beslutninger om hvem som skal få tjenester er ikke lagt til institusjonene og sonene. Dette er de vanskelige beslutningene som handler om å møte brukere og pårørende ansikt til ansikt, svært ofte med et avslag på spørsmål om mer hjelp. Rammebetingelsene som legger premissene for disse beslutningene har personalet og lederne på sone- og institusjonsnivå liten, eller ingen innflytelse på. Reell makt til å styre rammebetingelsene er sentralisert oppover i organisasjonen.

### Omsorgsarbeidets lave status

Arbeid verdsettes ulikt i samfunnet vårt. Eksempelvis er belønninger som lønn, anseelse, utviklingsmuligheter og innflytelse lavere for omsorgsarbeid enn for ulike typer teknisk arbeid. Kjønnsperspektivet kan gi økt innsikt i og forståelse for hvorfor omsorgsarbeid har lav status. Betydningen av kjønn kan da knyttes til arbeidsoppgavene i omsorgsarbeidet (Bungum 1994). Arbeidsoppgaver som husarbeid eller rengjøring samt stell og pleie av syke mennesker, forbindes med det arbeidet som kvinner tradisjonelt har utført ulønnet i samfunnet vårt.

Verdsetting av arbeid kan forklares gjennom hvilke kvalifikasjoner som kreves for å utføre arbeidet. Forståelsen av hva som er kvalifikasjoner kan knyttes til selve innholdet i arbeidet og ikke bare til utdanning og arbeidsmarked. Det er mulig å skille mellom "synlige" og "usynlige" kvalifikasjoner (Lie og Rasmussen 1983). Kvalifikasjoner som kreves for å utføre omsorgsarbeid kan betegnes som "usynlige" fordi de forstås som kvinnelige egenskaper og ikke som yrkeskvalifikasjoner som skal læres og belønnes. Kvalifikasjoner og kunnskap som blir synlig i pleieyrkene kan knyttes til den teoretiske kunnskapen om medisin og behandling, mens den praktiske kunnskapen om pleie og omsorg blir gjort usynlig. Den teoretiske kunnskapen kan forbindes med det mannlige, mens den praktiske kunnskapen knyttes til det kvinnelige. Det kvinnelige blir gjort usynlig og dermed underordnet det mannlige (Josefson 1988).

En annen måte å forstå omsorgsarbeidets lave status på er å forklare det gjennom den kropps nærheten som dette arbeidet krever. Det finnes en tydelig kobling mellom graden av kropps nærhet i et arbeid, og arbeidets sosiale verdi hevder Lise Widding Isaksen i artikkelen *Kropps nærheten forklarer omsorgsarbeidets lave status* (1992). Dersom en studerer profesjonene i helsevesenet i et kroppskulturelt perspektiv, mener Isaksen at profesjonaliseringen og vitenskapliggjøringen av innholdet i pleieyrkene kan forstås som en "rengjøringsprosess" der yrkesgruppene vil kvitte seg med assosiasjonene til "kroppsskitt". Det kroppskulturelle perspektivet som Isaksen presenterer legger vekt på at husarbeidets og omsorgsarbeidets lave status ikke bare kan forklares ut fra at det for en stor del utføres ulønnet og at det er politisk og økonomisk usynlig. Den lave statusen må også forklares ut fra kropps nærheten i dette arbeidet og nærheten til avfall og skitt. Gjennom det kroppskulturelle perspektivet får kjønn betydning gjennom at det kvinnelige knyttes til naturen og det urene, mens det mannlige forbindes med kultur og det rene (Isaksen 1992).

### Pleiearbeid og husarbeid

I de hjembaserte tjenestene i pleie- og omsorgssektoren er det mulig å skille mellom to hovedtyper arbeid som retter seg direkte mot brukeren: *pleiearbeid* og *husarbeid*.

Pleiearbeidet innebærer å hjelpe brukeren med personlig stell som kroppsvask, hårvask, tannpuss, påkledning osv. Pleiearbeidet går også ut på å gi assistanse og hjelp ved måltid samt medikamentering og dosering av medisin. I tillegg vil pleiearbeidet være å utføre oppgaver som senge- og bleieskift, gi klyster, innsetting og skifting av kateter o.l. "Å gi pleie" kan også være mindre konkrete oppgaver som handler om å gi sosial omsorg til mennesker som trenger dette. Pleieoppgaver som innebærer medisinsk behandling er i hovedsak forbeholdt offentlig godkjente sykepleiere, dette gjelder bl.a. medikamentering. Pleie av svært syke mennesker med behov for medisinsk behandling, utføres helst av sykepleiere eller offentlig godkjente hjelpepleiere.

Husarbeidsoppgavene er knyttet til det å stelle å gjøre rent for brukerne i hjemmene deres når de ikke er i stand til dette selv. Husarbeidet er først og fremst et trivselskapende arbeid, der en ivaretar "det å bo" for brukerne ved å fjerne støv og skitt rundt dem.

På samme måte som med pleiearbeidet vil en også gjennom husarbeidet kunne møte brukerens behov for sosial kontakt, gjennom eksempelvis å ha tid til å prate med brukeren under hjemmebesøket. Husarbeidet kan også være trivselskapende gjennom det å skape en hyggelig stemning rundt brukeren, som f.eks. å lage noe godt til kaffen eller legge på en ny duk og tenne et lys på bordet.

Tradisjonelt har pleieoppgavene i de hjemmebaserte tjenestene vært forbeholdt de faglærte yrkesgruppene som hjelpepleiere og sykepleiere. Husarbeidet har i all hovedsak vært utført av hjemmehjelperne. Det er mulig å identifisere et ganske klart statushierarki av yrkesgruppene i pleiesektoren da dette hierarkiet er sterkt knyttet til hvilke arbeidsoppgaver de ulike yrkesgruppene har hovedansvar for. Pleiearbeidet tillegges høyere status enn husarbeidet (Bungum 1994). Følgende utsagn fra en sykepleier i et av intervjuene illustrerer ganske godt akkurat dette:

"Da jeg begynte som ufaglært med å ta ekstravakter, da hadde jeg jo rengjøring. Så jeg bruker å si at jeg har vaska meg opp til senga."  
(Sykepleier)

### Ny oppgavefordeling og forsøk på avhierarkisering

Ved siden av å desentralisere har omorganiseringen også endret selve organiseringen og fordelingen av arbeidsoppgavene til de ansatte. Disse endringene har rokert ved det tradisjonelle yrkes- og oppgavehierarkiet i pleiesektoren.

Hjemmehjelperne, som tidligere stort sett utførte husarbeid hjemme hos brukerne, har etter omorganiseringen fått utvidet sitt arbeidsområde til også å gjelde stell og pleie.

Kombinert med denne utvidelsen av arbeidsområdet har hjemmehjelperne fått tilbud fra Trondheim kommune om lønnet permisjon for å ta en ettårig utdanning, den såkalte "hjemmehjelpskolen". Utdanningen er ikke offentlig godkjent slik hjelpepleierutdannelsen er og gir derfor ingen uttelling rent lønnsmessig. Tilbudet er likevel tenkt som en generell oppgradering av hjemmehjelpsyrket som sådan, ved siden av at det skal kvalifisere for de nye oppgavene innen stell og pleie.

Hjemmehjelpstjenesten som tidligere var organisert som en egen tjeneste, ble nå integrert i den tidligere hjemmesykepleien i de

forskjellige sonene i bydelene. Dette innebar en relativ stor endring i arbeidssituasjonen til hjemmehjelpene. En av dem beskrev denne situasjonen slik:

"Før så gikk vi mer ute aleine, det var ingen som støtta deg. Da hadde vi mest kontakt med kontordama, det var hun som organiserte jobbinga vår." (Hjemmehjelper)

Fra å være ensomme aktører skulle hjemmehjelpene nå bli kolleger, på samme tid var det en omveltning for det øvrige personalet som nå fikk flere kolleger å forholde seg.

### Konsekvenser for yrkesgruppenes arbeidssituasjon

*Hjemmehjelperne* opplevde endringene i arbeidssituasjonen i utgangspunktet som positive. Mer varierte arbeidsoppgaver samt integrering i den øvrige hjemmesykepleien, ga dem en annen og mer utfordrende arbeidssituasjon. Samtidig innebar denne omstillingen at de måtte utføre stadig flere arbeidsoppgaver på kortere tid. Variasjon i arbeidet kombinert med muligheter til en mer lærerik og givende arbeidssituasjon er vanligvis tillagt svært positiv verdi i litteraturen om arbeidsmiljø og belastninger (Karasek 1979, Olberg 1990). Omstillingen for hjemmehjelperne i Trondheim kommune må imidlertid sees i sammenheng med deres arbeidssituasjon og de rammebetingelsene de arbeider under for øvrig. Selv om omstillingen har hatt positive konsekvenser for hjemmehjelperne viser det seg at de samtidig opplever at de må gjøre flere oppgaver på kortere tid enn tidligere. Hjemmehjelperne opplever en identifisering i arbeidssituasjonen fordi arbeidsoppgavene er så mange og tiden er så kort (Kvande & Rasmussen 1996). De positive effektene av variasjon og utviklingsmuligheter kan bli snudd til belastninger for den enkelte ansatte når kravene overstiger mulighetene for å fylle dem (Brandth, m.fl. 1984).

*Hjelpepleierne* opplevde hjemmehjelpernes inntog i pleiarbeidet som truende. Det var uklart hvorvidt arbeidsgiver oppfattet hjemmehjelperne som like kvalifiserte som hjelpepleierne. I omstillingsprosessen ble hjelpepleierne derfor opptatt av å synliggjøre sine kvalifikasjoner. Grensene mellom hva en hjemmehjelper kunne gjøre i forhold til en hjelpepleier var flytende. Hjelpepleierne ga klart uttrykk for at de oppfattet integreringen av hjemmehjelperne og



hjemmehjelpskolen som et forsøk på å profesjonalisere denne yrkesgruppen. Samtidig opplevde de dette som et signal om at deres kvalifikasjoner ikke var knyttet til yrkesutdanning som hjelpepleiere. Når faglige kvalifikasjoner blir forstått som kvinnelige egenskaper, blir det likegyldig om omsorgsarbeideren er faglært eller ufaglært. På denne måten får kjønn betydning i forhold til hva som blir forstått som kvalifikasjoner og hva som blir forstått som egenskaper.

*Sykepleierene* opplevde ikke hjemmehjelpenes integrering som truende for deres egen yrkesgruppe. Imidlertid ga de uttrykk for en ganske stor usikkerhet med hensyn til hvilke kvalifikasjoner de kunne forvente at hjemmehjelperne kunne ha i forhold til pleiearbeidet.

### Motstand mot generalistfunksjonen

Ved bo- og servicesenteret ble det foretatt en mer radikal endring av oppgavefordelingen mellom yrkesgruppene enn i sonene. Ideen var å skape en "flate" og mer demokratisk organisasjon der alle yrkesgruppene var mer likestilte enn hva som er tilfelle på en tradisjonell institusjon. Dette innebar at alle oppgaver skulle forstås som like viktige. Personalet skulle være *generalister*, dvs. at de skulle kunne utføre de fleste arbeidsoppgavene uavhengig av yrkestilhørighet. Dette innebar at sykepleiere og hjelpepleiere skulle vaske golv på lik linje med hjemmehjelperne, og hjemmehjelperne skulle delta i pleie og stell av brukerne.

Sykepleierene og hjelpepleierne var misfornøyde med generalistfunksjonen. Spesielt var motstanden stor blant de som arbeidet ved bo- og servicesenteret der den "flate strukturen" var innført. Sykepleierne følte seg overkvalifiserte for rengjøringsarbeid samtidig som de tvilte på at hjemmehjelperne var kvalifiserte nok til å delta i pleiearbeidet. Hjelpepleierne opplevde det som truende at hjemmehjelpene skulle overta pleieoppgaver som til da hadde vært deres fagområde. Det var rengjøringsoppgavene det var størst uenighet om. Ingen av yrkesgruppene ønsket å ta hovedansvaret for disse oppgavene. En gjeninnføring av den tradisjonelle modellen for fordeling av oppgaver ville bety at det var hjemmehjelperne som skulle ha hovedansvaret for rengjøringen. Hjemmehjelperne på sin side ønsket ikke å ha dette hovedansvaret når de samtidig skulle delta i pleie og stell.

Spørsmålet som kan stilles i forhold til denne situasjonen er hvorfor det oppsto så stor motstand mot husarbeids- eller rengjøringsoppgavene. Synlighetsperspektivet og det kroppskulturelle perspektivet kan bidra til å forklare hvorfor husarbeidet har så lav status i forhold til pleiearbeidet. Kvalifikasjoner som behøves for å utføre en del av pleiearbeidet kan knyttes til den teoretiske sykepleiekunnskapen og blir dermed mer synlig enn de kvalifikasjonene som behøves for å utføre husarbeidet. Disse kvalifikasjonene blir gjort usynlig og heller forstått som egenskaper som kvinner generelt har. Husarbeid er en type arbeid som gjerne er totalt usynlig for andre enn den som utfører det. Når det er usynlig blir det også lettere undervurdert og mindre verdsett.

Pleiearbeidet utføres i en annen sosial kontekst enn husarbeidet. Pleie forbindes med den hvitkledde og profesjonelle ved sykesengen, husarbeid til det ulønnende og nedvurderte arbeidet som kvinner gjør i hjemmene. Husarbeid er først og fremst knyttet til det å ta bort andre menneskers avfall og skitt. Det kroppskulturelle perspektivet legger vekt på at et arbeids nærhet til det vi definerer som avfall og skitt også bestemmer den statusen dette arbeidet får.

Rokkeringen av det tradisjonelle yrkes- og oppgavehierarkiet førte til spenning og usikkerhet i organisasjonen. Yrkesgruppene valgte "profesjonsstrategien" for å møte denne situasjonen. Sykepleierene søkte å fremheve sine kvalifikasjoner som kunne knyttes til deres høyskoleutdanning. Rengjøring ble ikke forstått som en arbeidsoppgave som krevde kvalifikasjoner. Derimot fremstår rengjøring som en type arbeid som alle kvinner kan ha, nærmest i egenskap av at de er kvinner. Rengjøringsoppgavene ble en trussel for sykepleierene og hjelpepleierne fordi dette er en oppgave som disse yrkesgruppene ikke ønsker å profilere seg i forhold til. Selv om samtlige yrkesgrupper er enig i at rengjøring er viktig for brukerne blir dette underordnet i forhandlingene om fordelingen av arbeidet.

Den flate strukturen førte til usikkerhet og spenning i organisasjonen. Ledelsen så det derfor som nødvendig å gå inn å styre oppgaveorganiseringen. Ledelsen bestemte at hjemmehjelperne skulle ha hovedansvaret for rengjøringsoppgavene. Det som skjedde i denne prosessen kan betegnes som en "rehierarkisering". Yrkesgruppene

forlot den flate strukturen til fordel for en mer tradisjonell hierarkisk modell.

Kjønn får betydning i denne prosessen fordi rengjøring og det trivselskapende arbeidet knyttes til det kvinnelige gjennom usynliggjøring av kvalifikasjoner, nærhet til avfall og skitt og til det ulønnede og nedvurderte arbeidet som kvinner gjør ulønnet. Nedvurdering av det kvinnelige har lang tradisjon. Forhandlingsprosessen om den nye oppgaveorganiseringen viste at arbeidsoppgaver som knyttes til det kvinnelige tendensielt tillegges lav status (Bungum 1994).

### Oppsummering

Genusperspektivet tydeliggjør hvordan en "kjønnet" forståelse av omsorgsarbeid eller tjenesteyting kan avdekke sider ved arbeidet som ikke er tilgjengelig for forklaringer. "Sug etter påfyll, veiledning, anerkjennelse", søking etter grensesetting og muligheter til å fokusere på de implisitte kravene i arbeidskontrakten blir eksempler på fenomener som slik settes inn i en tilknytningsramme, og dermed kan man også finne veier til å gjøre tiltak i forhold til sider ved arbeidet som utløser mekanismer som påvirker helse og velbefinnende blant ansatte i pleie- og omsorgsarbeid.

Andre, mer lett synlige sider ved arbeidskontrakten som f.eks. lønnsforholdene og tilgangen på opplæring og utviklingstiltak, kan også analyseres med utgangspunkt i genusperspektivet.

Vi skal i det følgende se nærmere på noen arbeider som gir et inntak til å forstå pleie- og omsorgssektoren i et helhetlig perspektiv.

### 3.3 Forholdet mellom formell og uformell omsorg

Hvordan står de tilbud velferdsstaten gir i forhold til det uformelle arbeidet som pårørende og familie utfører? Her finner vi et omfattende nytt arbeid som er presentert av *sosiologen* Susan Lingsom i boken *The Substitution Issue - Care policies and their consequences for family care*. (NOVA-Rapport 6/97.)

#### *Hensikten med rapporten og sentrale spørsmål*

Forholdet mellom uformell og formell omsorg er et sentralt tema innen omsorgsforskning i de fleste industrielle land. Denne studien

utforsker "grensesnittet" mellom familieomsorg og offentlig omsorg for eldre og pleietrengende personer i Norge. Hensikten med studien er å øke forståelsen for hvordan omsorgspolitik, i form av omfang, fordeling og innhold i tjenestene, påvirker familieomsorg og familietjenester. Det sentrale spørsmålet er hvorvidt grensene mellom familiens og velferdsstatens ansvar har endret seg over tid. Har for eksempel utviklingen av offentlige tjenester ført til en reduksjon i familieomsorg og har nedskjæring ført til en økning? Har generelle helsetjenester supplert familieomsorg? Det er dette som kalles "erstatningsspørsmålet" (substitusjonsspørsmålet).

Det meste av omsorgsforskningen konkluderer med at den formelle og uformelle omsorgen er komplementær, de supplerer hverandre heller enn at den ene er en erstatning for den andre. De fleste undersøkelser konkluderer også med at det er behov for flere og bedre tjenester for å supplere familieomsorg. Det er imidlertid et behov for mer teoretisk arbeid rundt begrepet om erstatning. Forholdet mellom familier og omsorgspolitik er interaktivt. Familier påvirkes ikke bare av politikken, de er også selv med på å påvirke den politiske utformingen.

Den empiriske analysen bygger på statistikk fra Statistisk Sentralbyrå. Dataene dekker tre tiår med utvikling av velferdsstaten fra midten av 1960 til midten 1990-tallet. I de siste få tiår har vi sett en utvikling mot en stor og differensiert offentlig sektor i Norge for å møte omsorgsbehovene til pleietrengende og eldre mennesker. Det som er nytt i tillegg til omfanget, er ambisjonen om å yte en allmen tjeneste. Offentlig ansvar er ikke begrenset til spesielle grupper uten familieressurser, men skal i prinsippet gjelde for alle. I løpet av denne perioden har det også skjedd mye med befolkningssammensetningen. Vi har fått en kraftig økning av eldre. Samtidig har det skjedd en vesentlig endring i husholdningsstrukturen; flere eldre bor alene. Arbeidsmarkedsdeltakelsen for kvinner har også økt kraftig.

Det eksisterer konkurrerende teorier om hvordan politikk påvirker familieomsorg og en skiller mellom to hovedparadigmer. Det ene legger vekt på arbeidsdeling. Her fokuseres det på organiseringen av omsorgsyntelser. Paradigmet som legger vekt på arbeidsdeling er opptatt av hvordan ansvar for omsorgsyntelser er delt mellom ulike sosiale institusjoner og ulike aktører. Arbeidsaspektet ved omsorgs-

ytelser står sentralt. Det er flere konkurrerende teorier om effekten av politikk som alle vektlegger fokus på organisering av omsorgsytelser. Et hovedskille kan trekkes mellom teorier hvor hovedargumentet er a) at jo mer ytelser fra det offentlige, jo mindre fra familien og b) at offentlige tjenester supplerer heller enn overtar ytelser fra familien. Det andre paradigmet legger vekt på konstruksjon av behov. Her er en opptatt av hvordan behov defineres og legitimeres. Paradigmet legger vekt på at konstruksjon av behov er sosialt definerte og subjektive.

Lingsoms bok er empirisk basert og bygger på omfattende datakilder.

Diskusjonen av hvilke måter og med hvilke midler omsorgspolitikken påvirker familier er et sentralt utgangspunkt. De politiske hoveddimensjonene presenteres og diskuteres: Her reiser forfatteren en rekke tema *i) service typer og sammensetning ii) omfang og fordeling, iii) kvalitet og ideologi, iv) rettigheter og forpliktelser, v) egenandeler, vi) politikk for sammenknytning og vii) den offentlige debatt.* Det hevdes at omsorgspolitikken påvirker familieomsorg på mange forskjellige og høyst indirekte måter.

Det handler om og har handlet om forskjellige typer politikk. Det legges vekt på utviklingen av hjembaserte offentlige tjenester og interaksjonen mellom tjenesteytere og familien. Hjemmetjenester har vært den viktigste nyvinningen i den perioden data er hentet fra og er det mest fremtredende aspektet ved det norske omsorgssystemet sammenlignet med land utenfor Skandinavia. Hjemmehjelp er den offentlige tjenesten som er mest utbredt. Det er også den tjenesten som klart overlapper med familieansvar.

#### *Nivå og omfang av hjemmetjenester*

Vår nyere historie beskrives gjennom en analyse av endringer i tjenesteomfang og tjenestefordeling. Hjemmetjenester synes å være sentralt for effektiviteten av det totale omsorgssystemet og nøkkelen til det langsiktige målet om å gjøre pleietrengende og eldre personer i stand til å bo i egne hjem. Dermed blir innholdet i hjemmetjenesten avgjørende.

Fra den spede begynnelsen på midten av 1960-tallet til i dag har hjemmetjenestene kontinuerlig gått gjennom organisasjonsendringer. Endringene har både påvirket de tjenestene som leveres og familieomsorgen. Lingsom fokuserer på tre hovedendringer i innholdet i

tjenestene: økt profesjonalisering, desentralisering og integrerte team og brukernes betaling for tjenestene.

Hovedutviklingen i omsorg innenfor institusjoner de siste tiår har også vært preget av ekspansjon og likeledes har det foregått en endring av innholdet i omsorgstjenestene. Omsorgen for eldre har blitt mer profesjonalisert og medisinsk orientert. Omsorg i institusjoner og hjembasert omsorg har i stor grad fulgt de samme sporene. Utviklingen av hjemmebaserte tjenester synes å ha ført til at personer med moderat uførhet kan unngå institusjonalisering.

### Særskilte kjennetegn

#### *Kortvarige tjenester*

"Respite services" dreier seg om tjenester som er midlertidige, som har en tidsbegrensning og som kan betraktes som en form for avlastning. Hensikten med denne tjenesten er å gi omsorgspersonen mulighet til å hvile, ta ferie eller få tid til å delta i sosiale aktiviteter. Denne formen for omsorgstjeneste er relativt ny og det finnes lite tilgjengelige data om den, særlig fra de første av årene denne studien dreier seg om. Det er foreløpig også vanskelig å si noe om langtidsvirkningene av denne tjenesten.

#### *Betalingsformer*

Familieomsorg er som oftest synonymt med ulønnet omsorg. Lingsom tar opp diskusjonen om støtte til omsorgsgiver. Det fokuseres på økonomisk hjelp for familieomsorg, betaling diskuteres som et alternativ eller supplement til offentlige tjenester. Det finnes en rekke støtteordninger i Norge. Det er imidlertid foretatt lite forskning omkring slike tiltak og virkningen de har på familieomsorg. Betaling for omsorg representerer en annen type politikk. Hovedhensikten er å redusere de økonomiske belastningene ved omsorgsyttelser. Det hevdes ofte at betalt omsorg ligger i en gråsoner mellom privat og offentlig sektor: betalt familieomsorg endrer "grensen" mellom familien og velferdsstaten. Når offentlig støtte gis i form av betaling heller en tjenester, blir den direkte kontakten med profesjonelle omsorgsytere borte. Familien kan bli sittende igjen med økonomisk støtte, men lite annet i forhold til de omsorgsbehovene de står overfor.

I løpet av de siste tretti år har det også skjedd endringer i den familiebaserte omsorgen. Det kan foretas et skille mellom to organisasjons-

modeller: Familieomsorg kan gis av få mennesker, men med høy intensitet, eller av mange mennesker, men i mindre omfang. Den første representerer den isolerte og ofte overarbeidede omsorgsgiveren, den andre med delt omsorg og mindre belastning på den enkelte.

#### *Voksne barns omsorg for sine gamle foreldre*

Så lenge foreldre blir boende i egne hjem synes offentlig hjelp å være et supplement og en støtte til barnas omsorg. Institusjonalisering reduserer barnas praktiske hjelp og hyppigheten i kontakten med foreldrene. Men erstatningseffekten er mindre enn antatt. Voksne barn fortsetter å hjelpe foreldre etter institusjonalisering.

#### Oppsummering

Det finnes mye litteratur om formell og uformell hjelp, men lite om hva som skjer med familieomsorg når tjenester er tilgjengelige som et alternativ og hva som skjer når omsorgsansvar deles mellom familien og velferdsstaten. Spørsmålet om erstatning er komplekst.

Offentlige tjenester kan erstatte mangel på familieressurser og bli et sikkerhetsnett når familien er uskikket eller ikke er i stand til å yte den nødvendige omsorg. Dette stiller imidlertid spørsmål om hvordan familieressurser blir definert og under hvilke forhold de bedømmes som tilfredsstillende.

Familier har ulike valg når det gjelder omsorg. De kan yte omsorg uten offentlig støtte, de kan samarbeide med det offentlige om omsorg eller de kan overlate omsorgen til det offentlige.

Teori om erstatning har som postulat at desto mer av tjenester som tilbys fra det offentlige og jo mer attraktive tjenestene er i kvalitet og kostnader, jo mindre omsorg vil bli gitt av familien. Jo mindre attraktive, mindre tilgjengelige og mer kostbare offentlige tjenester er, desto mer omsorg vil bli gitt av familien.

Den empiriske analysen av forholdet mellom familie og velferdsstat har gitt en blanding av resultater. Noe støtter teorien om erstatning, noe er ikke i overensstemmelse med den. De empiriske funnene som er konsistente med teorien kan summeres i tre punkter:

1. Offentlig hjelp dominerer

2. Familiens ansvar er begrenset
3. Liten byrde for omsorgsgiver

Generelt kan det konkluderes at omfanget av familieomsorg har vært svært stabilt over tid. Familieomsorg synes å være mer robust og mer uavhengig av omsorgspolitikken enn det man som regel antar. Fremtidig forskning bør fokusere på familiens uavhengighet og på den gjensidige avhengigheten mellom familie og offentlig omsorg.

### 3.4 Sosiale og økonomiske kostnader

Den internasjonale debatten om sosiale og økonomiske kostnader ved en stadig aldrende befolkning er igang i de europeiske samfunn. I et mer vidtrekkende europeisk perspektiv har Ann V. Salvage presentert boken *"Who will care?" Future prospects for family care of older people in the European Union*. (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.) Mange av perspektivene og de politiske forslagene om omsorg for eldre er fylt med villedende og ubalanserte argumenter, etter Salvages oppfatning. Denne rapporten setter omsorgsdebatten inn i et rammeverk av nyere forskning og analyser foretatt i Den Europeiske Union. Trender og utviklingstendenser dokumenteres og vurderes. Det skisseres forskjellige valgmuligheter for fremtiden.

Med utgangspunkt i det økende behovet for familiers fremtidige tilgjengelighet og villighet til å ta omsorg for eldre familiedlemmer, har denne rapporten til hensikt å være et innlegg i debatten som reiser spørsmålet om hvem som skal gi omsorg til eldre i fremtiden.

Rapporten til Salvage har et oversiktlig og informativt sammendrag. Salvage betegner økningen blant de eldre som det mest betydelige demografiske kjennetegnet ved EU-landene. Ventelig vil fremtidig omsorg for eldre være et viktig tema for alle EU-landene og inngå sentralt i debatten om familieansvar, familieverdier og familiepolitikk.

#### *Innflytelse på fremtidens behov for omsorg*

Hva som påvirker fremtidig etterspørsel etter omsorg er i følge Salvage faktorene: demografiske faktorer, uførhet og helse, eldre menneskers preferanser for omsorg, deres inntekt og politisk makt.



Antall eldre vil fortsette å øke. Selv om de eldres fysiske helse er vanskelig å forutsi, vil utbredelsen av demens sannsynligvis øke. Dette har betydning for omsorgsytelser. De eldres levestandard synes generelt å øke, men polariseringen mellom de uten yrkespensjon eller privatpensjon synes å opprettholde forskjeller i valg av omsorgsmåte. De eldre kommer til å representere en økende andel av de europeiske velgerne. Det er sannsynlig at de eldre i fremtiden vil bli mer "høyrøstet" i forhold til å uttrykke ønsker om omsorgsytelser.

#### *Innflytelse på fremtidens tilbud av omsorgsytelser*

Nivået av tilgjengelig omsorg fra familier i Europa vil i fremtiden avhenge ikke bare av familienes *evne* til å yte omsorg (som vil påvirkes av andelen kvinnelig arbeidstakere, skilsmissestatistikk, omsorgsyteres helse, tjenester og økonomisk støtte og omsorgsbehov for barn), men også av *ønsket* om å yte omsorg. Tilgang til alternative omsorgskilder og offentlig politikk og ideologi vil også spille en rolle.

Det finnes ikke noe bevis for at familien ikke lenger er villig til å yte omsorg for aldrende familiemedlemmer. Men en økning i antall skilsmisser og en økning av kvinnelige arbeidstakere kan redusere tilgjengeligheten av familieforsørgere.

#### Konklusjoner og fremtidsmuligheter

Blant fremtidens aldrende befolkning synes de eldre kvinnene å være i fare for å bli oversett. Mange av dem vil sannsynligvis bli enker, være avhengige av hjelp og bo alene med lave inntekter. En annen risikogruppe er de som ikke har private eller yrkespensjoner og som ikke er i stand til å skaffe den omsorgen de trenger. De må stole på en overbelastet velferdsstat eller på egne familier for å få omsorg. Mulighetene for en stor økning av formell omsorgsytelse synes å være lave. Hvis faktorene som påvirker etterspørselen etter omsorg når maksimale høyder kombineres med faktorene som fører til reduksjon av omsorgstjenester, vil vi om 20 års tid oppleve en "krise" i forhold til omsorg som Europa aldri har sett maken til.

Salvage mener at det er et skrikende behov for regjeringer i medlemslandene å vurdere hvor mye de satser på uformell omsorg og vurdere mulige "valg" når det gjelder hvordan man skal tilnærme seg fremtidig omsorg for eldre:

a) Redusere etterspørselen for omsorg.

Med denne strategien forsøkes det å redusere etterspørselen etter omsorg ved å fokusere på forbedring av eldres helse og uavhengighet.

b) Stimulere tilbudet: støtte omsorgsytere.

Denne tilnærmingen fokuserer på å gjøre det enklere for familier å gi omsorg for eldre familiemedlemmer og vurdere deres behov samtidig med behovene til den pleietrengende.

c) Alternative tilnærminger til omsorg i nærsamfunnet.

Dette innebærer at man tenker utover de eksisterende strukturene og henimot andre måter å møte omsorgsbehov på.

d) Et nytt ansikt på institusjonsomsorgen?

Antipatien overfor institusjonsomsorg er basert på oppfatninger om spesielle former for institusjonsomsorg. Utviklingen av alternative former kan føre til en endring i oppfatningen av slike former for omsorg.

Denne rapporten gir nye impulser og nytt fokus til debatten om familie-omsorg for eldre i EU. Den vil være av interesse for politikere, arbeidstakere innen omsorgssektoren, private omsorgsytere, forskere og eldre'.

EU-landene beveger seg mot en "velferds-mix" av tilbydere og omsorgsmuligheter/former. Det er viktig å styrke debatten ved å bevege seg fra en enten/eller tilnærming mot en balanse i og vurdering av livskvalitet for både eldre og omsorgsytere.

Som det er fremhevet av Lingsom og som det også implisitt fremgår av Salvages analyse er noe av det særegne ved norsk og nordisk velferdspolitikkk rettet mot eldre og andre pleie- og omsorgstrengende nettopp det at man har en bredt utbygget hjemmetjeneste.

## 4

## Arbeidsmiljø og utviklingsarbeid i hjemmetjeneste og sykehjem

Det er gjort en rekke studier av arbeidsmiljøet såvel i hjemmetjenesten som i alders- og sykehjem. Vi skal her se nærmere på noen av disse studiene. Denne delen er deskriptiv. Vi tar først for oss norske studier og ser senere på svensk materiale.

I Norge har man utført studier av ulike sider ved aldersinstitusjoner ved Norsk Gerontologisk Institutt (nå en del av NOVA) og vi skal gjennomgå enkelte av disse studiene.

Videre har Arbeidsforskningsinstituttet i en rekke undersøkelser belyst hjemmehjelpsyrket og dets utvikling. I ulike forskningsmiljøer ved Universitet i Bergen har en også utført en rekke studier som bidrar til feltet (Skogstad, Einarsen, Hellesøy m.fl.). Vi skal her se nærmere på bidragene fra Svendsen og Eldring 1992, Eldring 1993, Sørensen, Svendsen og Eldring 1992, Sørensen 1995, Sørensen, Norheim Larsen og Paulssen 1996, Sørensen 1996-97 og Norheim Larsen 1997. Også ved SINTEF IFIM, har hjemmetjenesten vært gjenstand for omfattende studier. Nye studier er lagt frem av Kvande og Rasmussen (1997).

#### 4.1 Utviklingen i hjemmetjenesten

Vi skal nå se på bidrag fra en av de sentrale svenske forskerne som har belyst den svenske utviklingen med hensyn til hjemmebaserte tjenester. Den boken vi skal ta fram gir et meget interessant bilde av en utvikling som også har noen paralleller til utviklingen i Norge, og i alle fall har hatt en viss innvirkning på utviklingen her hjemme.

Rita Goughs bok *Hemhjälp till gamla* (1987) er blitt litt av en klassiker. Når ordet "hjemmehjelp" er benyttet her refererer det til

hjelp hjemme, eller de som yter slik hjelp hjemme hos hjelpetrequende. Det er ikke knyttet spesifikt til den gruppen av yrkesutøvere vi kaller hjemmehjelpere.

#### *Bakgrunn for studien*

Hjemmetjenesten er en virksomhet som fortsatt søker sin form. Den parallelle utviklingen av hjemmehjelp og hjelp via institusjon på 1960 og 70-tallet, førte til at flere ulike forandringer ble iverksatt samtidig. Hjemmetjenestens oppgaver er sammensatte og under stadig endring. Dette henger bl.a sammen med nye samfunnsbehov som følger av demografiske endringer, og endringer i familieliv og livsformer.

Økt sysselsetting blant kvinner, flere husholdninger med bare én voksen, urbanisering, osv., er ytre faktorer som gjør at kravene til kommunen øker om å tilby service, omsorg og andre tjenester til gamle og andre som ikke klarer seg på egenhånd. Oppfatningen om at det er familien som skal ta ansvar for de gamle er heller ikke lenger like sterk. Å yte omsorg kan være tungt arbeid som omsorgsyter enten ønsker å få avlastning fra, eller kanskje slippe. Det er heller ikke gitt at de gamle oppfatter det som en fordel å pleies av sine egne.

Rapporten beskriver utviklingen av hjemmetjenesten. Det fokuseres også på ulike problemer som har kommet frem underveis i den perioden man har søkt etter mål og arbeidsorganisatoriske former for denne tjenesten. Sentralt er myndighetenes strategier for eldreomsorgens endring og utvikling. Det snakkes om fremtidsmål, men det er ikke foretatt nærmere analyser av metoder, ressurser eller behov. Utgangspunktet for studien har vært to middelstore svenske kommuner: Örebro og Norrköping.

#### *Hensikten med rapporten er*

- å dokumentere hva som har skjedd og hva de pågående forandringene innebærer,
- å analysere tendenser i hjemmehjelparbeidets utvikling og diskutere de problemene omsorgsytere møter i sitt arbeid, og
- å konkretisere relasjonen mellom mål, faktisk utvikling og de problem omsorgsarbeidere opplever i sitt daglige arbeid.

Rapporten handler om offentlig omsorg. Det har likevel vært vanskelig å unngå å reflektere over hvordan omsorg forandrer innholdet avhengig av om den utføres som åpen omsorg, eller i institusjoner. Det er også interessant å se hvordan den uformelle omsorgen spiller en rolle i de sosialpolitiske resonneringer når det gjelder omsorgsideologi.

#### *De siste års forandringer i eldreomsorgen*

"Fortellinger" fra hjemmehjelperes opplevelser av eget arbeid er en av grunnsteinene i dette arbeidet. Det kommer frem at problemene i omsorgsarbeidet bl.a. dreier seg om den store kompleksiteten slikt arbeid innebærer. Det er store forskjeller når det gjelder de hjelpe-trengendes situasjon og også når det gjelder hjemmehjelpernes situasjon. Det finnes forskjellige vilkår både når det gjelder å gi, men også når det gjelder å ta i mot omsorg. Noen av de vanlige problemene som nevnes i forhold til arbeidet er spørsmål rundt hvilke oppgaver som skal inngå som hjemmetjenester, opplevelsen av relasjonen mellom omsorgsarbeider og hjelpemottaker og hvordan man bør prioritere ulike oppgaver hos hjelpemottaker. Forholdet mellom husarbeid og personlig omsorg synes særlig problematisk for mange. Til tross for at et stort antall arbeidstimer brukes for å hjelpe de gamle i sine hjem, opplever omsorgsarbeiderne at de kan bruke mindre tid til personlig omsorg til de gamle.

*Gough bidrar med en klargjøring av forskjellen mellom begrepene "omsorg" og "service".* Begrepet "omsorgsarbeid" innebærer en motsetning ettersom omsorg mennesker imellom vanligvis forbindes med andre relasjoner enn lønnsarbeid. Omsorgsarbeid kan derfor heller ikke organiseres som et hvilket som helst annet arbeid. Organiseringen av omsorgstjenester er problematisk fordi man skal ta hensyn til et mangesidig hjelpebehov. Ansvar for planlegging, drift og samordning av offentlig omsorg er fordelt mellom myndighet og forvaltning. Utfallet av det offentlige omsorgstilbudet vil avhenge av hvordan de ulike virksomhetene er samorganisert. De organisatoriske betingelsene har betydning for omsorgsrelasjonene. Vi har utilstrekkelig kunnskap om hvordan fordelingen av konkrete arbeidsoppgaver påvirker omsorgsarbeidet, og de sosiale relasjonene de involverte har til hverandre.

Historien om eldreomsorgen kan beskrives med termer om ulike typer av eldreomsorg og deres historiske framvekst. Hjemmetjenestens fremvekst og forholdet til institusjonsomsorgen gir bakgrunn for å forstå utfordringer også slik de oppleves i dag. Historiske erfaringer påvirker virksomhetene lenge etter at ytre forutsetninger er endret. Nye retningslinjer og virksomhetsideer smelter langsomt inn i "gamle virksomheter" med egen historie. De ulike "fasene" i utbyggingen av eldreomsorgen finnes i dag som ulike former for eldreomsorg. Utbyggingen innebar en tilbygging og komplettering av tidligere tilbud med nye organisasjonsformer.

Gruppeorganisasjonens fremvekst er særlig interessant. I sammenheng med arbeidsreformene på 70-tallet ble det satt fokus på arbeidsforholdene og arbeidsvilkårene til de som arbeidet med hjemmetjenester. Deres arbeid var både fysisk og psykisk tungt, og de arbeidet uten kontakt med arbeidskollegaer og hadde lav lønn. Fra midten av 70-tallet begynte man å innføre en gruppeorganisasjon. I denne ble hjemmehjelpsassistenten arbeidsleder for 3 til 5 grupper bestående av 7-15 hjemmehjelpere. Senere ble det også gjort forsøk med mer spesialiserte tilbud tilpasset ulike brukerbehov, og forsøk hvor relasjonen til omsorgsmottakeren heller enn oppgavene ble satt i fokus.

Vi har lært mye av ulike lokale forsøksordninger og i Goughs bok refereres det til et prosjekt hvor gruppeorganisasjon ble benyttet som en metode for å samordne eldreomsorgen. Det ble bygget et servicehus ut fra en idé om å modernisere aldershjemmet som bo- og omsorgsform. Dette innebar at hjelpetrequende med ulike behov ble blandet. Organiseringen av sosial hjemmehjelp og institusjonell omsorg ble slått sammen. Man søkte nye samarbeidsformer med sykehjem, foreningsliv og med befolkningen i institusjonenes nærmiljø.

Gjennom de intervjuene som ble foretatt i forbindelse med studien viste det seg at det var vanskelig å få frem en god overensstemmelse mellom de ulike bilder av arbeidet og arbeidsorganisasjonen. Hvorfor opplevde man økt press til tross for at ressursene økte? Hvorfor ble man tvunget til å prioritere når målene var satt ut fra høyere ambisjoner for omsorgen? Statistisk materiale og utredninger benyttes til å søke svar på disse spørsmålene. Hjemmehjelpernes bruk av tid

gjør det mulig å analysere noe av dette: hvem får hjemmehjelp, hvem hjelper og hva slags type hjelp er det snakk om?

Et springende punkt er hvor mye hjelp de gamle egentlig får. Arbeid i hjem med lavt omsorgsnivå er tungt og omsorgsyterne mener at mulighetene for individuelt tilpasset hjelp er små. Effektivisering gjennom innføring av matservice og nye standarder for rengjøring har påvirket innholdet i hjelpen som gis. I hjem med høyt omsorgsnivå påvirkes innholdet i den sosiale omsorgen og den personlige omsorgen av effektiviseringene.

Gough tok også på seg å undersøke tidsbruk ut fra et arbeidsorganisatorisk perspektiv: hva består hjelpen i? Differansen mellom planlagt arbeidstid og omsorgstid er undersøkt. Det ble funnet at omsorgstiden besto av ulike typer aktiviteter: kollektiv service og den direkte "vanlige" hjemmehjelpen som ble kalt for individuell omsorg. Den individuelle omsorgens andel av ressursene varierer avhengig av hvilke kollektive servicetiltak som tilbys og hjelpemottakerens omsorgsnivå. Omsorgsadministrasjon og fravær forklarer hvorfor all den tiden som oppføres som arbeidstid ikke er hjemmehjelp. Dessuten består omsorgen av kollektiv service som er av en annen karakter enn den individuelle omsorgen.

Det stilles spørsmål om de eldre fikk mer hjelp før. Omorganiseringen av omsorgstjenesten består av en omdisponering av ressursene. Den individuelle hjelpetiden har blitt mindre. Man regnet ikke med at det skulle bli en forandring i aldersstrukturen i den utstrekning som det har vist seg. At ressursene til eldreomsorg ikke har økt innebærer ikke en generell tilbakeholdenhet, en økning kan ha skjedd på andre områder.

*Hvordan påvirkes omsorgsarbeidet av endringene i omsorgssektoren?*  
Arbeidsdelingen i hjemmetjenesteorganisasjonen skjer etter to tilsynelatende motsetningsfylte hovedlinjer. Den ene bygger på deling og spesialisering, den andre på integrasjon og avspesialisering. Orienteringen bort fra institusjonsomsorg bygger på en omsorgsideologi der nærhet, naboskap og individuell tilpasning er viktige innslag. Arbeidsdeling og spesialisering, integrering og samordning i større enheter tenderer til å skape en kollektivisering av omsorgen som ligger langt fra denne idealmodellen.

Hva er det som gjør at arbeidet "deles opp" i stedet for at det skapes helhet? Når de ansatte ikke får hjelp og støtte til å løse eller håndtere de problemer i arbeidet som skaper utbrenthet, fordeles belastningen gjennom oppdeling av arbeidet. I dette systemet er det vanskelig å få kontinuitet i omsorgsarbeidet.

### Oppsummering

Med økte kostnader i omsorgssektoren og endring i målsettingene, har kravene til de ansatte i hjemmetjenesten økt. Hjemmetjenesten har ikke, verken ressursmessig (personell) eller i form av arbeidsmetoder vært forberedt på å ta på seg dette ansvar. De omsorgspolitiske ambisjonene (avinstitusjonalisering, medbestemmelse, aktivisering, solidaritet, osv.) har i for liten utstrekning blitt konkretisert og gitt et virkelighetsnært innhold. En gjentakende årsak til frustrasjon og irritasjon er gapet mellom virkelighet og politisk retorikk.

Perioden fra den "moderne hjemmetjenestens" fremvekst til midten av 70-tallet har vært preget av en søking etter virksomhetsformer som svarer til omsorgspolitiske mål og økonomiske begrensninger. Problemene som er identifisert kan føres tilbake til vanskeligheter med å forene ulike problemer med omsorg samtidig med f.eks. kontinuitet, kyndighet, hverdagerfaringer og økonomisk effektivitet. Myndighetenes strategier for endringer og utvikling av eldreomsorgen er vesentlig ideologiske. De beskriver fremtidsmål uten analyser av ressurser, metoder eller behov.

Det som gjøres i hjemmetjenesten avhenger av hvordan de ulike virksomhetsdelene er samorganisert. De ansvarlige har utilstrekkelig kunnskap om hvordan fordelingen mellom konkrete oppgaver og utformingen av rutiner påvirker omsorgen, og de relasjoner de involverte har til hverandre. I utformingen av disse risikerer man å miste en kvalitet i omsorgen: likheten til uformell omsorg mennesker imellom.

Sosialomsorgen er en sammensmeltning av byråkratiske og profesjonelle elementer som hver for seg hviler på ulik beslutningsstruktur som kommer i konflikt med hverandre. I følge profesjonstanken er det mulig å dele opp politiske beslutninger i kunnskaps-spørsmål som det er mulig å finne riktig svar på hvis en har tilstrekkelig utdanning. På den andre siden forventes det av



arbeidsledere at de underordnede, de med mindre utdanning, gjør sin jobb. I den profesjonelle organisasjonen former beslutningstakerne kunnskapen til regelverk, retningslinjer, ulike typologier for klientenes behov og teknikker for hvordan problemene kan møtes. Forvaltningsledelsen styrer handlinger og tenkning i systemet gjennom bestemmelser og ved å etterspørre informasjon. Det som imidlertid er viktig er at organisasjonen har tilgang til den kunnskap den har behov for. Tanken om avprofesjonalisering hadde til hensikt å kvitte seg med roller, ikke kunnskapen i disse. Denne formen for å avskaffe lederskap er fortsatt aktuell.

Hjemmetjenestens oppgaver er for komplisert. Det er for mange adskilte interesser, for mange problemer i personalgruppene og for mange aktiviteter som skal samordnes. Erfaringer fra dette prosjektet er at kompleksiteten kan reduseres gjennom å skille hjelpemottakere med ulike behov og interesser. Den offentlige omsorgsorganisasjonens negative effekter, standardisering og kollektivisering kunne blitt mindre ved å dele inn klientene i "omsorgsgrupper". Dette innebærer at arbeidsorganisasjonen spesialiseres slik at arbeidet kan spesialiseres.

Altfor mange vil være med å bestemme uten at det tas hensyn til hverdagerfaringer og uten at ressursene tilpasses ambisjonene. Når det legges vekt på konkret, praktisk hjelp så ligger det ikke noe fiendtlig innstilling til eksperter eller profesjonell kunnskap i dette. Det innebærer at ulike forhold, teoretisk kunnskap og erfaringer, balanseres.

I Norge har sosiologen Kari Wærnes stått for mange av de samme synspunkter som kommer frem i Goughs arbeid.

## 4.2 Studier av arbeidsmiljøet i hjemmetjenesten

Flere norske studier har tatt utgangspunkt i den særegne situasjonen i hjemmetjenesten der den kommunalt ansatte hjemmehjelper eller hjemmesykepleier kommer inn i en annens hjem. Dette innebærer at hjelperen må tilpasse seg de verdier som ligger investert i hjemmet, samtidig som hjelperen skal utføre arbeidet så rasjonelt og tidsøkonomisk som mulig. Dette kan innebære spenninger. Utstyret og utformingen i hjemmet kan være i varierende grad hensiktsmessig

utformet, men den som skal ha hjelpen vil ikke alltid være like opptatt av eller i stand til å endre disse vilkårene. Hjemme har man lov til å innrette seg som man vil, og hjemmetjenesten ønsker heller ikke å bryte inn i den form for hjemlig tilpasning som den enkelte har. Det betyr at man f.eks. kan komme til røykfylte rom eller lite rene, overfylte og overmøblerte leiligheter.

### Eksempel 1

I rapporten *Et valg er et valg er et valg er et...* av Inger-Margrete Svendsen (1991) presenteres to prosjekter fra omsorgssektoren. Både organisering av omsorgstilbud og arbeid med organisasjonsendring står i fokus. Det ene eksempelet er hentet fra Nordland/Troms og omfatter hele pleie- og omsorgssektoren, det andre er fra en bydel i Oslo og omfatter den hjembaserte tjenesten. Begge prosjektene anvender aspekter av teori og tenkning knyttet til aksjonsforsknings-tradisjonen i en endringsprosess. Pleie- og omsorgssektoren i kommunene får stadig overført nye oppgaver, og målene for prosjektene er å skape en mer effektiv tjeneste og å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet for de ansatte.

Rapporten presenterer først to teoretiske felt. Det ene handler om ulike aspekter og karakteristika ved omsorgssektoren. Det andre retter fokus mot noen sider ved aksjonsforskning. Beskrivelsen av de to prosjektene består av en presentasjon av innhold og resultater, men også konkret fremgangsmåte og metodikk.

I et kapittel betraktes ulike problemstillinger og faser i prosjektet *Utviklingsarbeid innen pleie- og omsorgssektoren i Evenes, Tjeldsund og Skånland*. Kommunene er relativt små, men med en betydelig administrasjon. Det er vesentlig å utvikle fleksible og effektive samarbeidsorganer som organiseres i forhold til arbeidsoppgavene som skal utføres uten at det medfører mer byråkrati og administrasjon. Samarbeidsordninger må dermed etableres på tvers av kommunegrensene. Prosjektet som helhet omfatter arbeid på tre nivåer:

1. Utvikling av strategiske allianser gjennom erfaringsnettverk på ledernivå.

2. Etablering av nettverk med forankring i hver kommune som utvikler samarbeid både i forhold til ressursbruk og økt læringsmuligheter for de ansatte.
3. Konkrete utviklingsprosesser innenfor enkelte institusjoner.

Kartlegging viste behov for mer kompetanse, bedre kommunikasjon, ønske om mer varierte jobber og et bedre samarbeid både innen hver kommune og mellom kommunene. Temaer som viste seg å være aktuelle for prosjektarbeid var problemer knyttet til samarbeid mellom den åpne og den institusjonaliserte sektoren. Dessuten var det interesse for å se nærmere på rutiner innen institusjonene. En av kommunene ønsket også å gå nærmere inn på ett sykehjem. Det ble poengtert at nærmere samarbeid mellom kommunene var ønskelig i forhold til felles bruk av personell, opplæring og faglig samarbeid og læring.

På det interkommunale nivået var målet å øke kompetansen i hele sektoren for alle tre kommunene. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som utarbeidet en handlingsplan for innholdet i samarbeidet mellom kommunene. Det hadde fremkommet mange ideer i forhold til samarbeid; bruk av samme hjemmehjelpere på kommunegrensene, felles plan for sykepleiefaglig veiledning, hospitering hos hverandre, mulighet for felles avlastningsplasser når presset på en institusjon ble for stort, bruk av faggrupper på tvers av kommunene og ideer om felles vaskeritjeneste og matombringing. Når det gjaldt den ene konkrete institusjonen var dette et prosjekt knyttet til den daglige driften og de strukturelle forholdene. Prosjektet omfatter hele virksomheten: alle ansatte og beboerne. Det *interkommunale prosjektet representerte en nyvinning* gjennom etablering av nettverk innen omsorgssektoren.

I et annet kapittel rettes fokus mot den hjembaserte tjenesten i en bydel i Oslo. Bydelen var i gang med en organisasjonsendring, men ønsket profesjonell bistand. Prosjektet startet med en gjennomgang av arbeidsoppgavene i organisasjonen. Den oppgavebaserte organisasjonsmodellen tar utgangspunkt i oppgavene og lar modellen skapes ut fra disse. Organisasjonsmodellen vokser så og si ut fra oppgavene. Dette kan skape effektive og fleksible organisasjonsmodeller. På denne måten skapes også en felles forståelse for oppgavene og et

samspill som støtter opp om oppgaveløsninger. Oppgavene må sees i relasjon til brukernes behov. Det er viktig at medarbeiderne selv er med å utarbeide standarder slik at innholdet passer til den organisasjonen skal utføre; det er de som sitter med kunnskap om den praktiske utførelsen.

Alle yrkesgruppene ga bidrag til hvordan de vurderte situasjonen i dag og fremover og det tegnet seg etterhvert et bilde av hjembaserte tjenester. Ved å skape stor avstand mellom det nivået som utøver en oppgave og det nivået som kan ta en beslutning knyttet til oppgaven står vi i fare for å lage tungroddede og byråkratiske organisasjoner. Ved slike hierarkiske organisasjonsformer lager vi et skille mellom arbeidsoppgaver på den ene siden og ansvar/kontroll på den andre. Dette lager fort "kontrollmani".

Både den hjembaserte tjenesten og flere andre organisasjoner er kjennetegnet av at koordinering best skjer på nivået over. På denne måten har vi en tendens til å lage unødvendige hierarkiske beslutningsnivåer. Hierarkiske organisasjoner har også en tendens til å ese ut på det administrative nivået. Dette kan ofte skje uten at oppgavene har økt i omfang eller kvalitet. Det skjer rett og slett som en konsekvens av at administrative aktiviteter skaper behov for mer administrasjon, som igjen skaper behov for ytterligere tiltak på det administrative nivået. Hvis man skaper nærhet mellom oppgaver og beslutninger skaper man samtidig betingelser for at personer kan ta mer ansvar, opplever større grad av ansvar og stolthet knyttet til arbeidet.

Ved siden av oppgavebeskrivelser ble de ansatte også bedt om å gi uttrykk for positive og negative faktorer ved den hjembaserte tjenesten. Dette ble i sin tur sett i forhold til den organisasjonsstrukturen som eksisterer, for deretter å skape en ny struktur som ivaretar flyt, fleksibilitet og de ansattes behov på en bedre måte. Ved å mobilisere de ansattes innsikt og ressurser direkte i omstillingsarbeidet på alle nivåer, skapes betingelser for en arbeidsform basert på medvirkning og samarbeid. Samtidig gir det mulighet til en lokalt tilpasset organisasjonsform.

Det ble poengtert at det var viktig å skape en helhetlig tjeneste der hver enkelt så seg selv i forhold til et helhetlig opplegg. Målsetting må

ses i forhold til de behovene en bruker har slik at tjenesten organiseres rundt brukeren. På denne måten står på en måte brukeren i sentrum og organiserer oppgavene.

### Oppsummering

Helsesektoren står generelt overfor utfordringer av ensartet karakter: økende krav til medarbeiderne pga. økt kompleksitet innen sektoren. Å mestre disse kravene krever kunnskapsbaserte organisasjoner med desentralisert struktur og effektiv flyt av informasjon.

Det rettes nye forventninger og krav til samarbeid mellom kommuner, etater og profesjoner. Sektoren tillegges nye arbeidsoppgaver som krever organisasjonsformer som kan løse utfordringene så optimalt som mulig.

Denne rapporten har vist hvordan to prosjekter innen omsorgssektoren har utviklet seg forskjellig på grunn av ulike lokale forhold. Med medvirkningsbaserte endringsprosesser blir lokale forhold avgjørende, men tidsaspektet er også en faktor som er svært sentral.

Omsorgssektoren er kompleks og dette bør få konsekvenser for organiseringen av virksomhetene. Organisasjonsvirksomheter bør organiseres på måter som gir de ansatte støtte, læring og mestringsopplevelser. Systemene bør organiseres i tverrfaglige team på grunnlag av de arbeidsoppgaver som skal utføres slik at beslutninger i større grad tas der oppgavene utføres. Dette kan skape mer fleksible, effektive og levelige organisasjoner både for de ansatte og for de menneskene som er avhengige av tjenestene.

### Eksempel 2

Svendsen og Eldring utførte en studie i flere kommuner vest og nordpå i Norge. Deres studie *Vask og følelser* (1990) var resultat av en kartlegging av de ansattes arbeidsroller og deres vilkår under ulike lokale forhold. Her fant man ganske riktig at det var ulikheter i måten hjemmetjenesten fungerte på ettersom hvilken lokal kontekst man inngikk i. På mindre steder hadde hjemmehjelpen en sentral rolle, som en hjelper som både hadde viktige oppgaver i å vedlikeholde personens muligheter til å bo hjemme og i å opprettholde et sosialt nettverk og sin verdighet.

I rapporten rettes fokus mot noen aspekter ved det psykososiale arbeidsmiljøet for hjemmehjelpere. Dessuten settes dette yrket inn i en samfunnsmessig ramme. "Hjemmehjelp" dekker både husmor-vikarer, nabohjelp og hjemmehjelpere.

De fleste studier som er gjort i forhold til hjemmehjelpsyrket er foretatt i Oslo. Denne rapporten omfatter fire utkantkommuner. Hvor i landet hjemmehjelperen utfører arbeidet har stor betydning for arbeidsmiljøet. Den geografiske avstanden mellom hjemmene er forskjellig, hjemmehjelpernes kjennskap til brukerne er ofte av en annen type og mulighetene for å danne et yrkesmessig fellesskap vil være ulike i byene og i distriktene.

#### *Organisasjon og tilrettelegging*

Det skisseres en "idealmøll" for organisering av hjemmehjelps-tjenesten. Denne modellen er et resultat av de erfaringer som er kommet frem gjennom undersøkelsen. Den er ment å kunne anvendes i endringsarbeidet som foregår i mange kommuner når det gjelder hjemmehjelpsyrket.

I de fire kommunene er hjemmehjelpstjenesten organisert på noe forskjellige måter. Undersøkelsen/kartleggingene viste at det er noen generelle trekk man ønsker å iverksette på tvers av kommunene: alle hjemmehjelperne i fast ansettelse, hyppige og betalte møter i arbeidstiden, betalt gangtid mellom brukerne, betalt lunsj og max tre brukere å to timer pr. dag.

Måten arbeidet er organisert og tilrettelagt på har stor betydning for arbeidsmiljø, trivsel og kvaliteten på tjenestene. Dette er et omfattende område. Situasjonen for hjemmehjelperne har lenge vært en slags ufri selvstendighet. De har hatt kontakt med hjemmehjelps-kontoret kun i helt nødvendige tilfeller og ellers arbeidet på egen hånd. Det ser ut til at de fleste kommuner ønsker å utvikle nye organisasjonsformer på dette området. Resultatene viser at det fortsatt trengs å jobbe mot en arbeidsorganisasjon som gir bedre muligheter for kontakt og kommunikasjon mellom ledelsen og hjemmehjelperne. Dette vil bl.a. øke innflytelsen over egen arbeidssituasjon.

Forskjellige betalingssystemer kan ha betydning for arbeidssituasjonen til hjemmehjelperne. De er med å danne grunnleggende premisser for hjemmehjelpernes arbeid. To sider ved betalings-

ordningen er viktig: hvor mye hjelpen koster og om brukerne betaler for hver time eller for et hjelpeabonnement. Det viser seg at det systemet der en betaler pr. time har klare ulemper. Ordningen kan medføre et press om at hjemmehjelperen skal yte maksimalt hele tiden. Fordelen med abonnementssystemet er at brukeren har betalt for å få hjelp, mens omfanget av hjelpen ikke er definert i utgangspunktet. Dette gir rom for større fleksibilitet.

Hjemmehjelperne arbeider alene, og ofte er det sjeldent at de i det hele tatt møter sine kolleger. Det er viktig å etablere fora som gir rom for kontakt og faglig utveksling. Det er blitt vanligere med tverrfaglig samarbeid innenfor de hjemmebaserte tjenestene. Organisering av samarbeidet vil være avgjørende for at det skal lykkes. Resultater fra undersøkelsen viser også at det er mange som kunne tenke seg utvikling i form av kurs eller videreutdanning.

På grunnlag av de erfaringer og den informasjonen som har fremkommet gjennom prosjektet, skisseres det noen momenter til en modell. Forfatterne tar utgangspunkt i § 12 i arbeidsmiljøloven. Når fokus rettes mot hjemmehjelpsyrket ser man at flere av rettighetene ikke er innfridd. Hjemmehjelpsyrket har vokst frem på privat basis og har vært preget av uformell organisering. Det blir viktig å skape muligheter for reell medvirkning i utviklingen av arbeidsorganisasjonen. Når hjemmehjelpstjenesten reorganiseres er det svært sentralt at hjemmehjelperne får normale arbeidstakerrettigheter.

#### *Arbeidsmiljøutfordringer i hjemmetjenesten*

Det rettes stadig nye forventninger mot hjemmehjelperne. Ved at man bygger ned de store sentrale institusjonene og heller satser på den åpne omsorgen, blir det stadig nye og flere oppgaver som det forventes at hjemmehjelperne skal forholde seg til. Ved økte forventninger til hjemmehjelpen står også deres arbeidsmiljø i fare for å bli mer belastet. Når det rettes nye krav til denne tjenesten må den rustes opp. Hjemmehjelpsyrket er et kvinneyrke. Dette har flere aspekter som f.eks. lav lønn, dobbeltarbeid, særegne verdier osv., - forhold som vil bli tatt opp i rapporten.

#### *Den vanskelige balansen - nærhet og distanse*

Balansen mellom nærhet og distanse er karakteristisk for hjemmehjelpernes arbeidssituasjon. En av utfordringene for hjemmehjelperne

ser ut til å være å finne en balanse mellom næromsorg og yrkesomsorg. En måte er å skille mellom omsorg og service. Omsorg refererer da til personlig støtte og hjelp, mens service omfatter oppgaver som vasking, matlaging og innkjøp. Å sette grenser for grad av involvering i nære relasjoner kan være vanskelig. Det kan skape en situasjon der man ser den andres behov svært klart og overser egne. Samtidig er det mange av hjemmehjelperne som svarer at det å være til nytte for andre gir mening i arbeidet. Løsningen på dette dilemmaet ligger ikke hos hjemmehjelperne alene. Måten arbeidet er organisert på har stor betydning for belastningen innen yrket.

#### *Arbeid - hva er det?*

Hvilke aktiviteter som blir inkludert i begrepet "arbeid" endrer seg stadig. Noen ganger får en aktivitet karakter av arbeid, andre ganger ikke. Dermed blir også aktiviteten vanskelig å ta betalt for. Den glidende og uklare overgangen mellom hva som er arbeid og hva som ikke er arbeid er relevant for å forstå et karakteristisk trekk hos hjemmehjelperne: at de utfører mye arbeid de ikke får betalt for. Hva skal så bestemme innholdet i hjemmehjelpsarbeidet? Hjemmehjelperne og deres behov? Brukernes behov og ønsker? Arbeidsgivers krav? Det er viktig å finne en balanse her.

Hjemmehjelpsyrket betraktes av mange utøvere som både fysisk og psykisk krevende. I denne sammenhengen er det viktig å rette oppmerksomheten mot måten arbeidet er organisert på. Hjemmehjelperne fungerer innenfor en organisasjon som legger premisser for hvordan medarbeiderne erfarer jobben.

#### *Utviklingstendenser innenfor hjemmehjelpsyrket*

Utviklingstendensene innen hjemmehjelpstjenesten og hjemmehjelpsyrket, hvordan de kan forstås og om en mulig utvikling fremover, står sentralt i arbeidet. Hjemmehjelpsyrket er i ferd med å gjennomgå store forandringer. Hjemmehjelperne går i retning av en profesjonalisering eller spesialisering, og stadig flere hjemmehjelpere har fagorganisert seg.

Utdanning har vært et tema for diskusjon i forhold til hjemmehjelpsyrket. Det er ulike syn på hvorvidt det å yte hjemmehjelp skal formaliseres ved utdanning. Et annet interessant spørsmål i denne sammenheng er hvorvidt hjemmehjelperne vil bli en lukket yrkes-



gruppe med profesjonsstrategier, og om dette i så fall vil medføre endringer i forhold til andre yrkesgrupper og en avgrensning i forhold til ikke-utdannede hjemmehjelpere. Rekruttering, lønn og status er også interessante og viktige temaer i forbindelse med hjemmehjelpsyrkets fremtid.

### 4.3 Studier av utviklingsarbeid i hjemmetjenesten

Inger-Margrete Svendsen la i et arbeid frem resultatene av utviklingsarbeid i noen hjemmetjenester. Omorganiseringen som ble foretatt i bydel 19 (Grorud) i Oslo redegjorde for en prosess som ledet frem til en hjemmetjeneste som var organisert utfra klientenes behov og med en noe annerledes struktur enn den som etterhvert har blitt mest vanlig. Etter fire års drift ba bydelen om å få en evaluering av modellen med sikte på å kontinuerlig videreutvikle og endre denne i takt med eventuelle endringer hos klientene (Sørensen 1995).

I 1996 tok Sagene Torshov bydelsforvaltning, bydel 4 i Oslo, opp igjen sine planer om å utvikle sine hjemmetjenester. Forut for dette var det gått en lang historie med vedvarende diskusjoner og forsøk på endringer. I løpet av ca 10 år ble ny organisering utredet og diskutert.

Organisasjonsutviklingsprosessen ble satt i gang for å komme fram til en modell som kunne gi et bedre tilbud til klientene, integrere hjemmehjelpene bedre, skape rom for bedre og tettere samarbeid og gi alle ansatte en bedre arbeidsplass. I starten av prosessen er det en utbredt oppfatning innad i organisasjonen at alle yrkesgruppene må samkjøres bedre. De ansatte ønsker at det tverrfaglige samarbeidet må bli bedre, og at alle yrkesgrupper uansett formell bakgrunn og status i organisasjonen, må bli sett, hørt og verdsatt. I løpet av prosessen kommer det mange forslag til mulige endringer og tiltak som de mener kan bedre organisasjonen, og forslagene er til dels radikale. Etterhvert som prosessen går sin gang viker likevel de radikale forslagene tilbake, og de ansatte velger ofte de gode, gamle løsningene og tenker i gamle baner.

Hjemmehjelpene sliter med å bli verdsatt slik de mener de fortjener. De er en ikke-profesjon blant profesjoner, og stiller dårligere enn de andre i kampen om anerkjennelse og makt, og i kampen om å være med å prege tjenestens kjennetegn. I denne problematikken spiller

ulike oppgaver en rolle, hvor noen av hjemmehjelperne opplever at de må ta seg av ting som egentlig ikke hører inn under deres "domene". Hjemmehjelperne kjennetegnes av å være en todelt gruppe, hvor de i mange av temaene som viser seg i prosessen stiller seg på hver sin side med hver sine oppfatninger.

Ergo- og fysioterapeutene sliter med å få større anerkjennelse for sitt fag; rehabilitering. De opplever det som at rehabilitering går på bekostning av den innarbeidede "pleietanken". Eneste utvei for anerkjennelse blir for dem derfor å organiseres utenfor den ordinære organisasjonen, med en egen fagseksjon og faglig leder. De vil organiseres utenfor, men samtidig være i samarbeid med "de andre". De er en profesjon og stiller slik sett bedre enn hjemmehjelperne. Men de som faggruppe er i mindretall i tjenesten, og kjemper med de andre profesjonene om makt til å prege tjenesten. Slik kan feltet sies å kjennetegnes av profesjonskamper, hvor det kjempes om oppgaver, myndighetsområder og kontroll (Hughes 1994, Abbott 1988).

Alle ansatte vil nærmere hverandre og de vil bygge ned murene mellom yrkesgruppene. Samtidig er de redd for å miste integriteten til egen yrkesgruppe, og er derfor, når det kommer til stykket, kanskje redde for å bygge murene for langt ned. De ser det som integritetsbevarende å beholde noe av den avstanden som de egentlig vil bli kvitt, og som de ser er av et onde for tjenesten. De befinner seg i dilemmaet mellom nærhet og avstand. Yrkesgruppene er så forskjellige at de så og si lever i hver sine verdener, med hver sine habituser. De ønsker å enes om måten målet skal nås, men deres ulike virkelighetsbilde og "ideolog" gjør dette vanskelig å realisere. De ansatte befinner seg ikke bare i en profesjonskamp, de kjemper også om å få gjennomslag for deres virkelighetsbilde og for det de mener er det "riktige" arbeid. (Bourdieu 1993, 1996). Aktørene opplever det ikke som at de har og gjør et *felles* arbeid. Både hjemmehjelperne og rehabiliteringsgruppen representerer hver sine ideologier som de kjemper om større anerkjennelse for. I forsøket på å enes er de selv med å fjerne seg fra hverandre ved at de med sine samhandlingsmønstre stadig opprettholder forskjellene. Teamarbeid blir i denne sammenheng noe "farlig". Med det føler de at deres yrkesgruppe med deres arbeid blir truet. På denne måten blir det til at de selv er med å motarbeide det de i realiteten ønsker å fremme: tettere og bedre

samarbeid og felles mål. Hjemmetjenesten er kanskje bare *tilsynelatende* i en prosess for å finne en god organisasjonsmodell. Yrkesgruppen hemmer prosessen fordi den i realiteten befinner seg i en kamp om å få anerkjennelse for det den selv mener er det riktige arbeid, det kjempes en ideologikamp.

Opprinnelig var hjemmehjelpsordningene nokså enkle tjenester som ble tilbudt til personer som hadde rimelig grad av førlighet, men som trengte hjelp til å holde hjemmet rent, handle og kanskje også å holde egen hygiene i hevd. Etterhvert som utvidelsen av tjenesten kom som et ledd i å yte hjelp til å bo hjemme så lenge som mulig, kom også andre yrkesgrupper inn med betydelig tyngde. Dermed kom også en slags import av noen profesjonstilknnyttede grensedragninger: Hva skulle være hjemmehjelperens funksjoner, hva skulle hjelpepleierne utføre, hva var hjemmesykepleierens funksjoner og hvordan skulle rehabiliteringsoppgavene ivaretas? Et sentralt spørsmål knyttet seg til ledelse av disse funksjonene: Var det gitt at det var sykepleierne som skulle være ledere?

#### For mye omorganiseringer?

Disse spørsmålene er parallell til mye av den utviklingen som foregikk i Sverige og som Goughs bok drøfter. Den svenske forskeren Gunnar Aronsson har i samarbeid med andre utviklet dette videre. De mange omorganiseringer der andre, utenforstående skal innføre nye arbeidsorganisatoriske former, er et fenomen som rir hjemmetjenesten. Dette er et område der politikerne åpenbart har kjent seg presset eller kallet til å komme med løsninger. Omsorgskravene er store og selv om de eldre ikke er så høyrøstede påkaller det stor oppmerksomhet og mye kritikk når man kommer frem i media med enkeltskjebner som forteller om at noen ikke får hjelp. Stadige omorganiseringer er en trussel mot kompetanseutvikling i pleie og omsorgstjenesten i følge Aronsson (1997). Det tar lang tid å utvikle team og gruppekompetanse. Stadige omorganiseringer representerer flere uheldige konsekvenser: tilliten til ledelsen undergraves, sosiale relasjoner og nettverk kan oppløses og "taus" erfaringskunnskap må bygges opp igjen. Aronsson og kolleger gjorde i 1995 en studie som viste hvordan en gjorde "motverge" mot slike omorganiseringer i forhold til endringer som kom ovenfra. Dette var en hjemmetjeneste der man hadde drevet utviklingsarbeid og var kommet inn i et godt

utviklingsklima. Meldingen om pålagte endringer førte til mobilisering og de ansatte krevde å få fremlegge sine egne analyser og argumenter for den politiske ledelsen som hadde foreslått nye endringer (Aronsson m.fl. 1995). Deres mobilisering og saklige argumentasjon medførte at de vant fram og resultatet var at de kjente seg styrket og vil nå dokumentere hvordan de arbeidet, hvordan det hele startet, hva de følte osv..

#### 4.4 Studier av arbeidsmiljøet i sykehjem

I en rekke studier har arbeidsmiljø og endringer i organisering og kvalitet i sykehjem vært tema. Britt Slagsvold ved NGI (NOVA) leverte på 1980-tallet studiene om sykehjem som sosialt system og satte søkelyset på knapphet som ramme for organisasjonsendringer i sykehjem.

Senere er det kommet flere studier om sykehjem, brukernes/beboernes situasjon, kvalitetsutvikling, de ansattes arbeidsmiljø (se f.eks. Gjerberg & Franzen 1989) og om særlige utfordringer som kriser med videre (Sørensen & Steen 1996).

I artikkelsamlingen *Sykehjemmet - et sosialt system* drøfter Britt Slagsvold resultater fra en undersøkelse ved store og små sykehjem. Hensikten er å gi bidrag til debatten om hva sykehjem skal være, hvilke behov de skal dekke hos pasienten og hvordan en best skal planlegge og organisere for å nå de mål en setter seg for sykehjemmene.

Datamaterialet artiklene bygger på er hentet fra en eksploderende undersøkelse av 9 sykehjem og ble samlet inn i 1980.

De overordnede spørsmål for de fire artiklene er:

*Hvordan preger forhold som institusjonens størrelse og organisering tilbudene i dagens sykehjem og livet der? Hvorfor synes slike forhold å få konsekvenser for det en kan kalle "sykehjemskvalitet"?*

Artiklene illustrerer hvilke sammensatte og kompliserte sosiale system sykehjem er og dreier seg først og fremst om den indre organisering i sykehjemmene, om sykehjem som "sosiale systemer". Spiller det noen rolle om sykehjemmene er små eller store? Slagsvold diskuterer dette i

artikkelen *En sammenligning av "tilbud" i små og store sykehjem - hvorfor blir de forskjellige?* Artikkelen tar utgangspunkt i forskjeller mellom små og store sykehjem med hensyn til hvilke tilbud og muligheter de gir pasientene. Sykehjemmenes kvalitet ble vurdert i forhold til hvordan de ivaretok oppgavene pleie og stell, behandling, rehabilitering, sosial kontakt og selvbestemmelse. Størrelse er i seg selv intet forklarende forhold, det er andre forhold *knyttet* til størrelse som bidrar til forskjeller.

#### Hva er hovedforskjellene mellom små og store sykehjem?

Store sykehjem hadde bedre forutsetninger for å ivareta pleie, stell og behandling. De hadde større tilgjengelighet til hjelpemidler, mer egnede lokaler og bedre koordinering, rutiner og utveksling av informasjon. De var mer orientert mot medisinsk behandling og pleie i dagliglivet, og hadde flere aktivitetstilbud.

I små sykehjem differensierte en hjelpen til pasientene mer enn i de store. Pasientene i de små sykehjemmene fikk mer fysisk trening. De hadde bedre dekning av fysioterapeuter, men det viste seg også at det var mer initiativ til trening i små sykehjem generelt. Den sosiale kontakten mellom pasientene og mellom pasient og personale var bedre i de små sykehjemmene. Pasientene i de små sykehjemmene hadde større selvbestemmelse.

At de små sykehjemmene ivaretar pasientenes psykososiale behov bedre enn de store kan synes selvsagt. Det lille sykehjemmet er mer hjemlig, oversiktlig og hyggelig. Likeledes kan det synes selvsagt at de store sykehjemmene har bedre forutsetninger for å ivareta behandlingsmessige oppgaver. Men hvorfor får størrelse konsekvenser for kvalitet?

#### *Hva forklarer forskjellene?*

Størrelse er i seg selv neppe noen tilstrekkelig forklarende variabel, man må se etter mellomliggende forklaringer for å forklare forholdet mellom sykehjemets størrelse og deres kvalitet.

Det forhold som forklarer flest av forskjellene i kvalitet mellom små og store sykehjem synes å være *ulik organisering*. Store sykehjem hadde sterkere preg av byråkratisk organisering. Dette gir fordeler i forhold til oppgaver som pleie, stell og aktivitetstilbud; oppgaver som

i stor grad kan forutsis, planlegges og stykkes opp. Slik organisering er gjerne orientert mot oppgaver. I de små sykehjemmene hvor oppgavene er mindre fordelt og spesialisert, er det større orientering mot de *personene* oppgavene skal gjøres for enn for selve oppgaven.

Selv om forskjeller i måte å organisere på forklarer mest og flest av forskjellene mellom små og store sykehjem, er det også enkelte andre forhold som bidrar til forskjeller. Det nevnes blant annet at relative kostnader kan reduseres i større sykehjem og at de derfor kan gi bedre tilbud f.eks. når det gjelder aktiviteter. Likeledes i forhold til grundigere medisinske undersøkelser på grunn av tilgjengelighet på spesialiserte fagfolk. Men *følelsen av tilhørighet og nærhet mellom pasienter, og mellom pasient og personale har bedre vilkår i små sykehjem.*

Men, kan det byråkratiske sykehjemmet forenes med hjemlighet? Dette spørsmålet drøfter Slagsvold i sin andre artikkel i boken. "Byråkratisk" i denne sammenheng henspiller på en måte å organisere arbeid på og sykehjemmet har mange av byråkratiets kjennetegn. Det ligner sykehusene når det gjelder stillingsstruktur og stillingsinstruksjoner. Sykehjemmet har to hovedoppgaver: "behandlings"-oppgaver og "hjem"-oppgaver. Det er vanskelig å ivareta begge oppgavene da de krever ulike måter å organisere sykehjemmet på.

Hvorfor er det vanskelig å ivareta hjemlige/psykososiale behov i en byråkratisk struktur?

En byråkratisk struktur er ikke bare en måte å organisere arbeidet på, den skaper og styrer også relasjoner mellom mennesker. Den er ofte instrumentelt orientert, rettet mot likheter og styrt av belønning. Man snakker gjerne om at det oppstår en tingliggjøring av pasientene. Det finnes imidlertid også klare fordeler med byråkratiet. Spørsmålet er hvordan man kan kombinere den byråkratiske strukturen som sikrer de planmessige oppgavene, men samtidig unngå det upersonlige. Hvorfor er dette en vanskelig kombinasjon?

For det første kan organisering prege roller og relasjoner og for det andre kan organisering påvirke holdninger i institusjoner. Hvilke konsekvenser har organisering for forholdet til andre? Byråkratisk organisering av arbeidet skaper bestemte forventninger hos pasienten og holdninger hos personalet til pasienten og arbeidet. Det er det som

er organisert og innarbeidet i rutiner en konsentrerer seg om. Kontakt, nærhet og åpenhet til eksempel kan vanskelig organiseres i rutiner. En byråkratisk struktur er dermed mindre egnet til å ivareta slike oppgaver. Dette vil også kunne skape frustrasjon hos personalet som kommer til kort når det gjelder å ivareta pasientenes psykososiale behov.

*En mer åpen organisasjonskultur - et alternativ?*

Hvordan bør så sykehjemmet organiseres for å kunne ivareta hjemlighet? Svaret er selvfølgelig en mindre byråkratisk og mer åpen organisering. Et sykehjem kan imidlertid vanskelig fullt og helt bli et hjem, i følge Slagsvold. Pleiepersonalet er og blir profesjonelt ansatt personale i forhold til pasientene. Hvilke oppgaver som prioriteres er i mindre grad styrt av bevisste prioriteringer og mer av rammebetingelser og ressurser. Rammebetingelser og ressurser bidrar til å skape organisasjonsformer og derved prege relasjoner, holdninger, atmosfære osv..

### Resultater fra en arbeidsmiljøkartlegging

Ved Arbeidsforskningsinstituttet har man utført flere studier i sykehjem og vernet bolig der emnet er de ansattes opplevelser av arbeidsmiljøet.

Gjennom en bred arbeidsmiljøkartlegging i Bydel 4 i Oslo ble det imidlertid mulig å sammenlikne arbeidsmiljøresultatene fra sykehjem og hjemmetjenester med ansatte i de øvrige av bydelens 46 arbeidsplasser. Og vi skal derfor gå noe inn på disse resultatene i detalj.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Muligheter for å kunne fatte selvstendige beslutninger og avgjørelser*

Tjenesteområde	Svært gode	Gode	Mindre gode	Dårlige
Hjemmetjenesten	23 %	61 %	14 %	3 %
Alders- og sykehjemmene	19 %	53 %	21 %	8 %
Sosialkontorene	27 %	51 %	20 %	3 %
Helsesentrene/-stasjonene	44 %	47 %	8 %	-
Barnehagene	39 %	50 %	10 %	1 %
Andre barne- og ungdomstiltak	49 %	39 %	10 %	3 %
Bydelsadministrasjonen	41 %	48 %	9 %	2 %

Andre	38 %	60 %	3 %	-
<b>Alle</b>	<b>29 %</b>	<b>54 %</b>	<b>14 %</b>	<b>3 %</b>

Ved alders- og sykehjemmene er det 29 % av de ansatte som har mindre gode eller dårlige muligheter til å foreta selvstendige beslutninger og avgjørelser.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Muligheter til å få varierte arbeidsoppgaver*

Tjenesteområde	Svært gode	Gode	Mindre gode	Dårlige
Hjemmetjenesten	19 %	52 %	25 %	4 %
Alders- og sykehjemmene	13 %	48 %	29 %	10 %
Sosialkontorene	28 %	60 %	7 %	5 %
Helsesentrene/-stasjonene	42 %	58 %	-	-
Barnehagene	39 %	51 %	8 %	2 %
Andre barne- og ungd.tiltak	40 %	47 %	13 %	-
Bydelsadministrasjonen	29 %	58 %	12 %	2 %
Andre	23 %	66 %	6 %	6 %
<b>Alle</b>	<b>24 %</b>	<b>53 %</b>	<b>18 %</b>	<b>5 %</b>

Tabellen ovenfor viser at det er de ansatte ved alders- og sykehjemmene og i hjemmetjenesten som er mest berørte av ensidige arbeidsoppgaver. I alders- og sykehjemmene har 39 % mindre gode eller dårlige muligheter til varierte arbeidsoppgaver og i hjemmetjenesten oppgir 29 % at dette kjennetegner deres arbeid.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Muligheter til å få råd og veiledning i forhold til vanskelige saker*

Tjenesteområde	Svært gode	Gode	Mindre gode	Dårlige
Hjemmetjenesten	19 %	52 %	25 %	4 %
Alders- og sykehjemmene	13 %	48 %	29 %	10 %
Sosialkontorene	28 %	60 %	7 %	5 %
Helsesentrene/-stasjonene	42 %	58 %	-	-
Barnehagene	39 %	51 %	8 %	2 %
Andre barne- og ungd.tiltak	40 %	47 %	13 %	-
Bydelsadministrasjonen	29 %	58 %	12 %	2 %
Andre	23 %	66 %	6 %	6 %
<b>Alle</b>	<b>24 %</b>	<b>53 %</b>	<b>18 %</b>	<b>5 %</b>



Som vi ser av tabellen er det 39 % av de ansatte i alders- og sykehjem og 29 % i hjemmetjenesten som har mindre god eller dårlig tilgang på råd og veiledning i vanskelige saker.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Muligheter til å lære noe nytt i jobben*

<b>Tjenesteområde</b>	<b>Svært gode</b>	<b>Gode</b>	<b>Mindre gode</b>	<b>Dårlige</b>
Hjemmetjenesten	15 %	39 %	31 %	16 %
Alders- og sykehjemmene	12 %	38 %	33 %	17 %
Sosialkontorene	27 %	41 %	27 %	5 %
Helsesentrene/-stasjonene	28 %	53 %	14 %	6 %
Barnehagene	34 %	46 %	18 %	3 %
Andre barne- og ungdomstiltak	24 %	53 %	18 %	5 %
Bydelsadministrasjonen	24 %	45 %	22 %	9 %
Andre	26 %	46 %	26 %	3 %
<b>Alle</b>	<b>21 %</b>	<b>42 %</b>	<b>27 %</b>	<b>11 %</b>

Det er slående forskjeller mellom tjenesteområdene: Først og fremst legger vi merke til at 50 % av de som arbeider på alders- og sykehjem og 47 % ved hjemmetjenestene har mindre gode eller dårlige muligheter for å lære noe nytt i jobben.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Muligheter for å arbeide sammenhengende og langsiktig med enkeltoppgaver*

<b>Tjenesteområde</b>	<b>Svært gode</b>	<b>Gode</b>	<b>Mindre gode</b>	<b>Dårlige</b>
Hjemmetjenesten	6 %	30 %	41 %	23 %
Alders- og sykehjemmene	7 %	30 %	48 %	16 %
Sosialkontorene	5 %	17 %	55 %	23 %
Helsesentrene/-stasjonene	14 %	29 %	43 %	14 %
Barnehagene	10 %	51 %	32 %	8 %
Andre barne- og ungd.tiltak	11 %	50 %	25 %	14 %
Bydelsadministrasjonen	12 %	31 %	47 %	10 %
Andre	15 %	41 %	35 %	9 %
<b>Alle</b>	<b>8 %</b>	<b>33 %</b>	<b>43 %</b>	<b>17 %</b>

Mange rapporterte om stor arbeidsmengde og tidspress. Denne oversikten viser at 60 % av de ansatte mener at de har mindre gode eller dårlige muligheter til å arbeide sammenhengende og langsiktig med enkeltoppgaver. I barnehagene og andre barne- og ungdomstiltak kan 61 % konsentrere seg om sammenhengende innsats på ett område. Sosialkontorene har en såvidt hektisk arbeidssituasjon at der er det 78% med mindre gode eller dårlige muligheter, og i både hjemmetjenesten og alders- og sykehjemmene gir 64 % uttrykk for det samme.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Påvirke egen arbeidssituasjon gjennom tillitsvalgte?*

<b>Tjenesteområde</b>	<b>Svært gode</b>	<b>Gode</b>	<b>Mindre gode</b>	<b>Dårlige</b>
Hjemmetjenesten	5 %	43 %	38 %	14 %
Alders- og sykehjemmene	10 %	42 %	36 %	11 %
Sosialkontorene	2 %	42 %	41 %	14 %
Helsesentrene/-stasjonene	14 %	40 %	34 %	11 %
Barnehagene	19 %	53 %	22 %	6 %
Andre barne- og ungd.tiltak	9 %	46 %	20 %	26 %
Bydelsadministrasjonen	11 %	37 %	30 %	22 %
Andre	12 %	51 %	24 %	12 %
<b>Alle</b>	<b>9 %</b>	<b>44 %</b>	<b>33 %</b>	<b>13 %</b>

Oversikten viser at 53 % synes det er gode eller svært gode muligheter til å påvirke gjennom tillitsvalgte. Også på dette området peker

barnehagemiljøet seg ut idet 72 % av de ansatte her kjenner at de har svært gode eller gode muligheter til å påvirke på denne måten.



## 5

## Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer internt i pleie- og omsorgstjenester

I foregående kapittel har vi med ganske bred penn beskrevet arbeidsorganisering og arbeidsmiljøforhold i pleie- og omsorgssektoren. Gjennom presentasjon av en rekke studier fra Norge og andre land har vi trukket opp store linjer og sett på utviklingstendenser. I dette kapitlet skal vi gå inn på de psykososiale arbeidsmiljøforholdene med utgangspunkt i analytiske begreper og belyst gjennom en omfattende litteratur. Dernest følger en dokumentasjon av sammenhengen mellom arbeidsmiljøfaktorer og helseutfall.

### 5.1 Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer

Paragraf 12 i arbeidsmiljøloven handler om tilrettelegging av arbeidet og er blitt kalt "psykososial-paragrafen". Det redegjøres for en rekke *arbeidsbetingelser* en skal søke å *unngå* og andre en skal arbeide for å *oppnå*. Gjennom *planlegging og utforming* av teknologi og arbeidsorganisasjon (Gustavsén & Seierstad 1977) skal en bl.a. tilrettelegge for

- muligheter til selvbestemmelse og faglig utvikling
- å unngå ensformig gjentakelsesarbeid
- muligheter for variasjon
- skape sammenheng mellom enkeltoppgaver
- kontakt med kolleger/arbeidskamerater

I avgjørende grad fokuseres det på *tilrettelegging* av arbeidsbetingelser *i forkant av selve arbeidsutførelsen*; dette er en arbeidsmodell forankret i jobbdesign og oppgaveanalyser. I langt mindre grad fokuseres kontinuerlig oppmerksomhet, vedlikehold og utvikling av selve *arbeidsprosessen*; der utførelse av oppgavene for svært mange er avhengig av en løpende dialog med samarbeidspartnere og kunder/klienter.

Her må det fremheves at det psykososiale arbeidsmiljøet ikke bare kan medføre uheldige belastninger som skal forebygges og unngås, det er også snakk om *positive oppbyggelige faktorer* som aktivt skal fremmes. Det dreier seg om utfoldelse, kreativitet, arbeidsglede og arbeidsfelleskap. Like mye som det negative skal identifiseres og forebygges, skal det positive - ressursene, stimulansene, ferdighetene, resultatoppgåelse, arbeidsgledene - aktivt bevisstgjøres, fremholdes, styrkes og fremmes.

Miljøfaktorer kan virke direkte på den menneskelige organisme og medføre belastninger og helseskader (Levi 1971). For eksempel kan tunge løft eller uheldige arbeidsstillinger gi muskel/-skjelett-sykdommer, støy kan gi hørselsskader og kjemikalier kan gi allergiske symptomer eller forgiftninger. Når vi snakker om arbeidsmiljøfaktorer og helseutfall, er årsaksfaktorer og kausalrelasjoner imidlertid ofte sammensatte. I svært mange sammenhenger vil mennesket med sine persepsjoner, kognisjoner og emosjoner *fortolke* sine omgivelser og på denne måte mediere og omforme ytre stimuli før organismen responderer. Med andre ord vil ytre påvirkninger i ulik grad bli påvirket/omformet før mennesket responderer (fysiologisk, kognitivt, emosjonelt, somatisk og gjennom atferd). Begrepet *psykososial* innebærer at det kognitive/psykiske apparat i betydelig grad modifierer den opprinnelige ytre påvirkningsfaktor.

I det følgende vil vi belyse sentrale psykososiale arbeidsmiljø-spørsmål gjennom to ulike forskningstradisjoner, et motivasjonspsykologisk perspektiv og et stressforskningsperspektiv.

## 5.2 Psykososiale faktorer i et motivasjonspsykologisk perspektiv

Mange forbinder "psykososialt arbeidsmiljø" med den forskning og det utviklingsarbeid som ble utført av Thorsrud og Emery i Norge i 1960-årene (samarbeidsprosjektet LO/NAF). Psykososialt arbeidsmiljø blir ofte assosiert med de såkalte *psykologiske jobbkrav* de to forskerne spesifiserte (Thorsrud & Emery 1970). Her beskrives en rekke almene psykologiske behov som grunnlag for jobbmotivasjon og for å kunne oppleve et meningsfylt arbeid. De psykologiske jobbkrav er som følger:

1. Behov for et *innhold* i jobben som krever noe utover ren utholdenhet, og som betyr et visst minimum av variasjon selv om det ikke nødvendigvis innebærer noe stadig nytt i jobben.
2. Behov for å kunne *lære* noe i jobben og å fortsette å lære noe.
3. Behov for å kunne *treffe* beslutninger, i det minste innenfor et avgrenset område som den enkelte kan kalle sitt eget.
4. Behov for *anseelse*, i det minste en viss grad av *mellommenneskelig støtte og respekt* på arbeidsplassen.
5. Behov for å se *sammenheng mellom arbeidet og omverdenen*, i det minste slik at en kan se en viss forbindelse mellom det en utfører i arbeidet, og det en regner som nyttig og verdifullt.
6. Behov for å se at jobben er forenlig med en *ønskverdig framtid*, uten at det nødvendigvis innebærer avansement.

De "psykologiske jobbkrav" er å betrakte som en motivasjonsmodell; det gjøres rede for *behov* vedrørende *innholdet i arbeidet eller jobben som helhet*.

Den mest avanserte behovsmodell knyttet til arbeidsoppgavene spesifikt, er utformet av Hackman og Oldham i deres *Job characteristics modell* (Hackman & Oldham 1976, Hackman & Oldham 1980). I sin motivasjonsteori gjør de rede for en rekke betingelser som avgjørende for såvel jobbtilfredshet, jobbmotivasjon, ytelse (produktivitet og kvalitet), fravær og gjennomtrekk.

Fem *kjerneområder* kartlegges: variasjon i ferdigheter som kreves for å løse oppgavene (skill variety), oppgaveavgrensning (task identity), oppgavens betydning (task significance), selvstendighet ved jobbutførelse (autonomy) og tilbakemelding på jobbutførelse (job feedback). De fem kjerneområder har klare likhetstegn med Thorsrud og Emery's kravliste. Dog er modellen til Hackman og Oldham langt mer eksplisitt og avgrenset, noe som muliggjør vitenskapelig uttesting. Teorien har medført stor forskningsaktivitet for å bekrefte/ avkrefte modellen, evt. nyansere og modifisere deler av denne (Algera 1990). Modellen har fått betydelig støtte mht. kjerneområdenes betydning for jobbtilfredshet (Locke 1976, Algera 1990). Dog er det uenighet om de fem kjerneområdenes relative betydning. Nye analyser av data

underbygger at tilbakemelding på utførte oppgaver (job feedback) har størst betydning for jobbtilfredshet (Fried & Ferris 1987).

De to motivasjonsmodeller legger stor vekt på at arbeidet skal være *mentalt utfordrende*. Her er det nødvendig med et korrektiv; jobben kan bli for krevende. Hvis arbeidstakerne opplever at oppgavene overgår egne mestringsressurser oppstår en form for ubalanse, som medfører opplevelser av ubehag og i siste instans kan resultere i helseplager.

Å inneha et arbeid er et kompleks samspill mellom faktorer som oppgaver, ansvarsområder, roller, samspillsrelasjoner, belønningssystemer og jobbønsker. Forskere som Hackman og Oldham (1980) legger avgjørende vekt på *objektive kjennetegn ved selve arbeidsoppgavene* når arbeidsmiljøet skal påvirkes. Analyse av arbeidsbetingelser står i sentrum. Ved å endre på ytre identifiserbare kjennetegn ved arbeidsoppgavene antas det at arbeidstakerens opplevelse av disse også vil endres. Dette perspektivet kan klassifiseres som en *tilretteleggingsmodell*. Det fokuseres i stor grad på arbeidsbetingelser knyttet til det *teknologiske system* (maskiner, verktøy, utstyr m.m.) I langt mindre grad vektlegges betydningen av det *sosiale system* (mellommenneskelig samspill). Behovet for en sterkere fokusering av mellommenneskelig samspill når arbeidsmiljøet skal ivaretas og utvikles synes klart. Det er dokumentert omfattende arbeidsmiljøproblemer knyttet til dysfunksjonelle relasjoner i form av kommunikasjons- og samarbeidsproblemer, konflikter og mobbing (Einarsen & Raknes 1991). I utredningen "Det gode arbeidsmiljø er lønnsomt for alle" (NOU 1992:20) legges det også stor vekt på å forebygge belastninger knyttet til mellommenneskelig samspill.

Argyle (1991) påpeker at mellommenneskelig samspill og samarbeid er påkrevd for biologisk overlevelse. Sosiale behov kan sies å ha såvel en emosjonell som instrumentell side (Locke 1976). Vi har et grunnleggende behov for tilhørighet og trygghet, og vi bruker sosiale relasjoner bevisst for å nå mer instrumentelle mål.

*Anerkjennelse for arbeidsinnsats* er en av de hyppigste refererte kilder til jobbtilfredshet (Locke 1976). Tilbakemelding på arbeidsutførelse og anerkjennelse for innsats er kvaliteter mange savner i dagens arbeidsliv. Det dreier seg om å tilfredsstille et basisbehov vedr.



tilhørighet og aksept, men også om å *få relevant og tilstrekkelig informasjon* for å kunne utføre arbeidet på en tilfredsstillende måte.

Det synes klart at sosiale sider ved arbeidsmiljøet ikke ene og alene kan ivaretas gjennom tilrettelegging og jobbutforming. Det må i større grad fokuseres på aktørene (ledere, medarbeidere, kanskje også kunder og klienter) og de betingelser som påvirker deres holdninger og atferd på arbeidsplassen. I en stadige voksende tjenesteytende sektor synes tilbakemelding på og anerkjennelse for utførte arbeidsoppgaver fra betydningsfulle andre å ha en avgjørende betydning såvel for jobbtilfredshet, helse og yteevne.

### 5.3 Psykososiale arbeidsmiljøfaktorer i et stressperspektiv

Begrepet stress er definert og anvendt på en rekke måter. Noen bruker betegnelsen stress som en betegnelse på *ytre stimuli* som på en eller annen måte forstyrrer eller skader den menneskelige organisme. De ytre påkjenningene kan være fysiske, psykiske eller sosiokulturelle. Individuelle oppfatninger av påvirkningene vil naturligvis variere, på dette grunnlag betrakter noen forskere stress først og fremst som en *respons* på ytre og indre stimuli. En rekke stimuli utløser forskjellige *stressresponser*. Den enkeltes *bedømmelse* og *vurdering* av arbeidssituasjonen vil være det avgjørende bindeledd mellom ytre forhold og indre responser. Det er således et klart kognitivt element som forbinder ytre påvirkninger og stressresponser. I tråd med McGrath (1976) sin definisjon, kan stress betraktes som:

*En opplevd ubalanse mellom krav og responskapasitet under forhold der det å mislykkes med å møte kravene har viktige opplevde konsekvenser.*

I denne betydning er stress en *opplevd dynamisk tilstand* som innebærer usikkerhet om noe viktig. Den dynamiske tilstanden inneholder muligheter, begrensninger og krav i forhold til personens behov og verdier (Beehr & Schuler 1982). Stressbegrepet dekker en rekke dimensjoner:

- Stress kan være positivt (stimulanser, muligheter) og/eller negativt (belastninger, begrensninger).

- Stress er et resultat av en transaksjon mellom individ og miljø (Lazarus 1981). Miljøet tilbyr et sett dynamiske tilstander, eller potensielle stressorer, som kan oppleves som utfordringer, begrensninger eller krav. Det som er viktig for en person kan være uviktig for en annen ut fra ulike behov, verdier og preferanser.
- Både fysiske, organisatoriske og sosiale forhold kan være stressorer.
- Stress adderes over tid og på tvers av ulike situasjoner av arenaer (Theorell 1978).
- Individene vil søke å unngå, tilpasse seg eller dra nytte av stress.

Stress knyttet til arbeidet (work stress) settes oftest inn i et belastningsperspektiv. Det fokuseres på potensielle kilder til psykososialt og arbeidsrelatert stress (Sutherland & Cooper 1988). En er i hovedsak opptatt av *arbeidsbetingelser som kan medføre helseskader*, i mindre grad vektlegges forhold som kan stimulere og fremme helse og velvære. Det er primært snakk om å fjerne uheldige *nærværsfaktorer*, i langt mindre grad gis potensielle styrkende faktorer oppmerksomhet.

Følgende belastningsfaktorer står sentralt (Sutherland & Cooper 1988, Cooper 1986):

### Belastninger knyttet til selve arbeidsoppgavene

#### *Kvantitativ overbelastning*

Det kan dreie seg om såvel fysisk som mental overbelastning. Det være seg tidspress, for mange arbeidsoppgaver i forhold til tiden en har til disposisjon eller uforutsette arbeidsoppgaver med korte tidsfrister. Store belastninger knyttet til tidspress er dokumentert i pleie- og omsorgssektoren (Skogstad et al. 1990, Hellesøy et al. 1991, Sørensen et al. 1997)

#### *Kvantitativ understimulering*

Ensførmig arbeid og for få arbeidsoppgaver står her sentralt. Dette kjennetegner arbeidet til den klassiske industriarbeider ved samlebandet. Arbeidet består av enkle, gjentakende arbeidsoperasjoner. I moderne industri er kontrollromsoperatører utsatt for samme type belastninger.

### *Kvalitativ overbelastning*

Dette innebærer at de arbeidsoppgavene individet står overfor er for sammensatte eller vanskelige, slik at de overskrider dennes mestringskapasitet.

En typisk stressfaktor for ledere er at viktige beslutninger må tas uten at lederen har oversikt over hvilke konsekvenser beslutningen vil få. Uklare arbeidsoppgaver som resulterer i at arbeidstakeren ikke vet hva hun/han skal gjøre for å løse oppgavene tilfredsstillende, er også er type kvalitativ overbelastning

### *Kvalitativ understimulering*

Innebærer at arbeidstakerne mangler utfordringer og utviklingsmuligheter. Mange arbeidstakere savner utviklingsmuligheter i jobben sin, de ønsker kompetanseutvikling og nye arbeidsoppgaver.

### *Manglende kontroll over egne arbeidsbetingelser*

Personlig kontroll over egen arbeidssituasjon fremstår som viktig for såvel helse som trivsel (Ganster 1989). Kontroll kan i denne sammenheng vidt defineres som: *individets mulighet til å kunne påvirke omgivelsene slik at disse blir mer belønnende eller mindre truende*. Aktuelle spørsmål spenner fra innflytelse på beslutninger som tas i bedriftsledelsen (medbestemmelse) til frihet til selv å bestemme arbeidsutførelse (autonomi).

Karasek (1979) og Karasek og Theorell (1990) påpeker at manglende kontroll over egen arbeidssituasjon, er den primære risikofaktor for hjertekarsykdommer i arbeidslivet. Kontroll (decision latitude) innehar to dimensjoner: *muligheter til å benytte ferdigheter/kompetanse og innflytelse på beslutningstaking*. De to forskerne dokumenterer at nevnte faktorer har avgjørende betydning for stressrelaterte belastninger og helsestatus.

Egenkontroll kan knyttes til følgende sentrale områder (Ganster 1989):

### *Arbeidsoppgavene*

I hvilken grad individet selv kan bestemme rekkefølge når arbeidsoppgaver skal utføres; videre om det er mulig å velge mellom ulike måter å løse dem på. Kan arbeidstakerne velge mellom ulike oppgaver

og aktiviteter? Det er også av stor betydning om individet har kontroll over resultatene av eget arbeid (produkter, tjenesteytelser).

#### *Arbeidsutførelse*

Om den enkelte selv har styring og kontroll over selve arbeidsprosessen, eller om denne er styrt av maskiner, ufravikelige tidskjema o.l..

#### *Arbeidstidsordninger*

Kan arbeidstakerne selv velge arbeidstidsordning, er det fleksitid i bedriften?

#### *Fysisk miljø*

Om arbeidstakeren selv utforme og påvirke sine miljøomgivelser (lys, temperatur, støy, ergonomi osv.).

#### *Beslutningstaking*

I hvilken utstrekning individet kan påvirke organisasjonenes mål, strategier, prosedyrer m.v.

#### *Sosialt samspill*

Kan den enkelte selv bestemme hvor mye og hvilken type kontakt han skal ha med kolleger, ledere, kunder, klienter osv.?

#### *Stabilitet/mobilitet*

I hvilken grad kan individet selv bestemme om hun ønsker å fortsette med sine nåværende arbeidsoppgaver eller endre på disse, evt. bytte jobb?

### **Rollekonflikt og rolleusikkerhet**

Rollekonflikt er nærværende når individet står overfor motstridende krav i organisasjonen, må utføre oppgaver som oppleves som irrelevante for egen jobb, eller gjør arbeidsoppgaver som står i klar motsetning til egne verdier og normer. Fire typer rollekonflikter kan identifiseres (Miles & Perreault 1976):

- *Personrolle-konflikt*: Individet ønsker å gjøre arbeidet annerledes enn det instruksjonene tilsier.

- *Intrasender-konflikt*: Arbeidstakeren mottar en oppgave denne ikke har tilstrekkelige ressurser (personell, tid, verktøy o.l.) for å løse på en tilfredsstillende måte.
- *Intersender-konflikt*: Personen blir bedt om å yte noe som vil tilfredsstille en persons krav, mens andre vil bli misfornøyde.
- *Rolleoverbelastning*: Individet får pålagt flere ansvarsområder og oppgaver enn det er i stand til å håndtere.

*Rolleusikkerhet* innebærer at arbeidstakeren ikke har fått tilstrekkelig informasjon om hva som forventes til å kunne utføre arbeidet. Med andre ord dreier det seg om manglende instruksjoner eller uklare forventninger til tjenesteytelse eller sluttprodukt.

Arbeidsmiljølovens paragraf 12 sier at betingelsene bør tilrettelegges på en måte som sikrer sosialt kontakt. I det *mellommenneskelig samspill* ligger enorme muligheter både til berikelse og belastninger. Stressforskningens far Selye (1974) hevdet for egen del at det å leve med andre mennesker er den side ved livet som byr på mest stress.

Denne presentasjonen av stressfaktorer dreier seg i all hovedsak om potensielle belastninger. *Sosial støtte* (Cohen & Syme 1985) er imidlertid en utvetydig positiv arbeidsmiljøfaktor og kan i mange sammenhenger være en støtpute mot stressreaksjoner (Hellesøy 1990). Det kan skilles mellom fire typer sosial støtte (House 1981):

- Emosjonell støtte (å bli verdsatt, akseptert, vist omsorg).
- Vurderingsstøtte (å gi realistisk tilbakemelding på opplevelser og atferd).
- Informasjonsstøtte (å formidle relevant og nødvendig informasjon).
- Instrumentell støtte (praktisk hjelp i form av tid, penger, materiell o.l.).

Sosial støtte som fenomen kan studeres på ulike måter. En distinksjon går mellom hvilken støtte en opplever å kunne motta når behovet skulle melde seg, dette i motsetning til faktisk mottatt sosial støtte. Et annet poeng er at sosial støtte er et samspillsfenomen. Mengde og kvalitet er ikke bare avhengig av giveren, mottakeren vil i stor grad kunne påvirke forholdet gjennom egen atferd (Pearlin 1985).

En rekke laboratorieeksperimenter og feltstudier har vist at sosial støtte har gunstige effekter på trivsel, helse og yteevne (Cassel 1976, Berkman & Syme 1979). Hellesøy et al. (1985) påviser klare sammenhenger mellom god helse og opplevd sosial støtte blant offshorearbeidere. Mange mobbeoffer klager over manglende sosial støtte fra familie, kolleger og venner (Kile 1990). Dårlig sosial støtte øker sårbarheten for alle typer påkjenninger og forsterker negative konsekvenser av stress. God sosial støtte styrker jobbmotivasjon, mestring og pålitelighet ved utførelse av arbeidsoppgaver, videre virker det som en "buffer" mot belastninger.

Psykososiale stressreaksjoner assosieres av mange med belastninger som kommunikasjonsproblemer, konflikter og mobbing. I en større arbeidsmiljøundersøkelse (Einarsen & Raknes 1991) som dekker en rekke næringssektorer (N=2215) påvises signifikante sammenhenger mellom mobbing og helsemål som psykiske plager, somatiske plager, muskel-/skjelettplager og sykefravær.

Lederskap og lederstil er potensielle stressfaktorer, om enn mindre fokusert i stressforskning. Å bli utsatt for en autoritær lederstil kan ha klare negative helsemessige konsekvenser (Sutherland & Cooper 1988). I en intervju-undersøkelse blant mobbeoffer dokumenterer Kile (1989) helseskader som følge av autoritært og manipulerende lederskap.

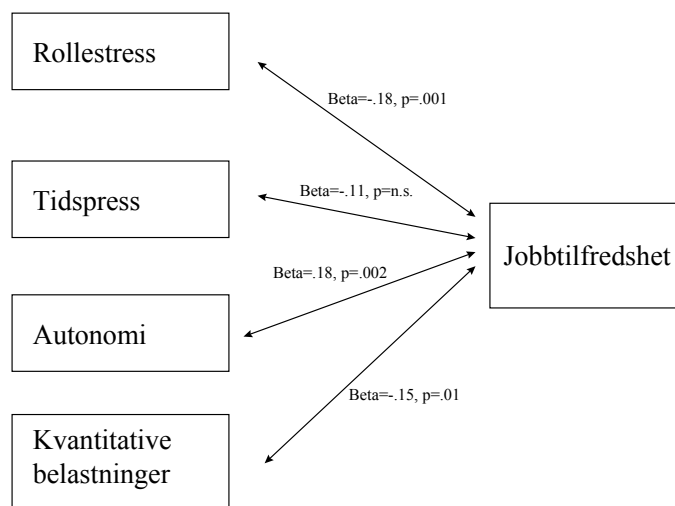
#### 5.4 Hvilke arbeidsmiljøfaktorer som virker mest in på jobbtrivsel og helseutfall hos ansatte i pleie- og omsorgssektoren

En rekke forhold på ulike nivåer vil selvsagt påvirke de ansattes jobbtrivsel og helse. Vi har gruppert disse faktorene på et makronivå (overordnede økonomiske-administrative rammebetingelser) og et mikronivå (faktorer innenfor institusjonen/arbeidsplassen). De aller fleste studier angående arbeidsmiljø og arbeidshelse har konsentrert seg om mikronivået. Dog er det også noen studier som påpeker at de overordnede økonomiske rammebetingelser og administrative styring har stor betydning for de ansattes trivsel og helse. Det som slår oss er at studier av sammenhenger mellom forhold på både makro- og

mikronivået på den ene side og trivsel og helseutfall på den andre glimrer med sitt fravær. Med andre ord er det her behov for mer kunnskap. I det følgende vil noen resultater fra mikronivået bli presentert.

I en studie av pleie- omsorgspersonell i Bergensregionen (Skogstad 1997) ble en rekke arbeidsmiljøfaktorer på mikronivå kartlagt sammen med utfallsmål som jobbtrivsel, utbrenthet, selvrapporterte muskel-/skjelettplager og subjektiv helse.

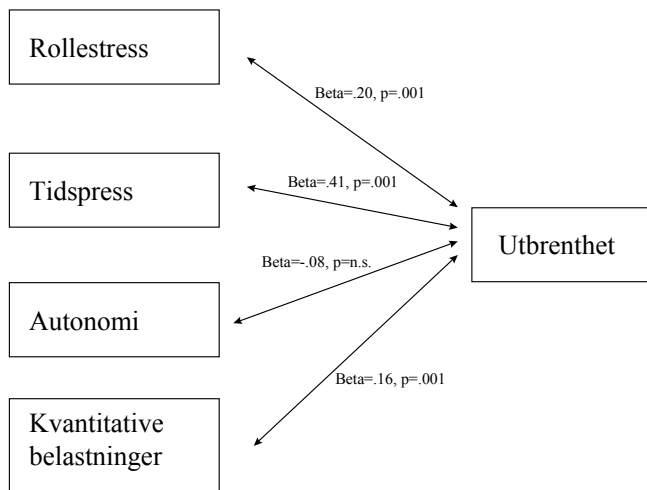
Av faktorer i arbeidsmiljøet som har blitt fokusert har følgende hatt en sentral plass i mange studier: tidspress, fysiske og ergonomiske belastninger, rollekonflikter og rolleusikkerhet, og egenkontroll og medbestemmelse. Det er også forsket mye på hvordan ulike former for sosial støtte fra kolleger og overordnede virker inn på helse og trivsel. Resultater fra studien (Skogstad 1997) viser at rollestress (rollekonflikt og rolleusikkerhet samlet), autonomi (egenkontroll og medbestemmelse samlet) og kvantitative belastninger (fysiske og ergonomiske belastninger samlet) viser systematiske sammenhenger med jobbtrivsel (Figur 1). Tidspress viser ingen signifikant innflytelse her. Vi kan tolke de statistiske sammenhengene som at mye rollestress, lav autonomi og kvantitative belastninger henger sammen med lav jobbtrivsel. Analyser av materialet (Skogstad 1996) viser også at støtte fra nærmeste leder og arbeidskolleger i avdelingen har en betydelig positiv innflytelse på jobbtrivselen. En statistisk sammenligning viser at sosial støtte fra nærmeste leder og kolleger har større betydning for jobbtrivselen enn de andre arbeidsmiljøfaktorene.



*Figur Feil! Ukjent bryterargument. Sammenhenger mellom arbeidsbelastninger og jobbtilfredshet*

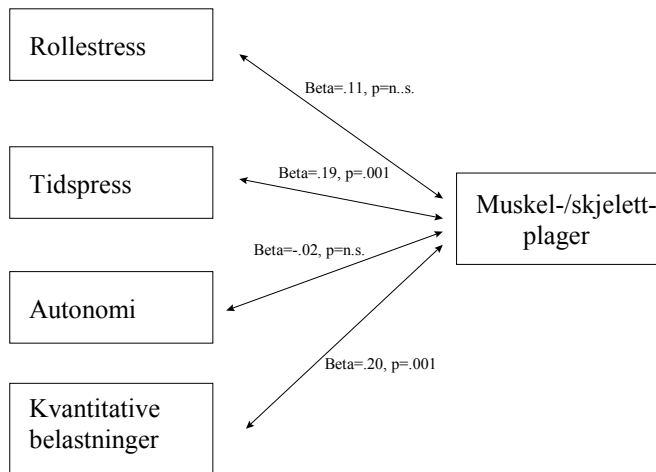
Faktorene som er tatt med i studien viser seg å ha ennå større betydning for vurderinger av utbrenthet (i betydningen emosjonell utmattelse, se Figur 2). Alle arbeidsrelaterte faktorer, med unntak av autonomi, viser systematiske sammenhenger med utbrenthet. Størst innflytelse har tidspress. Høye belastninger henger sammen med høye skårer for utbrenthet. Analyser viser videre at sosial støtte fra nærmeste leder og kolleger har liten innflytelse.





*Figur Feil! Ukjent bryterargument. Sammenhenger mellom arbeidsbelastninger og utbrenthet*

Det ble også påvist systematiske sammenhenger mellom arbeidsmiljø og sosiale faktorer på den ene side og muskel-/skjelettplager (i form av rapportert hyppighet og intensitet) på den andre (Figur 3). De som opplever tidspress og fysisk/ergonomiske belastninger rapporterer også mer muskel-/skjelettplager. Analyser viser også at sosial støtte (emosjonell støtte og praktisk støtte) fra kolleger har en positiv innvirkning på plagene, mens en ikke finner at støtte fra nærmeste leder har noen betydning.



Figur Feil! Ukjent bryterargument. Sammenhenger mellom arbeidsbelastninger og muskel-/skjelettplager

Det viste seg også at arbeidsmiljøforhold som ble undersøkt har innflytelse på organisasjonstilhørighet. Men det var bare autonomi som hadde en signifikant statistisk innflytelse (Beta=.22). Støtte fra kolleger virket også positivt inn (Beta=.15), mens støtte fra nærmeste leder ikke hadde noen betydning i statistisk forstand.

Det viste seg også at de forhold som ble undersøkt hadde innflytelse på organisasjonstilhørighet. Blant arbeidsmiljøfaktorene viste egenkontroll og medbestemmelse seg å ha signifikant innflytelse (Beta=.22). Støtte fra kolleger virket også positivt inn (Beta=.15), mens støtte fra nærmeste leder ikke hadde betydning i statistisk forstand.

### Sammenhengen mellom ulike arbeidsmiljøforhold og helse

I rapporten *Arbeidsmiljø satt på bydelskartet - noen resultater fra en bydelsforvaltning i utvikling* (Sørensen 1997) legges resultatene fram fra en arbeidsmiljøkartlegging foretatt ved de 46 arbeidsplassene som til sammen utgjør Sagene og Torshov bydelsforvaltning (Bydel 4). Disse tjenestestedene er organiserte i 8 større tjenesteområder, og med så mange deltakere i undersøkelsen (850) som vi oppnådde, egnet data

seg vel for statistisk bearbeiding. Studien av ansatte i bydelsforvaltningen i Oslo viste følgende sammenhenger basert på regresjonsanalyser:

*Klare sammenhenger mellom fysiske arbeidsmiljøproblemer og helse.*

For a) *fysiske arbeidsmiljøproblemer* og helse er det en klart signifikant (betydelig) sammenheng. Arbeidsmiljøforhold påvirker helsen i stor grad i Bydel 4. *Indeksvariabelen* som først og fremst bidrar til dette er "Inneklima", men også "Renhold/Orden" og "Støy" bidrar mye. Videre ser vi at også *indeksvariabelen* "Temperatur" er en negativ miljøfaktor med hensyn til helse, men den er ikke så betydningsfull som de tre førstnevnte. "Romforhold" og "Vanskeligheter med teknisk utstyr" bidrar minst til dårlig helse når det gjelder det fysiske arbeidsmiljø.

I analysen av inneklima så vi på disse sammenhengene mer i detalj, hvor de ulike tjenesteområdene ble sammenlignet. Resultatene her viser at dette er et nokså allment problem for bydelen totalt sett. At støy og renhold er av større betydning enn temperatur er et poeng her. Ubehagelig temperatur påvirker derfor ikke helsen i stor grad. Temperatursvingninger, trekk og kulde om vinteren og varme om sommeren var de aktuelle spørsmålene i denne sammenheng.

*Høyt tempo og store mestringskrav påvirker helsen.*

Ser vi på b) forholdet mellom *hemmende arbeidsorganisering* og helse er det særlig "Stramt oppgavestyrte tid" som er viktig i sammenheng med helse. Dette innebærer at høyt tempo og store mestringskrav påvirker helsen i størst grad når det gjelder organisering av arbeidet. Videre finner vi at også "Manglende operasjonelle ressurser" (turnover/fravær/lav bemanning/ukvalifisert personell) og "Usikkerhet om faglig utførelse" (blant annet følelse av utilstrekkelighet) har klar innvirkning på personalets helse. Faktorer innenfor arbeidsorganisering som ikke har spesielt stor innvirkning på helse er her "Manglende kontinuitet i oppgavene" og "Kollegialt styrt tid" (for lite mulighet til å arbeide selvstendig i forhold til kolleger).

Vi kan også konstatere at både "Fysiske arbeidsmiljøfaktorer" og "Arbeidsorganisering" har stor, registrerbar innvirkning på arbeidsmiljørelaterte helseproblemer.

For *c) stagnerende organisasjonsdynamikk*, som kan sies å være en samlebetegnelse for evne til å utnytte faglige ressurser, ser vi ikke noen entydig sammenheng med helse.

*Opplevelse av ekskludering og fremmedfølelse har innvirkning på arbeidshelsen.*

Derimot er det en betydelig sammenheng mellom helse og *d) ekskludering/fremmedgjøring*. Den faktoren som bidrar sterkest i denne sammenheng er "Kritikk/trakassering. Medvirkningsmuligheter, utviklende arbeidsmiljø og muligheter for innflytelse må sies å ha relativt liten innvirkning på helse. Det er i det alt vesentlige kritikk/trakassering i form av det å føle seg ille til mote eller nedfor på grunn av fordommer, kritikk, vanskeligheter, å ikke bli tatt på alvor og plaging/mobbing som innvirker på helsen.

### Sammenhengen mellom ulike arbeidsmiljøforhold og stress

Ved siden av redusert helse er stress en konsekvens av dårlige arbeidsmiljøforhold som fremkommer i denne modellen. Vi har derfor sett nærmere på hva som i størst grad medfører stress innenfor Bydel 4 totalt sett.

*Vanskeligheter med teknisk utstyr, støy og temperaturforhold virker inn på stress*

Når det gjelder hvilke fysiske arbeidsmiljøproblemer som har sterkest sammenheng med stress er det "Vanskeligheter med teknisk utstyr" og "Støy". Dernest finner vi at "Temperatur" også har betydelig innvirkning på stress, men i noe mindre grad.

Minst innvirkning på stress har renhold/orden, romforhold og innelima.

*For hemmende arbeidsorganisering finner vi en særlig sterk sammenheng med stress*

"Usikkerhet om faglig utførelse" (at man føler seg faglig usikker eller inkompetent) og "Kollegialt styrt tid" (arbeidet styres for mye av kolleger) bidrar særlig til dette. Også "Manglende operasjonelle ressurser" (fravær, turnover, lav bemanning) og "Manglende kontinuitet i oppgavene" er av betydning i denne sammenheng.

"Stramt oppgavestyrte tid", som dreier seg om arbeidstempo som blir styrt av utenforliggende forhold som tidsfrister, teknisk utstyr, brukere osv, bidrar minst som stressfaktor. Det viktigste resultatet her er at følelse av inkompetanse er en større kilde til stress enn at arbeidstempo er styrt av utenforliggende forhold. Det er imidlertid viktig her å skille mellom hva som betegnes som utenforliggende forhold og kolleger. Arbeidstempo styrt av kollegaer er av de sterkeste stresskildene.

Vi snakker imidlertid om en gradforskjell her. Også problemer med teknisk utstyr bidrar til stress slik som det framkom under fysisk arbeidsmiljø, men sosiale og organisatoriske faktorer ser ut til å være viktigere.

Videre finner vi at også "Stagnerende organisasjonsdynamikk" har sammenheng med stress. Dette var altså ikke tilfelle da vi så på helsevariabelen ovenfor. Det er særlig "Arbeidstakerressurser" (manglende muligheter til å påvirke egen arbeidssituasjon) som bidrar til dette, men også "Ledelsen" og "Ikke tilstrekkelig gode redskaper" (blant annet manglende opplæring) er av betydning.

Faglige utviklingsmuligheter har ingen påviselig innvirkning på stress i dette materialet.

Når det gjelder sammenhengen stress og ekskludering/fremmedgjøring er det særlig indeksvariabelen "Kritikk og trakassering" som gir sterkest bidrag til dette. Det samme så vi var tilfellet ovenfor med helse.

Det er også en signifikant sammenheng mellom stress og mangel på "Umiddelbare innflytelsesmuligheter" (hvem man skal samarbeide med).

For "Medvirkningsmuligheter" (beslutninger om utførelse av arbeidet) og "Netto personlig miljøgevinst" (positivt og utviklende arbeidsmiljø) er det liten sammenheng med stress.

#### *Sammenhengen mellom helse/stress og trivsel*

At trivsel og stress innvirker på hverandre er neppe overraskende, men i hvilken grad påvirker stress og dårlig helse trivsel, og hvor finner vi de mest entydige sammenhengene? Vi finner en særlig sterk

sammenheng mellom stress og "Følelsen av utilstrekkelighet". Denne variabelen inneholder i stor grad uttrykk som er kjent i sammenheng med stress, slik som følelse av å være utsatt for press, bekymringer, stadig følt seg nervøs og anspent, det å være nedtrykt osv. Man kan altså så si at slik som "trivselsvariabelen" er definert her, er det en meget sterk og entydig helt klar sammenheng mellom det å føle utilstrekkelighet i jobben og stress.

*Indeksvariabelen* som betegner det å (ikke) "Fungere i jobben" omhandler manglende delaktighet, engasjement, motivasjon, glede, konsentrasjonsevne osv. Denne viser også en klar sammenheng med stress, men den er ikke så sterk som for den ovenfornevnte indeksvariabelen.

*Sammenhengen mellom helse og "Følelsen av utilstrekkelighet" er også klar, men ikke i så stor grad som for stress*

Vi finner også at sammenhengen mellom helse og hvorvidt man (ikke) "Fungerer i jobben" er sterk og omtrent som for stress.

*Sammenhengen mellom helse/stress og jobbtilfredshet*

Jobbtilfredshet påvirker i høyeste grad stressnivået. Alle indeksvariablene som gir uttrykk for (manglende) jobbtilfredshet hadde en klar sammenheng med stress. Størst innvirkning på stress har mangel på "Medbestemmelse/innflytelse". Dernest finner vi variablene for "Verdsetting og Arbeidsmiljø". Av mindre betydning er "Rettigheter/rettferdighet" og "Utviklingsmuligheter" i denne sammenheng, men det er her kun snakk om en mindre forskjell.

For helse er de tilsvarende resultatene ikke så entydige som for stress når vi ser på indeksvariablene for jobbtilfredshet separat, men når vi ser på gruppen av indeksvariabler med hensyn til jobbtilfredshet, viser også denne like sterk avhengighet med helse som vi så for stress. Minst sammenheng med helse har (manglende) Verdsetting. De øvrige 4 indeksvariablene som omhandler jobbtilfredshet, er alle tilstrekkelig signifikante til å si at jobbtilfredshet og helse påvirker hverandre i stor grad i Bydel 4.

*Sammenheng mellom helse/stress og fravær fra jobben på grunn av sykdom og ønske om å skifte jobb*

Dårlig helse påvirker sykefraværet i større grad enn stress, men både helse og stress er klart betydningsfulle i denne sammenheng.

Derimot ser vi at stress påvirker ønsket om å skifte jobb mer enn hva helse gjør. Helse og stress har altså forskjellig grad av betydning ettersom vi ser på fravær eller ønske om å skifte jobb.

Helse:

Størst helsemessig betydning for sykefravær har "Smerter i øvre del av kroppen" (hode, skuldre, nakke og øvre rygg) og "Nervøse/ Psykiske plager". Minst betydning har "Smerter i nedre del av kroppen".

"Psykiske problemer" har *størst* innvirkning på ønsket om å skifte jobb, mens de helseproblemene som har minst betydning for ønske om å skifte jobb er "Smerter i nedre del av kroppen" (rygg hofter, knær, føtter).

Man kan derfor slå fast at nervøse plager/psykiske plager er meget viktig både for sykefravær og ønske om å skifte arbeidsplass.

Stress:

Stress har størst innvirkning på fravær i forbindelse med "Manglende muligheter til å oppfylle karriereambisjoner". Små muligheter for forfremmelse, lav lønn og mangel på makt og innflytelse innvirker altså på fraværet, men ikke i betydelig grad. Minst sammenheng mellom fravær og stress finner vi for stress på grunn av teknisk/funksjonelle belastninger og lav selvtillit. Det er imidlertid ikke spesielt klare utslag i denne sammenheng.

For de som ønsker å skifte jobb hadde som nevnt stress større innvirkning enn helseproblemer. Størst betydning for ønsket om å skifte jobb har stress i form av dårlig forhold til kollegaer. Også uklare linjer, uro, dårlig kommunikasjon har i stor grad innvirkning på ønsket om å skifte jobb. Minst innvirkning har stress på grunn av lav selvtillit.

Man kan derfor si at for *fravær* betyr ergonomiske plager i øvre del av kroppen og nervøse/psykiske plager mye.

Det samme gjør mangel på innflytelse/muligheter for å få oppfylt sine ambisjoner.

Disse resultatene hjelper oss til å sirkle inn noen av de viktige områdene som man bør legge vinn på å påvirke dersom man vil oppnå vesentlige forbedringer i rekruttering, vedvarende utvikling av trivsel

og arbeidsglede, reduserte belastningslidelser og bedre psykososial helse blant de ansatte.

Det er bestemt at en nå vil gjøre bredt anlagte forsøk med sikte på å virkeliggjøre en systematisk forbedring av de helseutfall som vekker bekymring av flere grunner, først og fremst på grunn av den menneskelige lidelsen det her er snakk om, men også fordi det virker inn på den kvalitet i omsorg og pleie som brukere får når deres hjelpere selv blir hjelpe- eller behandlingstrengende. Denne arbeidssykeligheten er samtidig også tyngende på driftsbudsjettene, og det virker å være meget god økonomi å satse på å forebygge og endre betingelsene som antas å ligge bak sykkeligheten.



## 6

## Helse og fravær generelt og spesielt for pleie- og omsorgssektoren

I dette kapitlet er temaet "arbeid og helse". Helse er et begrep som er komplisert å definere. WHO's definisjon er fravær av plager, men ny forskning tilbyr andre definisjoner der en vektlegging av velvære, altså en positiv verdi understrekes. Fra Antonovski kjenner vi begrepet "salutogene", helsefremmende forhold.

For å illustrere hva man kan finne av sammenhenger gjennom en enkelt undersøkelse skal vi ta for oss noen konkrete arbeidsmiljø- og arbeidshelsekartlegginger. Disse kartleggingene vil kunne gi en pekepinn med hensyn til de fysiske, organisatoriske og sosiale forholdenes innhold og utbredelse.

Arbeidets innvirkning på helsa er et komplisert felt for forskning. Som kjent er det slik at man setter særlige krav til forskningsmetode for å kunne slå fast at det er snakk om årsakssammenhenger. For å illustrere dette kan vi ta utgangspunkt i noen eksempler:

Dersom vi vil gjøre en undersøkelse omkring arbeidsrelaterte hudplager og velger mer spesifikt å si noe om hva som forårsaker slike plager blant helsepersonell, setter dette krav til metodisk framgangsmåte. Da kan vi velge å gå til verks på flere ulike måter:

- Vi kan studere registeret over yrkesskader og se på forekomsten av hudlidelser blant ansatte i helsevesenet sammenliknet med andre bransjer. Sammenlikner vi med den registrerte utbredelsen av disse plagene i andre grupper kan vi si noe om incidens og prevalens.
- Vi kan lage en kartleggingsundersøkelse hvor vi ber alle ansatte eller et representativt utvalg av ansatte i helsevesenet om å registrere egne hudlidelser, og da får vi en mulighet til å bestemme omfanget av plagene.

- Vi kan foreta en undersøkelse der noen faktorer varieres systematisk, et såkalt kontrollert forsøk.

Det er bare den siste metoden som gir resultater som tilfredsstillende krav om å belyse årsakssammenhenger på en vitenskapelig godkjent måte.

De to sistnevnte tilnærmingene er kanskje de mest benyttede. I kartlegginger spør vi om hvilke stoffer man håndterer, hvordan innemiljøforholdene er, litt om livsstilen til den enkelte og noe om vedkommendes tilskrevne egenskaper (kjønn, alder, mv). Så undersøker vi sammenhengen mellom forekomsten av hudlidelser/ symptomer hos f.eks. de som håndterer bestemte typer kjemikalier sammenliknet med den gruppen som ikke håndterer slike kjemikalier. Andre faktorer som systematisk kan tenkes å påvirke forekomsten av hudlidelser holder vi kontroll over ved at vi sikrer oss at de gruppene vi sammenlikner er like med hensyn til disse forholdene.

Vil vi undersøke gjennom forsøk må vi randomisere, og lage en gruppe som blir utsatt for bestemte kjemikalier og en som ikke blir utsatt for disse kjemikalier. De to gruppene må være "like" med hensyn på forhold som vi kan tro ellers vil skape variasjon i utfall, da regner vi med at hudreaksjoner hos den ene gruppen kan forklares med eksponeringen for et bestemt "agens", i dette tilfellet kjemikalier.

Det er ikke så veldig lenge siden det bare var gjennom vitenskapelige undersøkelser at man fikk etablert at det var sammenhenger mellom arbeid og helsereaksjoner. Først et godt stykke ut på 1970-tallet ble det vanlig å anerkjenne også subjektive meldinger fra arbeidstakerne som bakgrunn for å belyse arbeid-/helseforhold.

Men det er alvorlige begrensninger på mulighetene til å gjennomføre forsøk i klassisk forstand for å belyse hvilke helseutslag eksponering i arbeidslivet får. I det virkelige liv er betingelsene annerledes enn under laboratoriebetingelser og som regel vil det være flere faktorer i samspill i autentiske arbeidsmiljø.

Da arbeidsmiljøloven av 1977 kom, valgte man en formålsorientering. Det var riktignok slik at man la forskning og forskningsresultater til grunn for regulering, men ikke slik at man krevde vitenskapelige bevis

i tradisjonell forstand. Registerstudier som f.eks. oversikter over dødelighet eller forekomst av krefttilfeller etter yrke er meget viktige. For eksempel kan vi finne overdødelighet i enkelte yrker som må sees på bakgrunn av forhold i arbeidet. I en slik sammenheng ser man f.eks. at ansatte i hotell og restaurantbransjen har en høy dødelighet og i en ganske ny doktoravhandling (Kjærheim 1997) er det vist hvordan dette henger sammen med arbeidsforholdene og kulturen i bransjen.

I andre sammenhenger finner man spesifikke sammenhenger mellom forhold i et yrke og eksponering for definerbare forhold. For eksempel så forekommer fettlunge i yrker der man innånder matos, og før i tiden fikk ansatte i sprengstoffindustrien abstinensplager når de ikke var i nitroglyserinluft, og rengjøringsansatte fikk "vaskepose" på armene.

Men ikke alle lidelser ble fanget opp, rett og slett fordi man lærte seg at legene ikke hadde noe hjelp å tilby. Undersøkelser viser blant annet at skiftarbeidere fant ut at det var vel så bra å høre på erfarne kollegers råd om hvordan man skulle innrette seg som å gå til legen (Sørensen 1983). Noen plager bare "hørte med", ble det for ille fikk man heller slutte.

Seleksjon fra yrker pga. at de ansatte ikke orket plagene ga derfor en "healthy worker"-effekt, bare de som hadde høy toleranse ble igjen i yrket og dermed kunne man møte 70-åringene som trivdes og ikke hadde en eneste plage f.eks. pga. skiftarbeid. Yrket kunne være meget helseslitende, men de som ble værende tålte belastningene.

Først i løpet av de siste årene har man fått "bevis" for at skiftarbeid medfører belastninger som kan føre til hjerte-/karlidelser (Åkerstedt, 1996).

For å kunne vurdere helsepåvirkende forhold i pleie- og omsorgsyrkene burde man først si noe om hva vi vet generelt om arbeid og helse. Dernest kunne disse forholdene granskes mer spesifikt for pleie- og omsorgsarbeiderne på bakgrunn av undersøkelser som er foretatt. Men noe kan vi også med god grunn anta gjelder for disse gruppene utfra en vurdering av likheter med andre grupper som er undersøkte. Da vil det sannsynligvis også komme til syne flere områder der vi ikke har kunnskap for pleie- og omsorgsgruppene. Dette ville gi oss en slags trakt som er vid på toppen og smalner til nedover.

## 6.1 Endringer i arbeidslivet og sykefravær

Arbeidslivet forandrer seg hele tiden. På 1990-tallet er det norske arbeidslivet blitt "post-industrielt", nå arbeider bare ca. 5 % i primærnæringene, rundt 12 % i industrien (og jobbene i industrien har også endret seg kraftig) - og resten av oss arbeider i servicenæringene og i kunnskapsindustri (Grimsmo & Salomon 1994). Det harde fysiske arbeidet er langt på vei blitt borte fra mannsyrkene, nå er det flere kvinner enn menn som har tungt fysisk arbeid. Og de som arbeider i service og kunnskapsindustri er utsatt for helt andre typer påkjenninger enn i den tradisjonelle vareproduserende virksomheten.

Dermed er også arbeidslivets epidemiologi endret.

Mange vet hva stress er, vi har flere som er berørte av fenomenet "moderne tjenerskap", mange av oss utfører det som kalles "emosjonelt arbeid", og alt dette leder til nye utfordringer når vi vil forstå hva som er helseskadelig og viktig å forebygge.

I debatten om arbeid og helse snakker man om arbeidsrelaterte plager, arbeidsrelatert sykdom og yrkessykdom.

Arbeidsrelatert sykdom defineres som:

Sykdom som er forårsaket eller sykdom som er blitt forverret av arbeidet. Noen av disse sykdommene gir rettigheter for kompensasjon i trygden eller gjennom yrkesskadeforsikring.

Yrkessykdom defineres som:

Arbeidsrelatert sykdom som blir godkjent av folketrygdloven § 11, er pr. definisjon yrkessykdom og gir mulighet for kompensasjon etter spesielle regler. Alle yrkessykdommer gir rett til kompensasjon fra yrkesskadeforsikringen. Arbeidsgiver har plikt til å melde yrkessykdommer. Dersom arbeidstaker vil fremme krav om å få godkjent sin sykdom som yrkessykdom, må han/hun fremme krav overfor trygden om dette. Belastningslidelser og en del andre lidelser er ikke godkjente.

## 6.2 Arbeid og helse - generelt

Arbeidstakerne er stort sett friske, det er et svært lite antall som sier at deres helse ikke er god. Når vi spør norske arbeidstakere om å vurdere egen helse "sånn i sin alminnelighet" så svarer arbeidstakerne som følger:

Helsa er meget god:	35 %
Helsa er god:	49 %
Verken god eller dårlig:	13 %
Dårlig:	3 %
Meget dårlig:	0 %

Det var 4 415 arbeidstakere som svarte på spørsmålet. Men da de samme menneskene ble spurt "Har du noen sykdom eller lidelse av mer varig karakter, noen virkning av skade eller handikap?" viste det seg at 30 % mente at de hadde slike sykdommer/skader eller handikap.

For de arbeidstakerne som var ansatte i en virksomhet på intervju-tidspunktet var det 22 % som mente at de sykdommer, skader eller lidelser som de hadde kunne føres tilbake til arbeidsmiljøet, mens 7 % sa at det visste de ikke.

Av dem som *ikke* var ansatte på intervju-tidspunktet sa litt flere, 25 %, at deres skade eller sykdom kunne føres tilbake til arbeidsmiljøet i tidligere jobb. Også her var det 7 % som ikke riktig var sikre på hvordan det lå an med sammenhengen.

Det var også ganske mange som mente at de hadde en sykdom eller funksjonshemming som gjorde at de ikke kan ta arbeid som de ellers mente var aktuell for dem dersom de skulle søke ny jobb (30 %).

Vi ser altså at ikke så rent få blant arbeidstakerne mener at de har arbeidsmiljørelaterte skader, men at helsa allikevel er rimelig god. Dette innebærer kanskje at vi tilpasser oss til skader og begrensninger, og vi senker muligens våre krav til arbeid og jobb ettersom vi får slike skader eller reduksjoner i det økonomene kaller "restarbeidsverdien" vår?

Det er rimelig godt samsvar mellom hva vi finner i den store Arbeidslivsundersøkelsen som det er referert fra her og en representativ undersøkelse som ble gjort ved Arbeidsforsknings-

instituttet i 1991 (Grimsmo & Sørensen 1991) der det fremkom at 36% av deltakerne i undersøkelsen som hadde hatt langtidssykefravær knyttet dette til forhold i arbeidet, mens det var 20 % av dem med korttidsfravær som mente at dette hadde noe med forhold i arbeidet å gjøre.

For de fleste av oss er arbeid og helse en positiv kombinasjon. Arbeidet, oppgavene, og tilknytningen til arbeidsplassen innebærer gode bekreftelser og forankring i sosiale nettverk som gir oss mye som enkeltmennesker.

Hvis vi ser på alle arbeidstakerne under ett finner vi at 3 % har vært utsatte for en eller flere ulykker i arbeidstiden, ulykker som har medført sykefravær utover ulykkesdagen.

Av de samme arbeidstakerne var det 14 % som sa at de hadde vært borte fra arbeidet pga. sykdom i mer enn 14 dager i løpet av det siste året. Mens 15 % hevdet at de hadde vært borte pga egen sykdom i løpet av de siste 4 ukene, og 6 % hadde vært fraværende pga. sykdom hos barn eller andre familiemedlemmer i løpet av 4-ukersperioden.

At vi mener at helsa er rimelig god betyr ikke at vi ikke har plager:

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Andel i % av arbeidsstokken som har vært plaget 1 dag i uken eller oftere av følgende lidelser:*

- Vært trett og uopplagt.....	39 %
- Hatt hodepine .....	16 %
- Hatt konsentrasjonsvansker .....	14 %
- Hatt prikking/stikking i hendene om dagen eller kvelden .....	7 %
- Hatt svie, kløe eller annet ubehag i øynene .....	15 %
- Hatt halsbrann, sure oppstøt, magesmerter eller urolig mage.....	14 %
- Ikke kunnet la være å tenke på jobben når du har fri.....	47 %
- Hatt problemer med å sove fordi det å tenke på jobben holder en våken. 7 %	

**Tabell Feil! Ukjent bryterargument.** Andel i % som ofte eller av og til...

	Ofte	Av og til
har vært plaget av svært kraftig hjertebank uten at du på forhand har anstrengt deg	2	9
har vært plaget av nervøsitet, angst eller rastløshet	3	21
følt deg deprimert eller nedfor, slik at du ikke har orket noe	3	20

**Tabell Feil! Ukjent bryterargument.** Andel i % som daglig, et par ganger i uken eller ca en gang i uken har hatt vondt...

Område	Daglig	Et par g. i uken	Ca 1 dag i uken
i øvre del av ryggen eller nakken	11	11	8
i nedre del av ryggen	9	8	6
i skuldre eller armer	12	10	7
i handledd eller hender	5	3	3
i hofter, ben knær eller føtter	9	5	5

**Tabell Feil! Ukjent bryterargument.** Andel som føler seg fysisk eller psykisk utmattet etter at de kommer hjem fra arbeidet

	Fysisk	Psykisk / mentalt
Daglig	6	4
Et par ganger i uken	17	15
Ca 1 dag i uken	14	14
Et par dager i måneden	31	31
Aldri	32	36

Her er det betydelige forskjeller etter yrke/bransje. Sammenlikner vi med resultater fra arbeidsmiljøkartlegginger i sykehjem og hjemmetjenester ser vi at dette er eksempel på bransjer som skårer meget høyt på en del helseutfall.

Nå har vi skaffet oss et lite overblikk over hva norske arbeidstakere svarer om sin helse og om hvordan arbeidet virker inn på sider ved

deres helse, f.eks. med hensyn til om man kan kople av fra jobben og få sove.

Når vi går igjennom dette materialet finner vi at arbeidstakerne kan deles inn i de som har symptomer og de som er symptomfrie.

For muskel-/skjelettplager har 55 % symptomer, mens 45 % er symptomfrie. For psykosomatiske symptomer har 58 % plager og 42% er symptomfrie. For psykiske symptomer har 17 % plager, mens 83 % er uten symptomer.

Symptomgruppene er inndelt slik:

Muskel/skjelettplager:

- vondt i øvre rygg/nakke
- vondt i nedre rygg
- vondt i skuldre/armer
- handledd/hender
- hofte/ben/knær/føtter
- stikking/prikking i hendene

Psykosomatiske plager:

- vært trett/uopplagt
- hatt vansker med konsentrasjonen
- hatt hodepine
- hatt svie/kløe/ubehag i øynene
- hatt halsbrann/sure oppstøt/magesmerter/uroelig mage

Psykiske plager:

- vært plaget av kraftig hjertebank
- nervøsitet/angst/rastløshet
- følt seg deprimert/nedfor/ikke orket noe

Det er gjort målinger omkring disse forholdene i 1989 og 1993 og det inntrådte få endringer over de fire årene (panelstudie).

Er det noen sammenheng mellom arbeidsmiljøforhold og arbeidet og disse resultatene i form av helsereaksjoner?

Dersom vi ser på de arbeidstakerne som oppgir at de har fysiske arbeidsmiljøproblemer/ uheldige ergonomiske forhold ofte eller av og



til, er det nær 80 % som oppgir at de har muskel-/skjelettplager (fig 9.3, Grimsmo 1996, Norsk arbeidsmiljø i en endringstid).

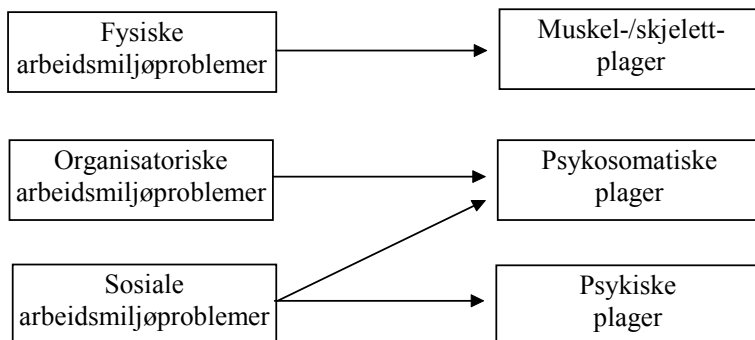
Blant dem som ofte eller av og til opplever organisatoriske arbeidsmiljøproblemer er det 65 % som har psykosomatiske plager. Sammenhengen her er svakere enn for fysiske arbeidsmiljøforhold og muskel-/skjelettplager.

Ikke uventet er det fysisk og statisk belastende arbeid som forklarer mye av sammenhengen mellom fysiske arbeidsmiljøforhold og muskel-/skjelettplager. Grimsmo sier at denne sammenhengen er innlysende: har en et arbeid hvor en f.eks. tar i med kroppen, i framoverbøyde eller andre stillinger som gir belastninger på ryggen gjentatte ganger i løpet av arbeidsdagen, vil en sannsynligvis over tid få vondt i ryggen eller andre deler av kroppen.

Det er også en viss sammenheng mellom muskel-/skjelettplager og klimatiske eller innemiljøplager. Men her er det arbeidsplassene som skaper samvariasjon. Fysiske arbeidsmiljøproblemer virker også inn i forhold til psykosomatiske og psykiske plager.

I denne undersøkelsen går indeksen statisk belastende arbeid inn også i organisatoriske arbeidsmiljøproblemer og forklarer mye av sammenhengen mellom organisatoriske arbeidsmiljøproblemer og muskel-/skjelettplager.

Når vi ser på den gruppen som opplever sosiale arbeidsmiljøproblemer er det flere som har psykiske plager enn blant de som sjelden eller aldri opplever denne typen arbeidsmiljøforhold.



*Figur Feil! Ukjent bryterargument. Sammenhengen mellom arbeidsmiljøet og arbeidshelsen (figur 9.3, Grimsmo 1996)*

Som figuren indikerer har de som opplever *fysiske arbeidsmiljøproblemer oftere muskel-/skjelettplager, psykosomatiske og til dels psykiske plager*. Det samme gjelder de som opplever sosiale arbeidsmiljøproblemer. Men her er sammenhengene til psykiske - og psykosomatiske plager sterkere enn til muskel-/skjelettplager. *De som opplever organisatoriske arbeidsmiljøproblemer har oftere muskel-/skjelettplager og psykosomatiske plager enn andre.*

Alle pilene i figuren angir statistisk signifikante sammenhenger, kontrollerte for kjønn, alder og yrkesstatus.

Når det gjelder kjønn ser det ut til at kvinner oftere har helseplager enn menn. Men denne forskjellen kan også skyldes større rapporteringsvillighet blant kvinner. Eldre yrkesaktive har noe dårligere helse enn yngre arbeidstakere. Arbeidere skårer noe dårligere enn funksjonærer i forhold til muskel-/skjelettplager, men funksjonærer kommer noe dårligere ut enn arbeidere når det gjelder psykosomatiske plager. I forhold til psykiske plager er det ingen forskjell mellom arbeidere og funksjonærer.

La oss ta et eksempel på sammenheng mellom arbeidsbelastning og helseutfall:

I en undersøkelse av arbeidsmiljø i medievirksomheter fant vi at svært mange av de ansatte var tunge pc-brukere. Det var da lett å finne en sammenheng som viste at det var økende forekomst av visse muskel-/skjelettplager med økende intensitet i bruken. Dette igjen hang sammen med opplevelsen av å være trett og sliten etter arbeidstid.

Denne undersøkelsen bygger på såkalt selvrapporing, man spør enkeltindivider og aggregerer opp svarene og foretar ulike statistiske analyser.

Det vi så får fram er mål for sammenheng. Dette er ikke det samme som kausalanalyser i klassisk forstand.

Vi skal nå problematisere det feltet vi har gått inn i ved å ta for oss et meget godt arbeid som er utført av en gruppe svenske forskere, og

dette gjøres for å drøfte nærmere sammenhenger mellom sider ved arbeidet og helseutfall.

### "Psykisk arbetsskada"

I den vitenskapelige skriftserien *Arbete och hälsa* nr 14:1996 tar man opp "Psykisk arbetsskada - skadlig iverkan - samband med arbete" (red Peter Westerholm).

Her finner man resultatene av et arbeid som ble satt igang på bakgrunn av endringer i svensk lovgivning (1993) om arbeidsskade-forsikringen. Den nye lovteksten innebærer økte krav på bevis dels hva gjelder såkalt skadelig innvirkning i arbeidet og dels be-dømmelse av sambandet mellom slik skadelig innvirkning og sykdom eller helsepåvirkning.

Den nye loven legger også en økt vekt på at bedømminger og beslutninger skal baseres på det aktuelle kunnskapsnivået på området.

I Sverige er det bare 3 % av de anmeldte arbeidssykdommene som er forårsaket av psykososiale forhold. Denne andelen synes å være lav i forhold til at det psykososiale arbeidsmiljøet i Sverige er forverret i løpet av 1980-tallet. Høyt stressarbeid forekommer stadig oftere.

Med høyt stressarbeid menes arbeid som er psykisk belastende og hvor muligheten til å fatte beslutninger/ ha innvirkning er liten. Andelen av slikt arbeid har økt til 21 % for kvinner, noe som er seks ganger så stor økning som for menn. Av den kvinnelige arbeidskraften er det 15 % som har gått fra ikke å ha slikt arbeid til å ha arbeid med slike kjennetegn. De gruppene dette gjelder er først og fremst offentlig ansatte kvinner på lavere og midlere nivå innen pleie, omsorg og utdanning. I Sverige er det da også fra den menneske-behandlende yrkesgruppene at de fleste anmeldelsene om arbeids-skader forårsaket av det psykososiale arbeidsmiljøet kommer.

De gruppene som oftest anmelder psykososialt forårsaket arbeids-skade er for Sveriges vedkommende:

Ambulanseførere, vektere, psykiatriske sykepleiere, sosionomer, samfunnsadministrative tjenestemenn, *ledere av storkjøkken, hjemme-hjelpere*, førskolelærere, militære og personalkonsulenter.

Man skiller mellom forløpet i den måten man er utsatt for psykososiale stressorer på

- slike som er vedvarende (statiske) over lang tid
- slike som innebærer viktige forandringer (dynamiske) av en grunntilstand
- episoder med en eller flere sterke inntrykk eller belastninger

Anne Marie Petterson (Petterson 1996) gir en oversikt over de vanligste skadelige sosiale situasjoner i arbeidslivet: krenkende særbehandling, trusler og vold, utbrenthet og reaksjoner etter katastrofer.

Psykososiale stressorer som kan utløse eller på en mer grunnleggende måte forårsake psykiske sykdommer kan forekomme både i arbeidet og i den personlige livssfæren.

Når disse faktorene er arbeidsrelaterte, i form av statiske (kronisk stress), dynamiske (forandringsstress) eller episodiske (traumatiske) overbelastninger, kan de forårsake arbeidssykdom og har således i lovens forstand "skadelig innvirkning".

Det er også vist at konflikt hos individet mellom arbeidet og den personlige sfæren kan utgjøre en selvstendig stressfaktor, utover den som oppstår i hver av disse sfærene. For eksempel kan krav om overtid eller nattarbeid og spesielt kvinners ansvar for familien være et slikt tilfelle. Dette regnes allikevel ikke inn etter lovens ånd.

I Gøran Struwes artikkel i samme arbeid (Struwe 1996) finner vi en redegjørelse for psykisk stress og ulike modeller for psykososialt betinget arbeidsstress og disse går alle utifra modellen om "stress - sårbarhet".

Stress i biologisk forstand defineres som at stimulus - eller en konsekvens av stimuli - har et slikt omfang at de truer med å bryte homeostasen hos en organisme.

### 6.3 Stressor - stressreaksjon

Det sentrale ved "psykologisk stress" er at det defineres utifra individets reaksjon, som i sin tur beror på hans eller hennes vurdering av stressfaktorens betydning.

Det viktige med begrepet "psykologisk stress" er altså at man må forstå den medierende kognitive strukturen, det vil si den funksjon hos individet som gir en hendelse en idio-synkratisk mening og derav følgende psykologisk effekt.

En høy arbeidsbelastning som engasjerer psykiske funksjoner utgjør naturligvis en psykologisk belastning, men behøver ikke medføre "psykologisk stress". Høye krav kan møtes med en frisk "coping"/mestring (Gaillard 1993) og da kan dette resultere i forhøyet velbefinnende. "Coping" er psykologiske strategier eller triks som hjelper individet til å møte en stor belastning og allikevel beholde homeostasen.

Vi skiller også mellom "overfladisk" og "dypstress" alt ettersom fundamentale psykiske funksjoner blir berørte eller ei.

Karasek og medarbeideres "krav-kontroll"-modell er særlig sentral, og denne modellen er tidligere omtalt under kapittelet om psykososiale forhold.

Karasek og Theorell lanserte en enkel induktiv modell med god prediktiv kraft i 1990 (Healthy Work). Den anvender to dimensjoner som til sammen utgjør viktige bidrag til arbeidsbelastning (job strain). Dimensjonene er kontroll (decision latitude) og krav (psycho-logical demand). Johnson og medarbeidere la senere til dimensjonene sosial støtte ("social support"). Disse dimensjonene er kommet fram gjennom faktoranalyse på store materialer der arbeidstakere gir subjektive bedømminger av et stort antall konkrete sider ved arbeidsmiljøet. Kontroll utgjøres av en kombinasjon av "task authority" og "skill discretion". Krav utgjøres av både psykiske og fysiske krav.

Karasek og Theorells modell legger hovedvekten på de psykososiale belastningene og de svakheter som finnes i arbeidsmiljøet - og retter kravet om forandring mot samfunnet og arbeidsgiverne. Det kan også sies at den bekrefter det vi allerede fra norsk forskning har som resultater av forskning utført av miljøet rundt Einar Thorsrud (Thorsrud & Emery 1969).

Andre modeller setter mer søkelyset på forholdet mellom miljø og person og retter krav mot den enkelte.

### Kronisk arbeidsrelatert stress

En omfattende litteratur viser at kronisk arbeidsrelatert stress kan gi opphav til søvnproblemer, depresjon og visse angstsyndromer.

Dynamiske psykososiale belastninger:

Dynamiske psykososiale overbelastninger og forandringsstress øker også risiko for depresjon og angstlidelser, men også for selvmord og selvmordsforsøk.

Episodiske hyperbelastninger og traumatisk stress:

Disse stressorene øker kraftig risiko for akutt stressyndrom og posttraumatisk stressyndrom, men også faren for somatiseringsyndromer, depresjon og selvmord.

## 6.4 Nærværs- og fraværsfaktorer

Forskningen viser at det er mange ulike faktorer og variabler som er med på å skape arbeidsmiljøproblemer for de ansatte (Skaar 1987, Brandth 1984). Det er per i dag en enighet blant enkelte forskere om at det er vanskelig å fokusere på enkelte variabelbetydning for arbeidsmiljøproblematikken hos de ansatte. Empiriske undersøkelser har vist at det er kompleksiteten og samspillet mellom de ulike variabler som er mer fruktbar å fokusere på, dette fordi det er vanskelig å skille ut betydningen av en enkelt variabel. Resultatet er at flere undersøkelser argumenterer for nødvendigheten av å se på samspill mellom flere variabler som en nyttig innfallsport for å forstå arbeidsmiljøet til de ansatte.

Et viktig metodisk inntak for å forstå kompleksiteten i denne problematikken har vært gjennom begrepene *nærvær og fravær*. Ifølge Aarvak (1980) utfører arbeidstakerne ulike aktiviteter som under gitte arbeidsforhold fører til at de ansatte utsettes for ulike typer av påvirkninger. Disse påvirkningene kan være av enten negativ eller positiv karakter. For eksempel, negative påvirkninger vil være et resultat av ulike type belastninger, mens positive påvirkninger kan være aktiviteter som gir de ansatte muligheter for "tilfredsstillelse, verdirealisering, osv." (ibid:1980). Disse påvirkningene på sin side vil frembringe ulike former for reaksjoner hos de ansatte. Påvirkninger av negativ karakter motiverer de ansatte til å holde seg borte fra jobben.

De ulike begrunnelser for de negative reaksjoner defineres som fraværsfaktorer. De positive reaksjoner som påvirker de ansatte til å gå på jobben defineres som nærværsfaktorer.

Modellen går videre ved å skille mellom positive og negative nærværsfaktorer, og mellom positive og negative fraværsfaktorer. *Positive nærværsfaktorer* kan defineres som sider ved virksomhetene og jobben som gjør arbeidet og arbeidsplassen tiltrekkende og som bidrar til at den ansatte får lyst til å gå på jobben. *Negative nærværsfaktorer*, derimot, handler om forhold som gjør til at den ansatte føler seg presset til å gå på jobb, selv om vedkommende egentlig burde holde seg hjemme. Negative nærværsfaktorer m.a.o. utløser nærværspres som kan virke negativ på den enkeltes helse. *Positive fraværsfaktorer* handler om å ta ansvar for egen helse og å ta ansvar for forpliktelser utenfor jobbarena (familie, fritid osv). Mens *negative fraværsfaktorer* vil handle om forhold i virksomheten som skaper helseproblemer og sykdom. Hensikten med denne modellen er at den kan til en hver tid gi en indikasjon om hva som er de gode og dårlige arbeidsmiljøsider ved en arbeidsplass. De fleste av disse undersøkelsene har vært empiriske og kvalitativt orienterte.

Innenfor pleie- og omsorgssektoren er det få studier som har applisert denne modellen (Andersen & Forseth 1992, Dahl-Jørgensen & Opdahl Mo 1997). I en undersøkelse foretatt i Trondheim kommune (Andersen & Forseth 1992) blant langtidssyke i hjemme- og institusjonsbasert omsorg ble belastningene som de ansatte hadde beskrevet kategorisert etter type arbeid. For eksempel så beskrev pleiemedhjelperne, hjelpepleierne og sykepleierne sine jobber som mer fysisk og psykisk belastende, sammenlignet med hjemmehjelpere og renholdspersonale som beskrev sine jobber som "ensomme", men med fysiske og psykiske belastninger.

De dominerende fraværsfaktorer for pleiemedhjelperne, hjelpepleierne og sykepleierne var stor arbeidsmengde, høyt arbeidstempo og relativt lav frihetsgrad. I tillegg la enkelte vekt på det fysiske slitet med ensidige belastninger og tunge løft, mens andre la vekt på de psykiske belastninger som et resultat av knappe ressurser og "uendelige behov". Flere av de ansatte i denne undersøkelsen nevnte i tillegg manglende tid til sosial kontakt med brukerne og som dermed bidro til en "udugelighets"-følelse. Denne undersøkelsen var i sam-

svar med liknende undersøkelse foretatt av Abrahamsen (1986) og som konkluderte at sammenlignet med andre yrkesgrupper viste det seg at det var sykepleiere og hjelpepleiere som var utsatt for slit og stress.

De dominerende fraværsfaktorer til hjemmehjelpere var ensidige belastninger - vask, støvsuging og matlaging -, lite varierte arbeidsoppgaver og tidspress. De ansatte beskrev dilemmaet som oppsto når de var hos brukerne som ville prate fordi de var ensomme. Dette skapte et problem hos de ansatte som et resultat av begrenset mulighet til å snakke med dem uten at det gikk utover andre oppgaver. En liknende undersøkelse i Oslo beskrev liknende dilemma hos de ansatte (Nergård 1989) som vi også kjenner igjen fra tidligere refererte undersøkelser (Svendsen & Eldring 1991, Sørensen, Svendsen & Eldring 1992). I tillegg ble arbeidet som hjemmehjelper opplevd som ensom og i sin tur utrygg. Dette ble begrunnet med at de opplevde at det var manglende psykisk og fysisk støtte i arbeidet de utførte. Det var vanskelig for dem, for eksempel, å "snakke ut" og bearbeide vanskelige opplevelser fra arbeidssituasjonen med kolleger. Ulike tiltak har blitt iverksatt som et resultat av funn i disse undersøkelsene, og i Trondheim kommune fikk hjemmehjelperne opplærings- og oppfølgingskurs, samt egne møter og mer fleksibel tid og variert arbeid (Andersen & Forseth 1992).

Angående nærværsfaktorer, viste undersøkelsen i Trondheim kommune (Andersen & Forseth 1992) at den viktigste nærværsfaktor for de ansatte var "samværet med brukerne". På dette punktet var det felles enighet om at positive tilbakemeldinger fra brukerne og samværet med dem gjorde at jobben ble opplevd som både inspirerende og til nytte. I et nyere forskningsprosjekt foretatt også i Trondheim kommune, blant ansatte i et bo- og service senter, ble det fokusert på hvilke nærværsfaktorer som bidro til at de ansatte stilte opp på jobben selv om de selv følte at de burde ha hold seg hjemme (Dahl-Jørgensen & Oppdahl Mo 1997). Undersøkelsen tok for seg fire ulike nærværsvariabler: uunnværlighetspress, sanksjonspress, moralsk press og trygghetspress. Hensikten var å avdekke hvilke nærværsfaktorer som virket dominerende på denne bestemte arbeidsplassen. I dette aktuelle prosjektet viste det seg at de ansatte nevnte først og fremst uunnværlighetspress (30,6 %) som den viktigste begrunnelse.



Undersøkelsen avdekket hvordan en ordning basert på "primær sykepleie" samt altfor syke klienter fører til at de ansatte føler at de er nødt til å stille opp fordi det er de som kjenner behovet til den enkelte bruker, som de har fått tildelt, best. I tillegg var de redd for at brukeren kom til å dø hvis de var borte fra jobben alt for lenge.

### "Fravær- og fraværårsaker i norsk arbeidsliv" - en representativ undersøkelse

Da debatten om fravær i norsk arbeidsliv gikk høyt på begynnelsen av 1990-tallet utførte AFI en undersøkelse som tok sikte på å kartlegge norske arbeidstakers fraværadsferd. Et Arbeidskraftsutvalg (AKU) ble spurt om deres fraværadspraksis med håp om å få fram et oppdatert bilde av Ola og Kari Nordmanns adferd og holdninger.

Ingen går til en slik oppgave uten å ha visse antakelser på forhånd, og litteraturen om sykefravær er også ganske omfattende. For eksempel hadde tidligere forskning vist at det var mulig å skille ut fravær- og nærvær-faktorer i den uformelle arbeidskontrakten. Tidligere kunnskap og egne antakelser styrte den måten kartleggingsredskapet ble utformet på, og det viste seg også at norske arbeidstakere var opptatt nok av denne problemstillingen til å stille opp med rundt 70 % svar.

Undersøkelsen hadde en viss beroligende effekt, og det rett og slett fordi den bekreftet så mange av de gjengse antakelsene, og resultatene så ut til å falle pent på plass: de gamle kjenningene i form av faktorer som virker inn på nærvær og fravær dukket opp som forventet. Dog ga analysene en ikke-forventet og uhandterlig konstellasjon av forhold: i første omgang måtte vi nøye oss med å kalle den faktor "X".

Faktorene var:

- fysiske arbeidsmiljøforhold i tradisjonell forstand
- fysisk/ergonomisk tilrettelegging av arbeidsplassen
- medbestemmelsesmuligheter
- arbeidsorganisasjon og tilrettelegging
- samarbeids- og konfliktformer
- arbeidstid og arbeidstempo
- frihet til å utføre private oppdrag i jobben
- tidspress og jag

og altså X.

Mens de øvrige faktorene representerte "gamle kjenninger" og ikke var egnet til å overraske noen, men heller ikke forklare endringer i fraværs mønsteret, vokste nysgjerrigheten rundt X'en. Først fremsto denne faktoren nærmest som en samling spor som viste oss videre i materialet. En kunne ha nøyd oss med å fastslå at 'kjenningene' hadde forklart en viss andel av våre sammenhenger. Men siden det ved å kjøre "alle mot alle" unektelig hadde kommet fram en hemmelighetsfull kontur av noe ukjent var det grunn til å lete videre. Det så ikke minst ut til at X'en var mer knyttet til spesifikke jobber enn de øvrige faktorene. Kanskje dreide det seg om en ny type jobber eller noen nylig inntrådte forandringer i gamle jobber? Letingen fikk oss til å se nærmere på yrkesfeltene innen handel og kontor, service og tjenesteyting i privat og offentlig sektor. Da ble bildet stadig mer konkret. X'en lot seg lese ut av svarene fra arbeidstakere som opplevde varme og tørr luft som et problem, der det var gjentakende arbeidsoppgaver eller ensidige bevegelser, mindre muligheter til å være i et godt sosialt miljø og der de ansatte samtidig opplevde konflikter mellom ansatte og kunder og klienter. Det var oftere kvinner enn menn som beskrev sitt arbeidsmiljø slik at faktor X kunne gi utslag. Så langt vi kunne lete fant vi fram til tjenesteytere med en kjerne av relasjonsbasert virksomhet, de behandlet eller handlet med mennesker. Og samhandlingen var en viktig del av selve tjenesten.

Faktor X fikk navnet "moderne tjenerskap". Det var arbeidsmiljøforhold som kjennetegner relasjonsintensivt arbeid og som har gjennomgått store endringer i løpet av det siste tiåret. Ansatte i pleie og omsorg faller i store trekk inn i denne kategorien.

Data ledet oss fram til en modell der økt fravær ble sett i sammenheng med "Fysisk belastende arbeid", "Arbeidsorganisatorisk tilrettelegging", "Samarbeidsproblemer og konflikter", "Fysisk/ergonomisk tilrettelegging" og altså "moderne tjenerskap". Økt nærvær ble sett i sammenheng med "Uerstattbarhet på jobben", "Sosial tilknytning" og "Redsel for negative sanksjoner". Redsel for negative sanksjoner var oftest nevnt av dem som hadde mye fravær, de med dårlig helse fryktet mest konsekvensene av eget fravær.

Undersøkelsen viste ellers at norske arbeidstakere, sammenliknet med svenske, har et større innslag av mennesker som aldri er borte fra

jobben (40 %), og interessant nok trodde flere av de friske enn av de øvrige at innføring av karensdager ville være et effektivt middel til å redusere fravær, de andres fravær med andre ord. De friskeste hadde tilsynelatende antakelser om at en del av fraværet var skoft og berodde på holdninger og arbeidsmoral.

## 6.5 Resultatene fra spørreundersøkelse i pleie- og omsorgssektoren vs. resultatene fra ATs helseinstitusjonskampanje

Arbeidstilsynet gjennomførte en kampanje overfor helseinstitusjoner i perioden 1990-95. Kampanjen fokuserte på å etablere systemer for registrering og oppfølging av helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet (HMS-arbeidet) i helseinstitusjoner. Omtrent 300 helseinstitusjoner ble besøkt minst 3 ganger, og status for HMS-arbeidet ble registrert ved hvert besøk. I dette materialet er det en klar overvekt av alders- og sykehjem, selv om somatiske og psykiatriske sykehus også er representert.

Arbeidstilsynet har utarbeidet rapporten *En friskere helsetjeneste: Arbeidstilsynets landsdekkende kampanje i helsesektoren* (utgitt av Direktoratet for arbeidstilsynet 1995). Et problem når man skal bruke data fra denne rapporten er at fordelingen mellom alders- og sykehjem, somatiske- og psykiatriske sykehus ikke er oppgitt i materialet. Det er heller ikke oppgitt nøyaktige tall for hvor mange institusjoner som er med i datagrunnlaget. Nærmere undersøkelse viser imidlertid at det totalt er 291 helse-institusjoner.

Et av målene i kampanjen var at institusjonene skulle ha tilfredsstillende systemer for registrering av sykefravær, og at de skulle gjøre bruk av resultatene i oppfølgingsrutiner. Erfaringer som kom frem tidlig i kampanjen viste at det ikke fantes fullgode systemer og flere institusjoner hadde problemer med å fremlegge sykefraværdata på institusjonsnivå. Disse institusjonene avga sykefraværdata til kommunen sentralt (personalkontor el.) og fikk kun aggregerte data, på kommunenivå, tilbake. Det vil si at den enkelte institusjon ikke satt på sine egne sykefraværdata og derfor ikke kunne bruke dem i den interne oppfølgingen av arbeidsmiljøet heller. Det ble dermed et mål i kampanjen å bedre denne situasjonen.

Ved første besøk hadde litt over halvparten (55 %) av institusjonene bra systemer for registrering av sykefravær og dette steg til 94 % ved siste besøk i kampanjen. Det er viktig at institusjonen har bra sykefraværsregistrering, men en av hensikten med å registrere sykefraværet er at man kan følge det opp i det interne arbeidsmiljøarbeidet. Ved første besøk i kampanjen hadde 25 % tilfredsstillende bruk av registreringene i oppfølgingsrutiner, og dette steg til 72 % ved siste besøk.

Dette var status ved kampanjeavslutningen, som altså ligger noen år tilbake i tid. I intervjuundersøkelsen som ble gjennomført i pleie- og omsorgssektoren i 1997 (Norheim Larsen & Seierstad 1998), stilte man også en del spørsmål rundt sykefraværet og hvordan institusjonene fulgte opp det. Så sant institusjonene ikke lot systemene forfalle over tid, skulle man forvente at institusjonene i pleie- og omsorgssektoren nå hadde oversikt over sykefraværstallene sine, og også kunne fortelle hvordan de fulgte opp sykefraværet.

Undersøkelsen fra 1997 som omfattet 54 institusjoner viste at situasjonen ikke var fullt så god som man kunne håpe på, og et relativt stort antall av institusjonene hadde ikke pålitelige registreringer av sykefravær.

Et annet område som ble fokusert på i Arbeidstilsynets kampanje, var om institusjonene hadde opplæringsplan for arbeids- og forflytnings-teknikk. All erfaring fra bransjen tilsier at tunge løft og arbeid i belastende arbeidsstillinger er et problem i pleie- og omsorgssektoren.

I Statistisk sentralbyrås *Levekårsundersøkelse 1996* ble det stilt spørsmål om hvor fysisk belastende man syntes arbeidet er og hvor ofte man må løfte i ubekvemme stillinger. I denne undersøkelsen har 49 sykepleiere og 57 hjelpepleiere som arbeider i Helse- og sosialtjenesten svart på spørsmålene. Når vi sammenligner disse yrkesgruppens svar med svarene fra alle som har besvart spørsmålene, ser vi at særlig hjelpepleierne beskriver arbeidet sitt som mer fysisk belastende enn arbeidslivet generelt og de rapporterer også at de oftere må løfte i ubekvemme stillinger.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument.      Hvor fysisk belastende synes du arbeidet ditt er?*

	<b>Syke- pleiere</b>	<b>Hjelpe- pleiere</b>	<b>Alle som har besvart spørsmålet i Levekårsundersøkelsen</b>
Svært belastende	13 (27 %)	26 (46 %)	265 (12 %)
Noe belastende	25 (51 %)	23 (41 %)	907 (43 %)
Ikke belastende	11 (22 %)	7 (13 %)	949 (45 %)
<b>Totalt</b>	<b>49 (100 %)</b>	<b>56 (100 %)</b>	<b>2121 (100 %)</b>

Selv om tallene er små er utvalget representativt, og data viser at hjelpe- og sykepleiere i høg grad og i vesentlig høyere grad enn yrkesbefolkningen ellers oppfatter sitt arbeid som fysisk belastende.

*Tabell Feil! Ukjent bryterargument. Hvor ofte må du løfte i ubekvemme stillinger?*

	<b>Syke- pleiere</b>	<b>Hjelpe- pleiere</b>	<b>Alle som har besvart spørsmålet i Levekårsundersøkelsen</b>
Ca ¼ av tiden eller mer	26 (53 %)	39 (70 %)	567 (27 %)
Svært lite eller aldri	23 (47 %)	17 (30 %)	1554 (73 %)
<b>Totalt</b>	<b>49 (100 %)</b>	<b>56 (100 %)</b>	<b>2121 (100 %)</b>

Mens altså vel ¼ av yrkesbefolkningen må løfte i ubekvemme stillinger ¼ av arbeidstiden eller mer ser vi at så mange som nesten ¾ av hjelpepleierne og vel ½ av sykepleierne melder om dette. Løft i ubekvemme stillinger er en betydelig risikofaktor i forhold til å pådra seg akutte skader, men fører også over tid til slitasjeplager av ulike alvorlighetsgrader.

I en bransje kjennetegnet av tunge løft og fysiske belastninger, er det spesielt viktig at de ansatte får opplæring i arbeids- og forflytnings-teknikk for å forebygge helseplager. Det er ikke alle typer av undervisningstiltak her som er tidsmessige, det vil si som bygger på ny kunnskap om effektive måter å overholde løfteforskriften på og som innlærer forflytning som en integrert del i selve arbeidsorganiseringen.

I Arbeidstilsynets kampanje kom det frem at andelen institusjoner som hadde tilfredsstillende opplæringsplan for arbeidsteknikk økte fra 16% ved første besøk til 66 % ved siste besøk. Ved siste besøk var det også bare 3 % som ikke hadde påbegynt arbeidet med opplærings-planer på dette området, mot 33 % ved første besøk. Her ser det altså ut til å være forbedringer underveis.

I intervjuundersøkelsen som ble gjennomført i pleie- og omsorgssektoren i 1997, ble det også spurt om opplæringsplaner og særlig om man ga opplæring i arbeids- og løfteteknikk. Tilnærmet alle de 54 institusjonene som deltok i 1997-undersøkelsen hadde iverksatt undervisning angående løfte- eller forflytningsteknikk.

Her kan det være på sin plass å illustrere at tiltak som opplæring i sentrale arbeidsteknikker inngår i en sammenheng som ofte vil bli bestemmende for om de ansatte faktisk kan ha muligheter til å bruke den kunnskapen de tilegner seg. Ved Lille Tøyen sykehjem i Oslo der en i 1996-97 startet opp en intern utviklingsprosess for å forme en ny organisasjonsmodell, kartla man hvordan de ansatte løste sine oppgaver i stellet av beboere før en igangsatte undervisning i forflytningsteknikk. Det viste seg da at 60 % av de ansatte svarte at de løftet pasienter alene 1 - 5 ganger pr. dag når de egentlig burde ha hjelp og 16 % sier at de gjør slike løft 6 - 10 ganger pr. dag, mens 18% ikke gjør slikt arbeid alene. Fra resultatene av en undersøkelse (Engkvist m.fl. 1966) om sykepleieres belastningslidelser, var tre av kriteriene for om de hadde fått ryggplager

- at de arbeider alene der de burde vært to
- at de foretar mellom 3 - 11 løft pr dag
- at deres egenvurdering av fysisk form karakteriseres som dårligere enn kollegenes

I en undersøkelse (Garret 1966) er et av suksesskriteriene for å redusere belastningslidelser og skader, at dersom pasienten er større enn pleieren så skal pasienten forflyttes av 2 pleiere. Kartleggingen ved Lille Tøyen sykehjem viste at det var stort sprik mellom antallet pasienter som burde bli forflyttet av to ansatte og det antallet som faktisk ble forflyttet av to pleiere. Til dels finner vi forklaringen i at avdelingene i betydelig grad fungerer med fravær av ansatte og altså ikke har tilstrekkelig mange på jobb til å gjennomføre forflytning på en tjenlig måte.

## 6.6 Internkontroll

Da Arbeidstilsynet startet sin kampanje i 1990 hadde ennå ikke Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (Internkontroll) trådd i kraft. Det skjedde først 01.01.1992, etter at kampanjen var godt i gang. Grunnlaget for systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (internkontroll) er at arbeidsgiver gjør seg kjent med hvilke risikofaktorer som finnes i virksomheten og gjør tiltak for å redusere sannsynligheten for at arbeidstakerne eksponeres for farene. Dette arbeidet skal skje på en systematisk måte og kunne dokumenteres i skriftlige prosedyrer.

Før forskriften trådte i kraft eksisterte det også krav til at arbeidsgiver skulle gjøre seg kjent med arbeidsmiljøproblemene i den enkelte virksomhet og utarbeide handlingsplaner for å rette på forhold som innebærer fare for arbeidstakernes liv og helse. Det ble derfor stilt spørsmål om kartlegging og handlingsplan i kampanjen. Ved første besøk hadde 18 % av institusjonene gjennomført kartlegginger og dette økte til 73 % ved siste besøk. Når det gjelder tilfredsstillende handlingsplaner for oppfølging av kartleggingen hadde 9 % av institusjonene dette ved første besøk, og andelen institusjoner med tilfredsstillende handlingsplaner hadde økt til 52 % ved siste besøk.

I AFIs intervjuundersøkelsen i pleie- og omsorgssektoren i slutten av 1997 ble det stilt en del detaljerte spørsmål om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid (internkontroll). Hensikten med dette var å kunne gi en god beskrivelse av hva slags internkontrollaktiviteter som var på gang i helseinstitusjonene. Og her hadde det skjedd forbedringer. Stort sett hadde disse institusjonene orden i sitt internkontrollarbeid.





# 7

## Intervensjonsstudier

Forsøk eller intervensjoner har spilt en meget viktig rolle som metodetilnærming i vitenskapene. Det kontrollerte eksperimentet er den hittil sikreste måte å undersøke effekter av et forhold som varieres overfor grupper som er like eller randomiserte eller tilfeldig sammensatte. Tankegangen bak dette forskningsdesignet er pregende på vår kulturs oppfatning av hvordan eller under hvilke betingelser man etablerer årsaks-/virkningsforhold. Også innenfor nyere vitenskaper som samfunnsfagene var fremtredende pionerer preget av den samme tenkemåten.

Men samfunnsfagene, herunder også deler av psykologien, utviklet seg bort fra laboratorieforsøket som tilnærming, og fagutøvere virker nå med bakgrunn i ikke-naturvitenskapelige metodeformer der man finner et bredt spekter, fra de hermenutiske eller etnometodologiske til observasjons- og kartleggingsmetoder. I Norge har vi også bred erfaring for å arbeide med forsøk eller feltforsøk i en tradisjon der handling sammen med de som eier et problem som skal utforskes står sentralt. Dette bryter med tanken om at kunnskap om hva man undersøker ikke skal deles med "forsøkspersonene" og understreker at ved åpenhet omkring de antakelser man tester oppnår man en felles forståelse av hva det innebærer å framskaffe holdbare eller "sanne" data om et fenomen. Ved å handle i forhold til en problemstilling eller ved å sette et system i bevegelse med et gitt utgangspunkt vil det avdekke sine mekanismer og funksjonsmåter. Dette er aksjonsforskning. Innenfor arbeidslivsforskningen har aksjonsforskningen belyst endringsprosesser, sider ved grupper og enkeltmenneskers elastisitet og kreativitet under gitte betingelser og ikke minst har aksjonsforskningen lansert antakelser om forholdet mellom organisa-

toriske betingelser og sosialt utviklede evner til å egenorganisere seg på en gunstig måte i arbeidsmiljøet.

### 7.1 Forsøk som ledd i NFR-programmet "Arbeid og helse"

Som et ledd i det medisinske fagråds program "Arbeid og helse" ble det i 1996 satt i gang flere tverrfaglige prosjekter med et forsøksdesign og klare kriterier for målinger underveis. Under den såkalte Bergensparaplyen ble mangefasetterte intervensjoner iverksatt.

Flere miljøer i Trondheim fant sammen i krevende forsøk, og med bakgrunn i et samarbeid mellom Høgskolen i Stavanger og AFI startet en opp en intervensjonsbasert prosess ved blant andre to sykehjem i Oslo: Vinderen Smestad og Lille Tøyen sykehjem. De to institusjonene ligger i forskjellige bydeler og har åpenbart nokså ulike oppland å rekruttere fra. Det foreligger en rapport fra arbeidet i første fase av Lille Tøyen sykehjems endringsprosess (se Sørensen 1997).

Tidligere hadde Reidar Mykletun og kolleger arbeidet med omfattende kartlegginger og endringsprosjekter ved en institusjon i Sandnes. Mykletun og kolleger har utviklet et design som legger tilrette for effektmålinger og har kunnet vise sammenhenger mellom tiltak og forbedringer på flere symptomtyper.

Britt Slagsvold har i studien *Knapphet som ramme for forandring* (NGI rapport 1/89) belyst og evaluert omorganiseringen som fant sted innenfor rammen av den såkalte "Økern-modellen". Økern-prosjektet hadde som bakgrunn at det ikke var tilstrekkelig adgang på sykepleiepersonale til at man kunne ha alle poster i drift ved Økern Sykehjem. Alle personalgrupper gikk sammen om å prøve ut en drift der en hadde lavere sykepleiedekning enn vanlig. Sykepleierne ble sykepleiekonsulenter som arbeidet på dagtid, og det var to forsøksenheter som inngikk i forsøket. Samtidig la man om driften, postene ble små og oversiktlige og tilbudene ble gjort mer målrettet. Det var hjelpepleiere som ble ledere i de fem enhetene som totalt inngikk, men i gjenopptreningsenheten var en fysioterapeut leder.

Evalueringen viste at de somatiske sidene ved pleien i forsøksavdelingene ikke ble dårligere, på flere områder ble den bedre. Men

rapportene og pleieplanene utviklet seg dårligere. Den endrede organisasjons- og arbeidsformen medførte en rekke positive konsekvenser.

## 7.2 Studier om forsøk med endringer i arbeidsorganisering og arbeidstidsorganisering

Vi vil her ta for oss studier som fokuserer på forsøk eller intervensjoner i helse- og pleiesektoren som har til hensikt å forbedre arbeidsforholdene og redusere belastninger og sykefravær.

### Forsøk med seks timers dag i omsorgsykker

Forsøket med 6-timers-dag hadde som formål å redusere syke-fraværet og det gikk ut på at 103 pleie- og omsorgsarbeidere fikk redusert sin arbeidstid til seks timer i en periode på 22 måneder fra juni 1995 til og med mars 1997. Forsøket ble evaluert av Torkel Bjørnskau ved FAFO og evalueringsrapporten fra prosjektet har tittelen *Seks timers dag i omsorgsykker. En evaluering av forsøket i Oslo kommune (1997)*.

#### *Undersøkelsesopplegg*

Opplegget for evalueringen følger "et kvasiekperimentelt design" som innebærer at en opererer med en forsøksgruppe som utsettes for forsøket, og at en sammenligner utviklingen med en kontrollgruppe der det ikke settes inn noe tiltak. Datainnsamlingen har vært gjennomført som spørreskjemaundersøkelse til ansatte, arbeidstakere og brukere i forsøksgruppen og kontrollgruppen. I tillegg er det gjennomført personlige intervju med den administrative ledelsen ved de stedene der forsøket ble utført, samt ved et av stedene som fungerte som kontrollgruppe.

#### *Konsekvenser*

Evalueringen av 6-timers-dagen viste at de ansatte ikke oppgir å ha bedret sin helse gjennom deltakelsen i forsøket. Sykefraværet har heller ikke gått ned som følge av 6-timers-dagen. Men, evalueringen viste at trivselen har økt blant de ansatte. De gir uttrykk for at de samarbeider bedre med kolleger, og at de har fått bedre kontakt med pasientene. De ansatte oppgir også at de i mindre grad er fysisk slitne etter endt arbeidsdag. Et klart flertall av de ansatte i forsøket mener at sekstimersdagen har gitt de en bedre arbeidsdag og en bedre fritid. Likevel er det ikke mulig å identifisere en nedgang i sykefraværet. Det

registrerte sykefraværet økte tvert imot både i forsøksgruppen og kontrollgruppen i forsøksperioden. Evalueringsrapporten kan ikke gi noe entydig svar på hvorfor sykefraværet ikke ble redusert, men Bjørnskau fremmer likevel tre mulige forklaringer:

- Forsøket var for begrenset i tid og omfang til å kunne å få noen effekt. Belastninger kan forstås som lidelser som utvikles over lang tid, og at en effekt av redusert arbeidstid først kan spores om mange år.
- Forsøket i seg selv medførte merbelastninger og sykefravær. Det registrerte sykefraværet økte i startfasen av forsøket.
- Forutsetningen om at redusert daglig arbeidstid skal gi reduserte belastninger og dermed redusert sykefravær holder ikke. Sykefraværet kan skyldes andre forhold enn fysiske og psykiske belastninger som eksempelvis personellutskiftninger, liten tilhørighet eller manglende evne hos ledelsen til å løse personalproblemer (Bjørnskau 1997).

#### *6- timersdag*

I en doktoravhandling fra Sverige tok økonomen/sosiologen Birgitta Olsson opp arbeidstid - netto arbeidstid - opp knyttet til et forsøk med 6 timers dag i "långvården". Hun fikk anledning til å følge noen grupper ansatte over en periode der det ble prøvd ut en daglig forkortet arbeidstid. Resultatene viste at de ansatte kjente seg mer tilfredse og kunne være mer aktive i sin fritid, men hun fant ikke at dette medførte reduksjon i sykefravær.

Det hadde man imidlertid funnet i en tidligere undersøkelse i Hjemmetjenesten i Kiruna (Olsson 1994).

#### *Turnusarbeid*

Turnusarbeid er en vanlig arbeidstidsordning i hjemmetjenesten, på sykehjem og i vernede boliger. Denne arbeidstidsordningen tåles best dersom den er selvvalgt og man har hatt innflytelse på utformingen av arbeidstidsforlegningen. Men skiftarbeid som innebærer to-skift har i følge litteraturen uheldig innvirkning på det sosiale livet.

Når man arbeider nattsift er det større effekter også på helsen. (Åkerstedt 1978).

Det er nylig utført forsøk med nye turnusordninger (såkalte olje-turnus) innenfor barnevernet med meget gode resultater (Hetle m.fl. 1997). Vi kjenner ikke til intervensjoner med endrede skiftordninger i pleie- og omsorgssektoren i kommunene.

### Sykefraværprosjektet i Trondheim kommune: Helse i arbeidslivet

#### *Bakgrunn*

Sykefraværprosjektet i Trondheim kommune startet opp som et resultat av en omorganisering som førte til en ny organisering av kommunen, også kalt "Nye Trondheim". Den nye organisasjonsordningen trådte i kraft fra januar 1992 og blant fem nye målsettinger for "Nye Trondheim" var en av dem at *arbeidsmiljøet skal sikres og bedres*.

En reduksjon i sykefraværet fremsto som sentralt for denne målsettingen og virkemiddelet for å nå denne målsettingen gikk gjennom å skape et bedre arbeidsmiljø.

Det administrative ansvaret for prosjektet ble lagt under rådmannen, samtidig ble det opprettet en partssammensatt prosjektgruppe som skulle drive prosjektet fremover. I samarbeid med SINTEF IFIM utviklet de en strategi for å forebygge sykefravær. Strategien gikk ut på at det metodiske arbeidet med å redusere sykefraværet skulle gjennomføres trinnvis, i tre trinn.

#### *"Tre-trinns"-strategien*

Hovedtanken bak "tre-trinns"-strategien som er utviklet av forskere ved SINTEF IFIM baserer seg på følgende:

1. Forebyggende arbeidsmiljøtiltak som kan bedre ansattes helse og stimulere de positive nærværsfaktorer.
2. Utvikle rutiner for tidlig oppdagelse av sykdom og tiltak rettet mot de som begynner å bli syke.
3. Oppfølging av langtidssyke for å forebygge barrierer mellom den sykmeldte og virksomheten (cf. Andersen & Nytrø 1994).

Tre-trinns-strategien bygger på tanken om å *forebygge* sykefravær gjennom å tenke sammenheng mellom individ, gruppe og miljø. På denne måten skiller tre-trinns-strategien seg fra tiltak som kun retter fokus mot enten miljø eller enkeltindivid. De individrettede tiltakene forutsetter en avklaring om årsakene til den enkeltes arbeidsuførhet og helseproblemer. Hvis problemene eksempelvis skyldes felles må de individrettede tiltakene følges opp med fellestiltak.

Metodisk fremgangsmåte er å samle inn data trinnvis som kan danne grunnlaget for en helhetlig forståelse av faktorer som påvirker sykefraværet. I *trinn 1* fokuseres det på arbeidstakere som er langtidssyke, i *trinn 2* på faktorer som utløser sykefravær og i de som begynner å bli syke, mens *trinn 3* tar utgangspunkt i normaltstanden.

#### *Metodisk fremgangsmåte*

Trinn 1: De langtidssyke intervjues ved hjelp av et miljø- og sykeutredningsskjema. Intervjuene vil kunne gi informasjon om grunner til sykefravær og danne grunnlaget for å arbeide videre med arbeidsmiljø og sykefravær. Begrunnelsen for å fokusere på de langtidssyke er at de kan gi viktig informasjon om hvordan arbeidsmiljøet blir opplevd mht. nærværsfaktorer og fraværsfaktorer. Målsettingen med dette trinnet er å utarbeide rutiner for oppfølging av den enkelte langtidssyke. Intervjuene kan gjennomføres av BHT og en representant for de ansatte.

Trinn 2: tar utgangspunkt i et oppgave- og helsebarometer, som er et skjema hvor opplysninger om de ansattes mestring av arbeidsoppgaver, helsetilstand og arbeidsbetingelser skal fylles ut av den enkelte ansatte. Hensikten med dette trinnet er å skaffe kunnskap om risikjobber og om belastninger i arbeidsmiljøet som kan utløse sykefravær. Målsettingen i dette trinnet er å utvikle tiltak rettet mot arbeidstakerne med begynnende helsesvikt. Ansattes representant, arbeidsleder og BHT kan ha ansvar for dette trinnet.

Trinn 3: Utgangspunktet for dette trinnet er en årlig arbeidskonferanse hvor alle ansatte på den enkelte avdeling diskuterer arbeidsmiljø og sykefravær. Alle ansatte deltar i dette trinnet og målet med konferansen er å utveksle felles erfaringer og å utarbeide grunnlag for problemløsning og planlegging. Dette skal munne ut i konkrete handlingsplaner.

Hovedtanken i tre-trinns-arbeidet var at opplysninger hentet fra trinn 1 om eksempelvis helseproblem eller vanskelige oppgaver, skulle oppsummeres og brukes i fortolkning i forhold til data fra trinn 2. Erfaringer fra trinn 1 og 2 skulle til sammen danne grunnlaget for det arbeidet som skulle gjennomføres på trinn 3.

Tre-trinns-strategien har på den måten to hovedfunksjoner; for det første å få en forståelse av hvordan faktorer på organisasjons-/miljønivå manifesterer seg på gruppe- og individnivå og for det andre å anvende denne kunnskapen i *primærforebygging*.

Det er viktig at resultatet av arbeidet med de tre trinnene skal resultere i *konkrete tiltak* som kan rettes mot den enkelte ansatte, grupper av ansatte eller hele organisasjonen. Den sentrale tanken bak SINTEF IFIMs opplegg var at sykefraværet kunne reduseres ved å bedre arbeidsmiljøet gjennom en fokusering på nærværs- og fraværsfaktorer. I tillegg forutsetter denne modellen at den enkelte gjennom dette arbeidet skal oppmuntres til å ta mer ansvar og ikke minst at gjennomføringen av trinnene skal resultere i en bevisstgjøring hos de ansatte (Andersen & Nytrø 1994).

#### *Sykefraværsprosjektet i Trondheim kommune: To modeller*

Ut fra tre-trinns-modellen bestemte prosjektgruppen i Trondheim kommune at det skulle utarbeides konkrete forslag til et "sykefraværsprosjekt" der målet var at strategien skulle prøves ut på et bestemt antall enheter. De enhetene som skulle inkluderes i prosjektet skulle fungere som forsøksenheter i prosjektperioden. Arbeidet med å forebygge og redusere sykefraværet ble manifestert i to ulike modeller. Den ene var "forebyggende strategi", og ble inspirert av det metodiske opplegget utviklet hos SINTEF IFIM. Den andre modellen var utvidet egenmelding. I tillegg til disse to modellene ble det bestemt at en skulle foreta statistisk registrering av sykefravær på alle enheter, både de som skulle delta i forsøket og de som var utenfor. Sykefraværstallene kunne dermed kontrolleres for å se om prosjektet hadde en effekt.

#### *Modell 1: Forebyggende strategi*

Denne modellen bygget på tre-trinns-strategien som ble utviklet på SINTEF IFIM. Ett av målene med denne modellen var å utvikle varige og selv bærende prosesser for å skape et godt arbeidsmiljø. Hoved-

tanken bak modellen var at et godt arbeidsmiljø var den viktigste forutsetningen for å redusere sykefraværet. En mente at en helhetlig strategi kombinert med en fokusering på arbeidsmiljøtiltak var veien å gå i en så komplisert problematikk som høyt sykefravær. Kontrolltiltak skulle derimot minimaliseres.

For å avgrense prosjektet, slik at en kunne komme frem til realiserbare tiltak, ble det bestemt at den forebyggende strategi-modellen ikke skulle fokusere på fraværsårsaker knyttet til dårlig økonomi og lite bemanning. De ansatte skulle heller bli oppmuntret til å arbeide med årsaker til fravær som de selv kunne gjøre noe med. Tiltakene i denne modellen var rettet mot miljøet, grupper av arbeidstakere og mot enkeltindivider, og ikke mot tiltak for hele organisasjonen.

#### *Modell 2: Utvidet egenmelding*

Denne modellen fokuserer mer på den enkelte ansattes mulighet for å tilpasse seg sin arbeidssituasjon gjennom egenmelding. I denne modellen skulle de ansatte få anledning til å utvide antall egenmeldingsdager fra 3 til 5. Arbeidstakerne i forsøksenhetene skulle dermed få adgang til å bruke 4 ganger 5 egenmeldingsdager i løpet av 12 måneder. I tillegg skulle de ansatte få større frihet til å organisere arbeidstiden.

Valg av denne modellen var først og fremst ment som en inspirator for de enhetene som skulle delta i prosjektet. Mindre kontroll og overvåkning skulle fungere som en motivasjon for deltakerne i prosjektet.

Hovedbegrunnelsen for å foreslå utvidet rett til bruk av egenmelding ble basert på opplysninger som kom frem etter en gjennomgang av fraværstallene for 1990-1991 i tidligere avdeling Helsevern og sosialomsorg (cf. Trondheim kommune 1994). Fraværstallene viste at det var mest fravær inntil 3 dager og på 7 dager, mens fravær med varighet mellom 4 og 6 dager var nesten ikke eksisterende.

Hypotesen gikk ut på at ansatte som måtte ha legeattest, ble sykemeldt for 7 dager. En utvidelse av antall egenmeldingsdager ville føre til at den enkelte ansatte selv kunne vurdere innenfor den aktuelle tidsperioden når vedkommende kunne gå tilbake på jobben. Dette antok en kunne føre til en total nedgang i sykefraværet samlet sett.



Tiltaket i denne modellen er i større grad rettet mot individet i motsetning til den forebyggende strategimodellen som skulle fokusere på samspillet på tre ulike nivåer (individ, gruppe, miljø).

### Erfaringer med forsøket med sykefraværprosjektet

Erfaringene fra sykefraværprosjektet er redegjort for i notat fra Trondheim kommune samt i to rapporter fra SINTEF IFIM (Trondheim kommune 1994, Thorseth 1994, Dahl-Jørgensen 1995). Her vil vi kun kort oppsummere erfaringene fra forsøkene.

#### *Modell 1*

Rapportene fra forsøket med gjennomføring av den forebyggende strategien viste at tilbakemeldingen fra deltakerne stort sett var positive. Likevel hadde deltakerne en del innvendinger til prosjektet, som vi kort har listet opp nedenfor:

- Mange av deltakerne mente at språket som var benyttet i skjemaene var fremmed for dem, noe som gjorde det vanskelig å fylle ut skjemaene.
- Mange ansatte synes det var vanskelig å se sammenhengen mellom de ulike trinnene i prosjektet. Spranget fra kunnskap om individ til gruppe til kollektiv viste seg å være problematisk å få til i prosessene.
- En del ansatte synes at det i all for stor grad ble fokusert på dem som gruppe og at prosjektet i liten grad ivaretok den enkeltes individuelle behov.
- Til tross for at prosjektet ikke skulle fremme kontrollfunksjon ovenfor de ansatte, viste tilbakemeldinger fra ansatte at sider ved prosjektet likevel ble oppfattet og tolket som kontrollerende mekanismer.
- De ansattes virkelighetsoppfatning i forhold til fraværproblematikk og arbeidsmiljø er annerledes enn den som lå til grunn for prosjektet.

I Trondheim kommunes egen rapport om prosjektet konkluderes det med at prosjektperioden var for kort til å si om sykefraværprosjektet kunne hatt noen effekt på sykefraværet. Men det ble registrert en

nedgang i sykefraværet i kommunen sett under ett i prosjektperioden (Trondheim kommune 1994).

Resultatene fra forsøket med den forbyggende strategien viste seg å fremstå som ulike tiltak/intervensjoner som kan grupperes i tre hovedtyper (Dahl-Jørgensen 1994):

- Fysiske (f.eks. bedre hjelpemidler)
- Organisatoriske (f.eks. jobbrotasjon, rolleavklaring)
- Sosiale (f.eks. problemløsningsmøter, medarbeidersamtaler, stressmestring)

### *Modell 2*

En rekke praktiske problemer rundt gjennomføringen av forsøket med utvidet egenmelding gjorde sitt til at det i ettertid var vanskelig å si noe sikkert om det hadde fungert etter hensikten. Kontrollperioden falt eksempelvis sammen med ferieavviklingen mens det i forsøksperioden herjet en influensaepidemi som forkludret sammenlikningsgrunnlaget noe. Trondheim kommune foretok likevel en sammenlikning av fraværsmonsteret i de to periodene og fant at antall egenmeldinger var totalt færre i prøveperioden enn i kontrollperioden, samtidig som en kunne identifisere en nedgang i antall fravær inntil 7 dager. Om forsøket imidlertid virket motiverende på de ansatte, slik det var meningen, er heller usikkert i og med at denne delen av prosjektet stort sett var ukjent for de fleste ansatte (Dahl-Jørgensen 1995).

### *Sykefraværprosjektet: videreføring*

Administrasjonsutvalget i Trondheim kommune vedtok 7. november 1994 å videreføre sykefraværprosjektet og arbeidsmetoden som det bygget på. Dette innebar både en videreføring av ordningen med egenmeldinger, men også en videreføring av arbeidet med den forebyggende strategien. Den forebyggende strategien ble sett som en måte å etablere varige rutiner for enhetene til å arbeide med sitt eget arbeidsmiljø. I intensjonene bak dette vedtaket lå ønske om å få de ansatte selv til å ta ansvar, delta og engasjere seg og kontinuerlig arbeide for å forbedre arbeidsmiljøet og deres egen helse gjennom ulike tiltak. Ansvar for gjennomføringen ble lagt til den enkelte leder på enhetsnivå i samarbeid med arbeidsmiljøutvalgene. BHT ble

også sett på som en sentral medspiller i dette arbeidet (Trondheim kommune, 1995).

### Programmet "Helse i arbeidslivet": forskning på intervensjoner

Arbeidet med sykefraværproblematikken med den forebyggende strategien og utvidet egenmelding i Trondheim kommune inngår som en del av datagrunnlaget for forskningsprosjektet "Helse i arbeidslivet". Herunder er studien av sykefraværarbeidet i Trondheim avgrenset til *pleie- og omsorgsenheter* i kommunen. Forskningsrådsprogrammet "Helse i arbeidslivet" er et tverrfaglig samarbeidsprosjekt mellom forskere fra ulike miljø i Bergen, Stavanger og Trondheim. SINTEF IFIM har to delprosjekter i dette programmet, "Arbeidsliv på kvinners vilkår" og "Organisasjonslæring ved intervensjoner for bedre helse".

I begge disse prosjektene inngår ansatte i pleie- og omsorgssektoren som en del av datamaterialet.

Hovedintensjonen for samtlige forskningsprosjekter i "Helse i arbeidslivet" er *å studere erfaringer med og effekter av ulike tiltak/intervensjoner for bedre helse*. Hovedfokus er på sevice- eller såkalte frontlinjeyrker der kvinner er i flertall. Bakgrunnen for dette er at vi vet at disse yrkene er svært utsatt for belastninger samtidig som vi vet lite om arbeidsmiljø og helsesammenhenger i disse yrkene.

I det følgende vil vi konsentrere oss om de to prosjektene ved SINTEF IFIM der sykefraværarbeidet i Trondheim kommune inngår.

#### *Design*

Prosjektet er lagt opp som en kontrollert studie med målinger gjennom spørreskjema før og etter tiltakene. Trondheim kommune sa seg villig til å la noen enheter fungere som kontrollgruppe, det vil i praksis si at det ikke skulle skje noe der i forhold til arbeidsmiljø og sykefraværarbeidet gjennom den forebyggende strategien eller gjennom utvidet egenmelding i perioden forskningsprosjektet var i gang med målinger (f.o.m høsten 1995 t.o.m. høsten 1997).

Den metodiske tilnærmingen som ble valgt kan kalles multidisiplinær fordi den inkluderer både kvantitative og kvalitative metoder for å studere effekten av intervensjonene. I delprosjektet "Arbeidsliv på kvinners vilkår" er det ved siden av pre- og postmålinger gjennom

survey gjennomført datainnsamling ved hjelp av deltakende observasjon og dybdeintervju med de ansatte, for å fange opp prosessuelle sider ved gjennomføringen av intervensjoner/tiltak for bedre helse. I delprosjektet "Organisasjonslæring ved intervensjoner for bedre helse" er det gjennomført strukturerte intervju med ledere og tillits-valgte i et utvalg av enhetene i forsøksgruppen, før og etter pre- og postmålingen. Hovedhensikten med dette er å søke å fange opp om det er mulig å oppnå noen varige endringer i holdninger og atferd på organisasjonsnivå (organisasjonslæring).

Det er for tidlig å kunne si noe om resultater ennå fordi det ennå ikke er ferdig med postmåling og siste datainnsamling. I løpet av 1998-1999 skal det publiseres fra prosjektet.

## 8

## De ulike yrkene

Innledningsvis vil vi understreke at dette kapitlet er noe rudimentært. Vi ønsket å bearbeide materialet bedre, og var tvil om det skulle tas med i den nåværende form. Til dels skyldes den rudimentære formen at det faktisk er mindre tilgjengelig materiale om en del av de yrkesgruppene som omtales. Dette gjenspeiler at forskningen innenfor pleie- og omsorgstjenesten synes å ha hatt hovedinnretning mot pleiepersonalet og deres arbeidsmiljø. Når man skal drive utviklingsarbeid i søking etter nye og forbedrede måter å ivareta tjenesteoppgavene på, blir det klart at en må ha et dekkende bilde av de samlede funksjonene. De ansatte er hverandres miljø på viktige måter. Enkelte prosjekter viser hvordan alternative yrkesrolleutforminger kan være avgjørende for å oppnå en bedre mestring for virksomheten og for den enkelte ansatte (Slagsvold 1989, Sørensen 1998).

### 8.1 Noen momenter i forhold til yrkets plassering og tradisjon

I pleie- og omsorgssektoren finner vi et stort antall yrkesgrupper:

I hjemmetjenestene arbeider sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionomer, diakoner, dietikere, vernepleiere - alle med høyskoleutdanning. Til å administrere tjenestene kan vi finne økonomer, cand.politer og personale med f.eks. personalledelse som faglig bakgrunn. Psykolog og lege kan også være knyttet til denne tjenesten.

Dessuten arbeider hjelpepleiere, hjemmehjelpere, vaktmestere, "altmulig"-personale og vaskepersonale i denne tjenesten.

I PU- eller andre omsorgsboliger vil vi finne vernepleiere, omsorgsarbeidere og boledere som kan ha litt forskjellig bakgrunn.

I de somatiske og psykiatriske sykehjemmene finner vi sykepleiere, diakoner, hjelpepleiere, fysioterapeuter, aktivtører, ergoterapeuter, kokk/husøkonom, kjøkkenmedarbeidere, renholdspersonale, pleieassistenter. Det er en tilsynslegefunksjon knyttet til institusjonen, og man kan også her finne psykolog. Institusjonene har som regel noe administrativt personale, mer differensiert ettersom hvor stor virksomheten er. Svært mange har sentralbord-funksjonærer og ansatte som driver kontorarbeid og økonomistyring. I de større virksomhetene er det dessuten spesialiserte roller som f.eks. opplæringspersonale eller veilederfunksjoner.

For alle tjenestenes vedkommende er det også tilfelle at de kan ha større grupper med faglærte ekstravakter eller ufaglærte som tar vakter.

Det er ulike driftsmodeller i virksomhetene. Som vi så i 1997-undersøkelsen fant vi at en del driver integrerte modeller der man samarbeider mellom institusjonen og hjemmetjenesten, og i enkelte tilfeller har man en lang og utviklet omsorgs- og pleietiltakskjede. Dette innebærer at personalet er knyttet til hele kjeden og kan gå inn og ut i forskjellige roller og funksjoner. Etter resultatene å dømme gir disse driftsmodellene et grunnlag for nye variasjoner i arbeidet og større fleksibilitet i tjenesten.

Tar vi for oss de ulike yrkesrollene så ser vi at det tradisjonelle og hierarkisk ordnede sykehjemmet klart skiller mellom de ulike personalgruppene. En gruppe steller det materielle, lager mat, sørger for renhold og vask av klær og tekstiler, passer på bygningene og uteområdene. Den andre personalgruppen steller med beboerne/pasientene. Personalgruppene er ordnet i forhold til et hierarki der medisinske funksjoner rangerer høyest, og vi finner en gjenspeiling av sykehusets rangorden. For å styre og administrere denne driftsformen så finner vi så en styrer som har toppansvar og vedkommendes linjeorganisasjon og administrative støttefunksjoner.

Det er denne organisasjonsformen vi kjenner best, det vil si at vi også kjenner dens sterke og svake sider. Vi viser til den tidligere refererte undersøkelsen av Slagsvold. Problemene i denne driftsformen er knyttet til utfordringene med å være fleksibel og å kunne gi nok rom

for å ivareta de behov for endringer og utviklingstiltak som de ansatte som arbeider nær pasienten/beboeren opplever.

I hjemmetjenestene finner en gjerne en organisasjonsform som gjen-speiler den efemeriske organisasjons utfordringer når det gjelder det å finne et godt balansepunkt mellom å integrere (koordinere) og gi de som arbeider ute blant klientene nok autonomi.

Det har vært drevet en rekke OU-tiltak i såvel hjemmetjenesten som i sykehjem, noe som avdekker behovene for å finne frem til drifts-former som bedre ivaretar de ansattes behov for en klar organisering med hensyn til ansvar, tilstrekkelig tilgang til kvalifisert personale og individuelt frirom.

Ledelsesspørsmål innenfor hjemmetjenesten og institusjonene er kommet mer og mer i fokus. Som vi har sett i gjennomgangen av forskningslitteraturen knytter mange av utfordringene i pleie og omsorgstjenestene seg nettopp til ledelsesfunksjonene. Ledelses-utvikling har derfor stått på dagsorden i disse tjenestene. I den allerede omtalte arbeidsmiljøkartleggingen fra Sagene Torshov bydelsforvaltning (Sørensen et.al. 1997) fant en at lederne hadde signifikant lavere fravær enn deres underordnede, men det var større turnover i ledesssjiktet. Hvordan man kan forklare dette er nå gjenstand for undersøkelser.

Ledelsesutfordringene står i kø i pleie- og omsorgstjenesten. De særegne utfordringene som ligger i å være politisk styrt og deler i en ofte langsomt virkende demokratisk prosess, setter press på lederne og i sær er dette kjennetegnende for en prosess der man skal få til "mer pleie og omsorg for hver krone" samtidig som det er kapasitets-problemer. Ledelsens funksjon er å være grenseregulator overfor omgivelsene (Thorsrud 1976, Revang & Sørensen 1996). Ledelsen skal styre den prosessen som gir de ansatte muligheter til å være i et forsvarlig arbeidsmiljø og samtidig skal de ivareta langsiktig plan-legging og utvikling av virksomhetens mål og visjoner for framtiden.

Hverdagen for mange ledere er imidlertid preget av knapphet i tilgang på personale, og dette er særlig følbart for virksomheter i større arbeidsmarkeder. På mindre steder er derimot en aktuell problem-stilling at personalet ønsker større stillingsbrøker enn hva det er tilgang på (se Norheim Larsen & Seierstad 1998).

## 8.2 Avgang og ustabilitet i pleieyrker

Mangelen på kvalifisert pleiepersonell i norsk helse- og pleiesektor er et akutt problem for mange norske sykehus og institusjoner i dag. I forskning som har fokusert på stabilitetsproblematikken i pleieyrkene finner vi to hovedtyper av forklaringer. Den ene hovedtypen fokuserer på arbeidsvilkår og belastningsnivå i pleieyrkene som et inntak til å forstå hvorfor avgangen og ustabiliteten er så stor, den andre forklaringsmåten kan knyttes til betydningen av kjønn i pleieyrkene der årsaker til avgang og ustabilitet søkes å finne i kvinners tilpasningsstrategier mellom jobb og familie.

### Innflytelse og trivsel

I hierarkisk ordnede virksomheter vet vi at det oppstår lett et skille mellom dem som planlegger og fatter beslutninger på den ene siden, og de som utøver virksomheten på den andre. Det blir en sentral utfordring å få organisasjonen til å samles om de samme verdier og oppnå en situasjon der alle drar i samme retning. I klientrettede organisasjoner, tjenesteproduserende virksomhet, er det den som står i direkte samspill med klienten som ofte får erfaringer om sammenhengen, eller mangel på sammenheng, mellom mål og midler til rådighet for å nå målene. I en viss forstand er det slik at de som arbeider i samspill med klientene har den egentlige erfaringskunnskapen, men i en hierarkisk ordnet virksomhet kan det være svakheter når det gjelder viljen til å ta i mot meldinger "nedenfra og opp". Dette kan medføre at de ansatte ikke opplever at *de* i ledelsen egentlig forstår hva som foregår, "...hva vi driver på med her". De gir opp å sende tilbakemeldinger, men innretter seg uformelt for å få utført sitt arbeid. Da oppstår det underkulturer i virksomheten og det blir ytterligere vanskelig å samle institusjonen/organisasjonen om en måte å drive daglig virksomhet på.

Kommer dette sammen med høy turnover får man en uheldig utvikling, med en opplevelse av dårlig ledelse, mye uformell ledelse og "ta seg til rette"-kultur. Man lærer at så lenge ting går rundt er det ingen som bryr seg, ledelsen er bare opptatt av å ikke få dårlige nyheter (Sørensen 1998).

I offentlig eide virksomheter kan det være kompliserende at de demokratiske prosessene tar tid og går mange runder, og man kan ha



begrensede mandater for organisatorisk autonomi. Det kan bli vanskelig for ledelsen å ha svar eller fremstå med autoritet i forhold til viktige spørsmål som de ansatte reiser.

Når lederne må bruke mye tid til å hente inn ekstrapersonale så stjeler dette tid, tid til kontakt med de underordnede ansatte og vedlikehold av interne prosesser.

De fleste ansatte i pleie- og omsorgssektoren er fullt klar over at krav og forventninger til tjenestene er økt, og en god del er også blitt stadig mer oppmerksomme på økonomiens betydning. De kan være stilt overfor trusler om privatisering i enkelte deler av virksomheten, de får stadig høre at de er "dyre i drift", at det er for mye fravær, at de ikke yter god nok service og ikke er fleksible nok.

#### Avgang og ustabilitet - en konsekvens av dårlige arbeidsvilkår?

Mangelen på pleiepersonell, og kanskje i særlig grad på sykepleiere, utgjør i seg selv et arbeidsmiljøproblem som kan ha uheldige ringvirkninger for belastningsnivået i pleiearbeidet. Samtidig kan stor avgang og ustabilitet tolkes som et utfall av et dårlig arbeidsmiljø med mange belastninger (Skaar 1987, Abrahamsen 1994). I rapporten *Ustabilitet blant hjelpepleiere - jobb eller familie?* av Bente Abrahamsen (1994) drøftes spørsmålet om ustabilitet i hjelpepleieryrket. I rapporten gjør Abrahamsen en gjennomgang av en rekke norske undersøkelser som fokuserer på stabilitetsproblemene i pleieyrkene. Gjennomgangen viser at i løpet av ett år slutter ca 20 prosent av pleiepersonalet i jobben (Buxrud & Krogstad 1988, Skaar 1988, Slettebø 1987, Sætnan 1980). Abrahamsen hevder at selv om tallene ikke helt kan sammenliknes, så er det mye som tyder på at gjennomstrømningen blant pleiere er mer enn dobbelt så høy som for andre norske arbeidstakere.

#### *Hjelpepleiernes "belastningsstruktur"*

Abrahamsens undersøkelse bygger på en hypotese om at mobiliteten blant hjelpepleierne kan avdekke om det er belastningsnivået som er avgjørende for hvorvidt de skifter jobb. Sykehjem og somatiske sykehjem blir av hjelpepleierne selv rapportert som mer belastende arbeidsplasser enn hjemmesykepleie og psykiatrien. Dette kaller Abrahamsen for hjelpepleierenes "belastningsstruktur". Hypotesen er

at mobiliteten for en stor del går fra de mest belastende arbeidsplassene og til de mindre belastende arbeidsplassene.

Denne hypotesen blir ikke bekreftet, det kan ikke identifiseres et mobilitetsmønster som korresponderer med hjelpepleierenes belastningsstruktur. Derimot ser det ut til å være en tendens til å bytte jobb innenfor samme arbeidsplass. Yrkets belastningsstruktur synes heller ikke å ha noen konsekvens for mobilitet ut av yrket. Det er like gjerne hjelpepleiere innenfor arbeidsplasser som karakteriseres som mindre slitsomme, som søker seg til andre yrker.

Resultatene viser derimot at geografisk tilhørighet er bestemmende for hvor lenge hjelpepleierne er i en belastende jobb. Pleiere som bor på steder med få eller ingen andre jobbmuligheter er gjennomsnittlig mye lenger i belastende jobber enn de som bor på en plass med gode jobbmuligheter. Dette resultatet samsvarer godt med hva som kom fram i kartleggingen av de 54 institusjonene (Norheim Larsen & Seierstad 1998).

Undersøkelsen viser at i løpet av de 14 første årene i hjelpepleieryrket er det ca halvparten som oppgir at de i hele denne perioden har hatt en belastende jobb. Å bytte jobb viser seg å være den beste forsikringen for den enkelte pleier til å unngå en slik situasjon.

Undersøkelsen bekrefter delvis at deltid er en form for slitasjetilpasning. Hjelpepleierne begrunner sitt ønske om deltid ut fra slitsom arbeidssituasjon. Analysen viser også at det er dobbelt så vanlig blant hjelpepleierne å redusere arbeidstiden enn å øke den.

#### *Spesialsykepleiernes arbeidsvilkår*

I rapporten *Mangel på spesialsykepleiere - et spørsmål om utdanningskapasitet eller arbeidsvilkår* tar Solveig Skaar opp problemstillinger knyttet til mangelen på anestesi-, intensiv- og operasjonsykepleiere (Skaar 1987). Undersøkelsen viser at det ikke er utdanningskapasiteten som er årsaken til mangelen på spesialsykepleiere, men heller at avgangen fra yrket er for stor. Rapporten søker derfor å forklare hva som kan være årsaker til den store avgangen fra dette yrket.

Fokus i rapporten er på arbeidsvilkårene til spesialsykepleierne som forklaringsfaktor på høy turnover og vanskeligheter med rekruttering.

Skaar forstår mangelen på spesialsykepleiere som et symptom på at noe er galt med arbeidsmiljøet i dette yrket. Gjennom en spørreundersøkelse blant spesialsykepleierne finner hun at det som ofte blir betegnet som en "flukt" fra yrket ikke er en flukt fra sykepleierstillinger som sådan, men fra spesialsykepleieryrket. De aller fleste spesialsykepleierne som slutter går over i andre typer sykepleierstillinger og gjerne i ledende stillinger. Dette funnet samsvarer med Abrahamsens hjelpepleierundersøkelse, der hun på samme måte finner at de som slutter ikke slutter i hjelpepleieryrket, men heller går over i andre jobber som hjelpepleiere (Abrahamsen 1994).

Skaars undersøkelse dokumenterer hvordan arbeidsbelastning, liten handlefrihet og dårlige faglige utviklingsmuligheter er de viktigste årsakene til avgangen fra spesialsykepleierstillingene. Kravene i spesialsykepleieryrket fører til belastninger. Verken familiesituasjon, ansiennitet eller erfaring i jobben, er avgjørende for opplevd belastning. Skaar mener derfor at det er rimelig å konkludere med at det er arbeidssituasjonen i seg selv som er belastningsskapende.

- Spesialsykepleierne har dårlige muligheter til å selv styre arbeidsmengde og arbeidstempo.
- Spesialsykepleierne har dårlige muligheter for faglig utvikling.
- Organisasjonsstrukturen er i seg selv et hinder for faglig vekst.
- Deltid er en strategi som har gjort det mulig å håndtere en arbeidssituasjon uten å endre arbeidsvilkårene.
- Deltid har på denne måten bidradd til å kamuflere spesialsykepleiernes arbeidsvilkår.

### 8.3 Noen trekk ved de enkelte faggruppene

#### "Den store gruppen"

##### *Sykepleiere*

Sykepleierne er en nøkkelgruppe i såvel hjemmetjenester som sykehjem. Svært mange sykepleiere er i stillinger der de har ledelsesoppgaver (Sørensen 1997) og de har i alle fall et definert ansvar i forhold til spesielle funksjoner. Det er gjerne knapphet på dem, særlig i de store byene. Det har vært hevdet at det er et stort problem at sykepleierne ikke finnes ute ved pasientens side, men i stor grad bannlegges til administrative oppgaver eller opplæringsoppgaver. Med tiltakende og alvorlige helseproblemer hos såvel hjemmeboende som institusjonsboende eldre, er deres kompetanse en knapphet. Endringer i psykiatrien gjør at det også er store behov for sykepleiere med spesialitet som psykiatriske sykepleiere.

For sykepleiere i sykehjem er knapphet på sykepleiere, tung vaktbelastning og mangelen på muligheter for påfyll viktige forhold når man skal se på deres arbeidsmiljøforhold

Særlig i forhold til bemanning på natt er sykepleiere overlatt et stort ansvar. De skal gjerne dekke svært mange pasienter alene som ansvarshavende.

Deres arbeid er ofte preget av mange "her og nå"-oppgaver samtidig som de gjerne har ansvar for pleieplaner, og å være der for andre personalgrupper (særlig hjelpepleiere) som ikke sjelden er kritiske til dem.

En undersøkelse (Sørensen 1997) viste at sykepleierne, antakeligvis noe ufortjent, fremstilles som en gruppe som har fjernet seg fra pasienten. Vi har ikke egne data for sykepleiere i pleie- og omsorgstjenesten.

##### *Hjelpepleiere*

Hjelpepleierne er som regel den store gruppen, og de er avhengige av sykepleierne og deres bistand. Hjelpepleierne har tett kontakt med beboerne/pasientene og skal gjerne ha med seg ufaglært personale i arbeidet. Hjelpepleierne og sykepleierne tar løft og skal også drive

stell og trening med beboerne. Hjelpepleierne går vakter, og skiftarbeidet er en viktig ramme for deres arbeidsmiljøopplevelse.

Mange undersøkelser dokumenterer hvordan hjelpepleierne reagerer på det fysiske, men også i noen grad på det psykiske slitet i deres arbeid. For hjelpepleierne er det også tungt å vite at de ikke kommer videre, de blir kanskje hjelpepleiere 1 eller ledende hjelpepleiere, men savner en egentlig lederutdanning, samtidig som de i praksis leder særlig andre i samme yrkesgruppe og midlertidig ansatte/ufaglærte.

#### *Fysioterapeuter, ergoterapeuter og aktivtører*

Fysioterapeutenes rolle i sykehjem er gjenstand for kryssende forventninger: skal de drive behandling i fysioterapirommet eller skal de være ute på avdelingen?

Noe av det samme gjelder ergoterapeuter og aktivtører: i hvor stor grad skal de utføre spesialisert arbeid i egne arbeidsstuer/opp-treningsverksted og i hvor stor grad skal de være ute i avdelingene? Som for flere av de andre yrkesgruppene der det er få i hver virksomhet, blir savnet av faglig fellesskap merkbart. I en evalueringsundersøkelse av en alternativ organisering av hjemmetjenesten i Bydel 19 i Oslo, kom det fram at fysioterapeuter og ergoterapeuter følte at en modell med høy grad av tverrfaglig integrering kunne komme på tvers av deres faglige behov (Sørensen 1995).

#### *Ekstrapersonale*

Ekstrapersonale er man avhengig av særlig i de større byene og i de større institusjonene. Disse kommer gjerne inn "fra gata" og lærer at de ikke bør være for brysomme, men forsøke å finne seg en plass som best de kan. Etter vår erfaring er det ganske uvanlig at disse får noen slags opplæring eller innføring i institusjonenes mål og filosofi - det er bare å gå rett ut i arbeid!

Det er en rekke paradokser knyttet til ekstrapersonalet. For eksempel blir ekstrapersonalet satt til å våke over døende som de ikke kjenner, mens de som har et forhold til den døende ikke ansees å ha tid til å følge prosessen. Med det til følge at dødsfallet blir vanskelig å ta for de faste som kanskje må ha hjelp til å bearbeide sorgen i etterkant, noe som kunne fått et annet utfall dersom de hadde kunnet være i kontakt med sin klient i avslutningen av livet.

## "Unika"-rollene

Vi finner i flere studier at de ansatte i pleie- og omsorgstjenesten opplever at de får mest tilbakemeldinger på deres arbeid fra beboerne og fra kolleger, mindre fra pårørende og aller minst fra sine overordnede (Sørensen 1995, Sørensen m.fl. 1996, 1997). Ansatte som arbeider innenfor de "store" faggruppene, som hjelpepleiere og sykepleiere, har ganske andre muligheter til å få sin faglige identitet bekreftet av kolleger og vil, gjennom sin numeriske tyngde, også ha en annen posisjon i virksomheten enn de såkalte "unika"-rollene eller smågruppene.

### *Sosionomer, psykologer og prester*

Sosionomer, psykologer og prester er yrkesroller som man som regel bare har en av i en tjeneste eller en institusjon. Det ville vært svært interessant å vite mer om deres arbeidsmiljøforhold. De forvalter fagområder som gjør at de ikke bare kommer brukere og beboere/pasienter/klienter nær, ikke sjelden får de også en rolle vis a vis personalet. Større institusjoner har egne personalmedarbeidere og opplæringspersonale, og også disse funksjonene er rimelig ubeskrevne blad i en arbeidsmiljøsammenheng.

### *Tilsynsleger*

Legerollen i sykehjem er lite beskrevet, men kommer nå og da fram gjennom refleksjoner som tilsynsleger gjør seg f.eks. i foredrag (Peter Hjort har lagt fram sine erfaringer). Men tilsynslegen kan også komme i søkelyset f.eks i forhold til medisiner og annen behandling av pasienter/beboere i sykehjem så som f.eks. i forhold til den prosessen som fant sted ved Landås Menighets Eldresenter.

### *Hjemmehjelpere*

Hjemmehjelpere er godt beskrevet som yrkesgruppe, og for å konkretisere utfordringene i yrket kan vi vise til tidligere omtale i gjennomgang av ulike studier.

### *Tannleger*

Enkelte institusjoner har egne tannklinikker, men disse er som regel organiserte under fylkeskommunen.

*Fotpleiere og frisører*

Andre viktige faggrupper som utfører meget verdsatt arbeid fra brukernes side, er fotpleiere og frisører. Disse tjenestene kan være en del av institusjonens ordinære stillingsbudsjett, men kan i flere tilfelle være drevet som egen virksomhet lokalisert i institusjonen. Det har ikke vært mulig å finne litteratur som belyser arbeidsmiljø og arbeids-helseforhold for disse faggruppene annet enn som korte omtaler i arbeidsmiljøkartlegginger.

*Kjøkkenpersonalet*

Kjøkkenpersonalet er en gruppe som er lite synliggjort i arbeidsmiljø-litteraturen. Som ledd i arbeidsmiljøkartlegginger ser en riktignok at kjøkken og renhold sammen med vaktmester slås sammen i en kategori.

#### 8.4 Matlaging og renholdsarbeid - basisfunksjoner

Matlaging og renhold er basisfunksjoner i våre liv, de minner oss også om at skillet mellom "arbeidet" og "livet" til dels er noe kunstig. Renhold som spesialisert arbeid er et fenomen av nyere dato; så lenge kvinnenes arbeidsinnsats i jordbruksproduksjonen var absolutt nødvendig, og så lenge det var meget tidkrevende å gjøre rent var regelmessig rengjøring en luksus. Renhold ble sett på som et tegn på velstand (Bermann 1979). Ved industrialiseringen viste det seg at de unge jentene heller gikk til fabrikkene enn å bli tjenestejenter. Det "ble de bare når alle andre utveier var stengt, det var det siste de grep til" (Sverdrup Lunden 1941). Dette hang ikke bare sammen med at arbeidet var fysisk slitsomt, at det var lange arbeidsdager, men også at det var et liv som "tjener": alene overfor arbeidsgiveren, i hans hus og utsatt for hans vilkårlige behandling. I fabrikkene var det flere sammen og "noen å stå sammen med", noen å få hjelp fra.

Forestillingen om sammenhengen mellom hygiene og helse, ernæring og helse fikk stor betydning for renholdets og matlagingens status. Da folk flyttet fra gårdsbrukene og til byene ble det et skille mellom bosted og produksjonssted. Det ble vanlig at kvinner tok på seg renholdsarbeid innendørs mot betaling. Men så sent som slutten av forrige århundret var det vanlig at lærerne og andre yrkesgrupper selv måtte sørge for å holde arbeidsplassene sine rene.

Rengjøringsarbeid var først og fremst et arbeid for arbeiderkvinner, men det gjaldt også i stor grad matlagingen. I enkelte sektorer er det slik den dag i dag at spesielt tungt eller omfattende arbeid overlates til rengjøringspersonale, mens f.eks. sykepleier og servitør kan drive en viss rydding og "tørke over". Det spesialiserte renhold er likevel det vanlige. Det er forholdsvis sjelden å se at ansatte deltar i renholdsaktiviteter.

Rengjøring er i særlig grad blitt skilt ut som egen funksjon. Dette innebærer at en har slike separate funksjoner i f.eks. sykehus, aldershjem, hotell m.v. Over halvparten av de ansatte i renhold og kjøkken ser ut til å være sysselsatte i slike typer virksomheter. De store prosessene i arbeidslivet har i høy grad berørt markeder og arbeidet gjennom

- omstilling;
- nye "produksjonssystemer", ulike former for service-ledelses-systemer;
- nye krav om kvalitet, autorisasjon, kontroll;
- høy konkurranse, også fra internasjonale kjeder og konserner, og press fra anbudssystemet. Lederen i en større hotellkjede ga i et avisintervju uttrykk for at pga. deres gode cateringferfaring og effektivitet i renholdsrutiner, sto kjeden klar til å rykke inn i eldresektoren.

Renhold som bransje har vokst i antall ansatte:

- Antall sysselsatte i renhold i 1970 i Norge: 56 000
- Antall sysselsatte i renhold i 1993 i Norge: 71 000

Renholdsarbeid foregår i følgende hovedformer:

- 1) Som ordinære arbeidsoppgaver innen virksomheten, med ansettelsesvilkår og avtaleforhold på linje med dem som gjelder for andre ansatte. Da er renholderen kollega med dem hun/han gjør renholdsoppgavene for.
- 2) Som oppgaver en virksomhet leier arbeidskraft fra en annen virksomhet for å få utført. Den som utfører renholdsoppgavene er ansatt i et byrå eller firma og er ikke kollega med dem som hun/han utfører renholdsoppgavene for. De ansatte og ledelsen i virksomheten som leier inn renholdstjenester blir "kunder".



### *Bakgrunnsdata om renholdsassistentene*

De fleste er kvinner og de fleste er over 40 år. Undersøkelsen viser i tillegg at kun 36 % har heltidsstilling. Det er med andre ord flere, adskillig flere i deltidsstillinger, og de fleste har en stillingsandel i området 50-79 prosent. I enkelte institusjoner driver man også vaskeri, her har vi ingen tilgjengelig litteratur.

### Fem "kollektive kjennetegn" som har stor betydning

1. Aldersfordelingen på arbeidsstokken (især dersom den arbeider som isolert enhet).
2. Størrelsen på personalet i kjøkken og renhold i den enkelte virksomhet.
3. Homogeniteten mht kjønn og kulturbakgrunn.
4. Kyndigheten i personalet, mulighetene for å lære.
5. Grad av integrerthet i forhold til virksomhetens faglige og sosiale kultur og fellesskap.

Det vil stort sett være kvalitativt annerledes å være renholds- og matprodusent som ansatt i offentlig sektor enn i privat renholdsfirma/bedrift. Dette pga. den relativt høyere grad av organisering av partsforholdet, gjennomsiktighet og tradisjon for å organisere seg i "gjennomgående" fagforbund ("alle på en arbeidsplass i samme forbund").

### *Eksempel 1*

Borchgrevinck (1995) skulle evaluere erfaringene med den frivillige godkjenningsordningen i bransjen og fant ut at det var svært vanskelig å få til samtaler med representanter for de ansatte, det var lederne som møtte opp. På tross av uttrykkelige forespørsler måtte en innse at lederne rett og slett ikke kom til å sende sine renholdere til intervju om deres erfaringer. Hadde lederne noe å skjule? Antakeligvis er det mer fundamentale grunner til dette:

"I (ren-)holdsbedriftene er man ikke vant til at renholdere gjør annet enn å drive med renhold i arbeidstida. Tanken om å ta f.eks. et verneombud ut av 'produksjonen' for å delta i en diskusjon om drift, gå i et møte, eller som i dette tilfellet, representere de ansatte ved en presentasjon av bedriften, er ukjent og virker urimelig."

Borchgrevinck mener at dette ikke lover godt for f.eks. internkontrollarbeidet: det lykkes bare dersom en har tillit til at de ansatte kan bidra til noe annet enn å svinge moppen. Dette tas som et tegn på hvor langt, eller kort, bransjen er kommet i å interessere seg for medvirkning. (Dette synet som lederne hadde er direkte inkonsekvent, i og med at renholderne i så stor grad er de virkelige representantene for bedriften utad, i virksomhetene der de utfører sine oppgaver som representanter for firmaet/byrået.)

#### *Eksempel 2*

I en bydel i Oslo har ansatte og ledelsen har skapt sin egen arbeidsorganisatoriske modell. Evalueringen av erfaringene etter fire år viste at det å aktivt ta i bruk de ansattes erfaringskunnskap nettopp på de primære oppgavefeltene, var ensbetydende med å øke mestring, helse og arbeidsglede hos de ansatte og trivsel hos klientene. Dette ble en demonstrasjon av hvilken betydning den erfaringskunnskapen som renholdere og matleverandørene har når den møtes med respekt og blir systematisert (Sørensen 1995).

Ved ikke å anerkjenne erfaringskunnskapen, fratrar arbeidsgiveren/virksomheten seg/sin virksomhet en betydelig ressurs:

"Når arbeidsplassen er tilrettelagt slik at den ansatte kan oppleve at oppgavene mestres, har dette stor positiv innvirkning på den enkeltes og arbeidsgruppens måte å bruke sine ressurser på. Opplevelse av mestring skaper mestringsmotivasjon og gjør den enkelte, men også arbeidsgruppen mer robust, generøs og samtidig sikker på sin egenverdi. En person og en gruppe som ikke får oppleve mestring vil lett bli 'mindre enn seg selv' (person-nivå) eller 'mindre enn summen av enkeltpersonene'." (Sørensen 1995)

Det er stor forskjell på dynamikken i en gruppe som mestrer, og en gruppe som opplever at den ikke får ting til. Et av de viktigste arbeidsmiljøtiltakene en kan realisere er derfor å sørge for at de ansatte får utført arbeidet sitt, synliggjort dette for andre og få tilbakemelding på arbeidets kvalitet.

## 8.5 Arbeid med renhold og mattilberedning utenom institusjonen

En del av den såkalte "hjemliggjøringen av omsorg" har vist betydningen av disse grunnleggende oppgavene for helse, velferd og trivsel for mennesker som kan være i en svak posisjon som pressgruppe og brukere. Utenom institusjon er det i en del sammenhenger anerkjent at disse grunnfunksjonene faktisk bør løftes frem og få en sentral posisjon. Evaluering av den organisasjonsformen som en hadde funnet frem til i en av Oslos bydeler, bydel 19 Grorud, viste at det der ikke var den vanlige hierarkiske arbeidsorganisasjonen, men derimot tre autonome enheter, de direkte hjelpegivende, "ekspertene" og ledelsen/administrasjonen (Sørensen 1995). Disse tre autonome gruppene samarbeidet utstrakt og kunne rekvirere hjelp fra hverandre. Det å gi mat og hjelp til renhold av boligen og personlig hygiene var sett på som grunnleggende arbeidsoppgaver. Her møtte vi ansatte som utførte renhold og brakte mat etterat de på en selvstendig måte hadde vært sentrale i å fastsette hjelpebehovets innhold og omfang, samtidig som de hadde fått trening i å observere hvor godt hjelpen passet. De drev altså evaluering, og de var med på å definere videre prioritering av hjelpebehovet. Klager over at nødvendige oppgaver ble neglisjert var sjeldne, tvert imot var det anerkjent av alle i de tre sirklene at det fungerte meget bra, det ble mye hjelp og tilfredse hjelpemottakere som resultat.

Videre var det interessant å kunne konstatere at de som ytet hjelpen syntes at de gjorde en god jobb, det fikk de jo mange bekræftelser på. Samtidig hadde de lært å lære; de var trygge nok til å melde fra om nye utfordringer og de hadde vett til å be om hjelp når de syntes oppgavene krevde det. Det er tankevekkende at vi også kunne registrere at det var en stor gruppe "godt voksne" blant disse hjelperne, og de bar i mindre grad preg av belastningslidelser og hadde lavere fravær enn forventet.

Slik er det dessverre ikke alltid.

I en stor sykehusstudie som vi gjorde på slutten av 1980-tallet fant vi at det var en helt uvanlig aldersfordeling blant dem som vasket og holdt det rent på sykehuset. Det fantes så godt som ingen over 50 år. Dette henger naturligvis sammen med at arbeidet er meget krevende

fysisk, men også mentalt, gitt at det organisatoriske arbeidsmiljøet ikke er tilrettelagt slik at det kan bli en viss variasjon, muligheter for å tilpasse tempoet og føle seg akseptert (Sørensen & Grimsmo 1991).

## 8.6 Noen trekk ved arbeidsplassene på "kjøkken og i renhold" i offentlig sektor

Det typiske for en veldrevet institusjon er at en kan se hvordan de som utfører basisfunksjonene er en del av teamet og har gode, funksjonelle arbeidsklær og møtes med respekt ute på avdelingen.

For noen tid tilbake var det ved flere av våre psykiatriske institusjoner en bestemt behandlingsfilosofi som ble kalt "det terapeutiske samfunn". Da var det satt i system at alle som arbeidet ved en enhet fikk forståelsen av at de representerte vesentlige impulser til menneskene som var i pasientrollen. Den som gjorde rent eller lagde maten hadde en anerkjent og synliggjort rolle også i den terapeutiske sammenhengen.

### *Oppgavene for kjøkkenfunksjonen*

Det dreier seg om å yte tjenester som er grunnleggende for trivsel og velvære, og for dem som yter disse tjenestene i offentlige institusjoner innebærer dette ofte også at de representerer noe av lyspunktene i en hverdag som kan være grå eller angstpreget. Den som lager mat i et fengsel eller på en aldersinstitusjon gir daglige gleder, et samtaleemne og noe å se fram til for mennesker som ikke kommer ut av institusjonen. I en 24-timers institusjon er altså matlagingen ikke bare ernæring, det er også noe som gir en opplevelse av sanser i en ellers kanskje nokså ensformig døgnrytme. Samtidig er det også tilfelle at en i mange sammenhenger ikke har vektlagt disse funksjonene godt nok i en norsk sammenheng. I f.eks. USA og Canada eller Danmark legges det større vekt på de verdier som nettopp dietten representerer. Dette kommer til uttrykk ved at man får vite hvordan maten tilberedes, at maten kan velges fra en meny og blir delikat servert til f.eks. pasientene. Det er også vanlig at de ansatte får tilbakemeldinger i form av reaksjoner fra "kundene" f.eks ved at en gjør studier av hvor tilfredse en er med det produktet en nyter godt av.

Også i noen av våre spesialsykehus er det synliggjort hvilken verdi maten har for selve det terapeutiske målet en ønsker å få til. Det

norske radiumhospitalet har utmerket seg her, og Lovisenberg sykehus skåret nylig høyt på en test foretatt av Aftenposten.

### *Renholdsoppgavene*

Renholdet, og gjerne også vaskerifunksjonene, er særs viktige f.eks. i et sykehus eller i en institusjon. Det dreier seg om hygiene og forutsetninger for at andre funksjoner skal kunne utføres på en god måte. Allikevel har det vært slik at disse funksjonene har vært lite anerkjente, de ansatte har hatt relativt liten opplæring og måttet føle at de er i veien for de andre når deres oppgaver utføres.

Renholdsoppgavene i offentlig sektor utføres enten som arbeidsoppgaver av egne medarbeidere, eller ved at en har kjøpt inn "renholdstjenester" fra eksternt firma. Det er noe ulikheter fra bransje til bransje mht. hvor stort innslaget av "innleide/innkjøpte" tjenester er. Mens det er relativt vanlig å se at statsbedrifter får utført renhold fra byråer etter anbuds konkurranse, var det inntil for nylig nokså uvanlig at en har byråansatte som utfører renhold som ledd i en kommunes eller bydels hjemmetjenestetilbud. Det er mer vanlig at man organiserer egne "rengjøringspatroljer". Men det vanligste er antakeligvis at rengjøringsoppgaver er delaktiviteter for hjemmehjelpere som utfører en rekke andre oppgaver i tillegg. Byråene som leier ut tjenestene (renholderne) varierer i seriøsitet og etablerhet.

To motsatte retninger:

- 1) De ansatte i disse funksjonene blir internspesialiserte for å kunne møte konkurransen med dem som vil selge tjenestene fra byrå/kjede/utleiefirma.
- 2) De ansatte blir i større og større grad integrerte i virksomheten for øvrig. For eksempel ved at de kjøkkenansatte på aldershjem blir delaktige i aktiviteter på postplan, eller at de ansatte i renholdet bare deler av dagen arbeider med renhold og i andre deler f.eks. ivaretar innkjøp, logistikkoppgaver eller deltar i teamoppgaver ellers.

### En generell oversikt over arbeidsmiljøforholdene i renholds- og matproduksjonssektoren

Vi har en rekke studier av arbeidsmiljøforhold i disse bransjene. Helt fra den spede begynnelsen, da arbeidsmiljøkartlegginger var ganske så nye fenomener har vi vært opptatte av disse bransjene. Det ble gjort en

stor studie av renholdsarbeid på begynnelsen av 1980-tallet. Denne studien viste at det var mange særegne problemer og utfordringer for dem som jobber med mopp og støveklut i vårt land: For det første sliter en med lav anseelse, det er usikre ansettelsesforhold og et endret og økende arbeidspress. Dette skyldtes til dels at det allerede den gangen var en følt innvirkning fra anbudssystemet, og de ansatte måtte se at det var en massiv overgang fra renhold i egen regi til byrårenhold. Dette innebar at de ansatte i renholdsarbeid ikke lenger var en del av den ordinære arbeidsstokken i en virksomhet, men måtte komme som "grå katter" etter at de øvrige ansatte var gått hjem. Deres arbeid var viktig, men skulle helst ikke merkes av de andre ansatte. De ansatte slet med tunge tak og hadde mange arbeidsmiljøbelastninger som først og fremst ga seg uttrykk i belastningsskader og for tidlig avgang fra yrkesaktivitet. Dessuten var det også et utbredt fenomen at det ble for tungt å ha heltidsjobb, de ansatte måtte tilpasse seg deltidsarbeid.

Da vi gjorde studier innen hotell- og restaurantbransjen fant vi at dette var arbeidstakere som var sterkt utsatt for stressrelaterte plager, det var overhyppighet av visse former for alvorlige lidelser som hjerte-/karlidelser og kreft. Dette hang igjen sammen med et "hakkete" mønster i arbeidet; det kunne gå lange perioder der en ventet på kunder, men når kundene kom var det et sterkt tidspress og store krav til å være serviceminded og får maten ferdig i tide. Også i hotell- og restaurantbransjen fant vi at det var en usunn livsstil blant arbeidstakerne; mye og fet mat, og dessuten eksponering for alkoholholdige drikkevarer. Til sammen bidro dette til å forklare den overdødelighet som ble konstatert.

En fersk rapport (Andersen, Johnsen & Karlsen 1997) fra en undersøkelse foretatt på et sykehus i Trondheim viser at de største arbeidsmiljøproblemer for renholdsassistenter knyttes til "stress og press". De viktigste årsakene til dette er, ifølge informantene, endrede rammebetingelser ved bemanningsreduksjon og nedleggelse av sengesentralen. Sengesentralen var det stedet hvor brukte senger ble tatt imot og rengjort for neste pasient. Ved nedleggelse av sengesentralen har rengjøringsassistentene overtatt sengevask ved utreise. Disse endringene har ført til økt arbeidsmengde og større arbeidspress.

De ansatte opplever at de har fått mindre tid til disposisjon for å utføre oppgavene på en kvalitativ god måte. De opplever i tillegg mindre mulighet til å planlegge gjennomføringen av oppgavene, dvs mindre grad av egenkontroll. Ut fra den tidligere gjennomgåtte "kravkontroll"-modellen til Karasek, så viser undersøkelsen at renholdsassistenter opplever store prestasjonskrav og mindre grad av påvirkningsmuligheter.

Andre sentrale arbeidsmiljøproblemer, i tillegg til ledelse og arbeidsorganisering samt fysiske belastninger, knyttes til f.eks. manglende hjelpemidler og fysisk tungvinte lokaler. Helseutfall blant denne yrkesgruppen påvises ved et høyt langtidsfravær, dvs. over 40 dager. Årsaker til langtidssykmelding er muskel-/skjelettsmerter. Ifølge denne undersøkelsen er holdningen blant de ansatte at de har liten tro på at forebygging kan begrense sykdommen, de føler at kroppen blir utslitt etter en del år i renholdsyrket.

### Ny empirisk undersøkelse om arbeidsmiljø i matlaging og renhold

For å bote på manglende kunnskap om arbeid og helse blant ansatte i mattilberedning og renhold gjennomførte AFI en undersøkelse i et utvalg kommunale institusjoner. Arbeidsmiljøkartleggingen blant kjøkken- og renholdsansatte på alders- og sykehjem i Norge, viser at omtrent halvparten har kun 9-årig skole, 20 % har tre-årig videregående skole eller fagbrev, mens 10 % har høyskole eller universitetsutdanning. Renholderne har jevnt over mindre utdanning enn de kjøkkenansatte.

Når det gjelder opplevelse av egen jobb, er det helt opp mot 50 % av alle ansatte som ønsker en eller annen form for forandring i jobben sin. Dette går da enten på ønsker om å skifte til en helt annen type jobb, eller ønsker om endring av arbeidsoppgaver innenfor samme bransje. Dette kan kanskje ses i sammenheng med de dårlige karriereutsiktene de mener at de har; flertallet av de ansatte mener de har mindre gode eller dårlige muligheter til å rykke opp til høyere stillinger. Det er dessuten utbredt å mene at de selv har mindre karriere-, utviklings- og lønnsutviklingsmuligheter enn andre yrkesgrupper.

Det er få blant kjøkken- og renholdsansatte som har vært lenge i jobben sin. Materialet viser at 45 % av alle ansatte har vært ansatt i nåværende stilling i tre år eller mindre.

Når de beskriver sine egne arbeidsoppgaver, sier i gjennomsnitt 36 % av dem at diverse arbeidsstillinger (som sittende, stående/gående, hendene løftet i høyde med skuldrene etc.), er et problem for dem. I alt 70 % sier at de synes arbeidet er fysisk krevende, og like mange mener at arbeidstempoet deres er for mye styrt av overordnede. Tre fjerdedeler mener at de har stadig gjentakning av de samme arbeidsoppgavene hele dagen, og her er det en betydelig større andel som opplever det slik blant renholderne i forhold til blant de kjøkkenansatte.

#### *Helse og psykososialt arbeidsmiljø*

Kartleggingen viser generelt ikke veldig store forskjeller mellom renhold og kjøkken med hensyn til helseproblemer. Helseproblemene kan grovt sett deles inn i to grupper. Den ene gruppen plager omfatter leddsmerter, rygg- og hoftesmerter, smerter i ben og armer, samt migrene/hodepine, tretthet/matthet og hete- eller svetterier. 20-30 % er lite eller ikke plaget av disse problemene, og 70-80 % er en del eller mye plaget.

Den andre gruppen problemer omfatter på den ene siden psykiske symptomer som negative sinnstilstander, søvnproblemer, angst, nervøsitet samt på den andre siden fysisk ubehag som hjerteklapp, magetrøbbel, pusteproblemer, svimmelhet m.m. Mellom 85-95 % er ikke eller bare litt plaget av de sistnevnte problemene. Problemene i den førstnevnte gruppen er mer utbredt (vanligere) enn problemene i den sistnevnte gruppen.

Renholderne opplever oftere enn kjøkkenansatte at de ikke blir tatt alvorlig på arbeidsplassen og dette gjør dem nedfor eller ille til mote. Den samme tendensen gjør seg gjeldende med hensyn til å oppleve anerkjennelse for jobben man gjør. Overordnedes misnøye, fordommer til hudfarge eller bakgrunn, tilsidesettelse og ignorering, eller at andre tar æren for en jobb en selv har utført ser ikke for verken renhold eller kjøkken ut til å være noen byrde i arbeidsmiljøet.

#### *Beskrivelse av egne oppgaver - kvalitet og krav i arbeidet*



Bortimot halvparten får ikke, sjelden eller bare av og til være med på å bestemme kvalitetskrav, tidsfrister, i viktige arbeidsmiljøspørsmål og velge samarbeidspartnere. Dobbelte så mange av renholderne som av de kjøkkenansatte får sjelden/aldri være med på å stille kvalitetskrav. Plaging, erting, uønsket seksuell oppmerksomhet forekommer, men må kunne karakteriseres som unntak snarere enn regelen. Det synes å være et brukbart fellesskap innad i yrkesgruppene, men det er kanskje verdt å merke seg at kjøkken i mindre grad enn renhold syns det er et godt fellesskap innad i *institusjonen*.

### Utfordringer for renholds- og mattilberedningsfunksjonen i offentlig virksomhet

#### *Privatiseringsutfordringen*

De generelle endringene i samfunnet har satt sitt preg på renholds- og mattilberedningsfunksjonen i offentlig virksomhet. Det har vært press i retning av å spare og å omstille. For de ansatte på kjøkken i storhusholdninger har dette vært merket i form av et press i retning av å gjøre kostøret så beskjedent som mulig. Til dels har det vært vanskelig å se også at det skulle være tilbakeholdenhet f.eks. med å servere mat til dem som kom på besøk: alt skulle spares. Videre har dette satt en klem på de ansatte som skulle senke kostnadene så mye som mulig og med et stadig tydeligere uttrykt trussel om at dersom ikke dette skjedde, ville det bli aktuelt å privatisere kjøkkenet.

På samme vis har en sett hvordan dette har vært tilfelle i forhold til renhold der de store byråene har en betydelig andel av markedet, men hvor også små og mindre seriøse har hatt fritt spillerom.

#### *Rekrutteringsutfordringen*

Ettersom en del av disse arbeidsplassene har vært utsatt for trusler om nedlegging og omlegging er det også vanskelig å rekruttere personale. Dette har medført at en har fått en rekruttering fra mennesker med ulik kulturell bakgrunn. Både mattilberedning og renhold er sektorer der det flerkulturelle innslaget i arbeidsstokken er fremtredende.

#### *Flerkulturutfordringen*

Mer enn nesten noen andre sektorer har renhold og matproduksjon vært områder der man har åpnet opp for flerkulturell rekruttering. I en tidlig studie av innvandring til Norge fant vi at det kunne bli ganske eksplosive møter mellom norske kvinner i ledende og autoritative

posisjoner og menn fra fremmede kulturer som ikke var vant med å ta i mot ordre og oppleve at kvinner forvaltet makt (Sørensen 1972). Ved Ullevål sykehus pågår et større forskningsprosjekt omkring flerkulturspørsmål i arbeidsmiljøet (Næss 1997).

#### *Fravær og fraværproblemer*

Ut fra de kjennetegn vi vet preger disse bransjene er det åpenbart at det er spesielle årsaker som bidrar til mye fravær. Arbeidet er tungt, de ansatte er lavlønte, det er mange kvinner og mange opplever tøffe omstillingsprosesser.

#### *Ledelse- og ledelsesutfordringer*

Når utdanningsnivået er lavt påvirker dette mange av de faktorene som har betydning for helse, miljø og sikkerhet. Dette innebærer at det er en spesiell utfordring til ledelsesfunksjonen.

#### *Utfordringer for å tilrettelegge og planlegge*

De som utfører arbeid som de øvrige i en virksomhet tar for gitt, viser seg å ha særlig problemfylte betingelser når det gjelder å kunne sette av tid til intern opplæring, utviklingsarbeid og andre nødvendige funksjoner for å ivareta det indre livet i en arbeidsgruppe, et team. Feltobservasjoner fra institusjoner viser særlig at det kan være vanskelig å *ikke* bli dradd inn i andres oppgaveløsning: For eksempel hvis det forutsettes at de som gjør renhold eller serverer mat kan "hentes ut" til å utføre andre typer av oppgaver når det f.eks. er stort sykefravær i en bemanningsknapp institusjon. At dette går utover de funksjonene som mat- og renholdsleverandørene oppfatter som sine kjerneoppgaver kan bli oversett. Dermed får en bekreftet at det ikke tillegges egenverdi til det arbeidet som de tross alt er ekspertene på.

Det er slitsomt å ikke bli møtt med respekt for de standardene som en selv oppfatter som sentrale og viktige i eget arbeid. De som vasker synes f.eks. at det kan være vanskelig å akseptere at det hevdes at det er økende allergiproblemer blant førskole- eller skolebarn på grunn av dårlig renhold. Det dreier seg om det mulige renholds nivået som er gjennomførbart med bakgrunn i de normene som anbuds politikken tillater.

#### *Arbeidstidsutfordringen*

De som lager mat og sørger for renhold er gjerne "early risers": de er der før folk ellers er kommet på jobb og må ikke sjelden fortsette etter at folk har gått hjem.

### Konklusjoner

Vi har framholdt at renhold og hygiene er særs viktige verdier i helse- og pleievirksomhet. Fra hjemmetjenesten ytes hjelp til å holde boligen ren og velstelt og bistand til å ivareta klientenes personlige hygiene. Hvor grensene går mellom yrkesgruppene i hjemmetjenesten mht. hvem som skal dekke hvilke oppgaver, symboliseres av diskusjonen om hvem som skal rengjøre badekaret etter at klienten har badet. Er dette en del av arbeidet til hjelpepleier eller sykepleier som har assistert ved badingen, eller er det en del av hjemmehjelperens vaske- og renholdsoppgaver? Hvor intenst diskusjonen går om disse spørsmålene er ofte en indikator på selve det psykososiale klimaet, men også den organisatoriske mestringsnivåen i tjenesten.

Den som får mulighet for å mestre jobben, ha mestringsopplevelse, vil innrette seg annerledes enn den som ikke har slike muligheter. Forskningen har klart vist at den som kan oppleve å være i en psykososial sammenheng preget av trygghet og gjensidighet, har en viktig buffer mot uhelse. Det gir muligheter til å utvikle gode strategier i arbeidet, og det er samtidig med på å gi en sterk opplevelse av å være i et fellesskap.

Når de som arbeider med mat- og renholdsproduksjon skal delta i utviklingsarbeid kan de nå langt dersom en legger vekt på

- synliggjøring av arbeidet og dets verdi
- muligheter for å utvikle team
- muligheter for å evaluere og få tilbakemeldinger
- arbeide med normer og verdier som harmoniserer stabens oppfatninger om hva som er rent/sunt osv.
- muligheter for å takle feil og problemer i fellesskap

De som arbeider i renholds- og matfunksjonene kan bli trukket mellom ønsker om at de skal være del av en avdeling og sine egne behov for å være i et eget faglig miljø. Komplekse kollegaforhold krever klare regler for samspill.



## 9

## Avsluttende kommentarer og anbefalinger

## 9.1 Et selvkritisk etterord

Ved avslutningen av rapportens del I vil vi reflektere litt over arbeidsprosessen som har ført fram til det resultatet som foreligger, og komme med noen synspunkter på arbeidet med litteraturgjennomgangen. Arbeidet er utført av forskere fra tre ulike miljøer som alle har deltatt i prosjekter i pleie- og omsorgstjenesten. Gjennom prosessen er vi blitt bedre kjent med de ulike forskningstradisjonene vi selv står i og referansemiljøer som vi selv forholder oss til. Våre perspektiver innebærer også en begrensning, men litteraturgjennomgangen som til dels er gjort på basis av systematisk litteratursøking har utvidet vår oversikt over feltet. Det har vært nødvendig å avgrense arbeidet med litteraturen rett og slett på grunn av omfanget. Derfor vil det med stor sannsynlighet være noen referanser som en leser ville forvente å finne i gjennomgangen, men som ikke er kommet med.

Litteraturen er på samme tid både omfangsrik og åpenbarer "kunnskapshull". Ikke alle funksjoner i pleie- og omsorgstjenesten har vært viet like stor oppmerksomhet. Vi vet for eksempel at det er mange ekstravakter og midlertidig personell som gjør en betydelig innsats. Det finnes så godt som ingen forskningsmessig belysning av deres rolle: Hva betyr de for organisasjonen og hvordan de tilpasses virksomhetene? En annen viktig yrkesgruppe som i høy grad er med på å forme miljøet for beboere og arbeidsmiljøet er kjøkkenpersonale, de som holder orden på huset, vasker og holder det rent eller vasker klær og tekstiler.

Det har ikke vært mulig å finne gode studier av samspillet mellom det administrative nivået eller styringssystemet og de prosesser som

skapes internt i en hjemmetjeneste eller et sykehjem. Dette har åpenbart stor interesse og bør bli belyst gjennom systematiske studier.

Litteraturen er bred og gir dyptpløyende bidrag til å forstå sykehjem og åpen omsorg som sosiale systemer og arbeidsorganisasjoner. Men, det er få tilløp til å studere hele omsorgskjeden i tjenesten, selv om vi altså ser en tendens til at det pågår prosesser der disse integreres. Den deskriptive og kvalitative forskningslitteraturen er sterkest representert i Norge og Norden. Den har gitt inntak til å forstå hvordan arbeidsmiljøet oppleves og hvilke selvregistrerte helseutslag de ansatte knytter til arbeidserfaringene. En del studier har et uttalt kvinne eller genusperspektiv, men her gjenstår også mange uløste spørsmål og disse vil være interessante for videre forskning.

De deskriptive studiene tar opp mange av de samme spørsmål som den mer analytisk innrettede forskningen sysler med. Men, mens den analytiske forskningen søker etter å avdekke faktorer som er virksomme i å utløse mekanismer som påvirker opplevelser og helseutslag, er de deskriptive studiene orienterte mot å forstå forløp, avvik og utfall i en mer fenomenologisk forstand. Det er derfor ikke alltid lett å knytte sammen bidrag fra flere ulike tilnæringsmåter.

Det gjenstår å avslutte vårt påbegynte arbeid der vi klassifiserer alle de studier vi har arbeidet med i en skjematisk oversikt som viser hva studien skal belyse (problemstilling), hvordan man valgte å gå fram for å få grunnlag til å uttale seg om problemstillingen (metode), hvem som deltok (datagrunnlaget) og hva som ble resultatet. Tiden til rådighet gjør at fullføringen av dette vil komme i artikkels form på et senere tidspunkt.

Tidsknappheten kan merkes ved at vi ikke har hatt tid til å utvikle distanse og kunne syntetisere nok, derfor er mange studier refererte i større detalj enn hva en ville regne som nødvendig.



## Referanser

- Abrahamsen, B. (1994): *Ustabilitet blant hjelpepleiere - jobb eller familie?* Rap. 9/94, Institutt for samfunnsforskning, Oslo.
- Acker, J. (1992): *Kvinnors och mäns liv och arbete*. SNS, Stockholm, ISBN 91-7150-451-6.
- Andersen, L. & U. Forseth (1992): *Bedriftsintern attføring og arbeidsmiljøutvikling. Omsorgsykker i Trondheim kommune*. SINTEF IFIM, Trondheim.
- Andersen, L. & K. Nytrø (1994): *Forebygging av sykefravær i virksomheter. En strategi i tre trinn*. SINTEF IFIM, Trondheim.
- Anderson, J.G. (1991): Stress and burnout among nurses: A social network approach. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 7, pp. 251-272
- Barnard, C.I. (1970): "Organisations as systems of co-operation.", in: Etzioni, A. (ed) *A sociological reader on complex organisations*. London: Holt, Rinehart & Winston.
- Bermann, T. (1979): *Rengjøring og arbeidsdelingen i samfunnet. Data fra folketellingen av 1970*. AI-dok 8/79, Arbeidsforskningsinstituttene, Oslo.
- Bjørnskau, T. (1997): *Seks timers dag i omsorgsykker. En evaluering av forsøket i Oslo kommune*. FAFO-rapport 232, Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon, Oslo.
- Blegen, M.A. & C.W. Mueller (1987): Nurses' Job Satisfaction: A longitudinal Analysis. *Research in Nursing and Health*, 10, 4, pp.227-237.
- Boeije, H. R. & A.C. Nievaard (1995): Strategies and Perspectives of Enrolled Nurses in Nursing Homes. *Tijdschrift voor Sociologie*, 16, 4, pp. 345-361.
- Bogen, H., Dahl, E. & T.K. Karlsen (1996): *Privatisering av helse-tjenester*. Rapport 196, Forskningstiftelsen FAFO, Oslo.

- Borchgrevink, T. (1995): *Som en svane. Rapport fra et utviklingsprosjekt i renholdsbransjen*. Notat 11/95, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Brandth, B. & E. Kvande (1995): Maskulinitet og barneomsorg. *Kvinneforskning*, Årg. 19, nr 1, s. 86-94.
- Brandth, B. m.fl. (1984): *Krav og tilpasninger i arbeidet*. IFIM-rapport STF82 A84013, Institutt for industriell miljøforskning, Trondheim.
- Bungum, B. (1994): *Effektivisering av omsorg: Kjønnsperspektiv på omstilling av offentlig omsorgsarbeid*. En rapport fra LOS-prosjektet: Mulighetsstrukturer i offentlige og private foretak. Univ. i Trondheim.
- Buxrud, E.G. & L. Forsen (1989): *Sats på arbeidsmiljøet. En analyse av sykefravær, planer om å slutte og arbeidsmiljø ved de kommunale sykehjem*. Rapport 3/89, Avdeling for helsetjenesteforskning, Oslo.
- Buxrud, E.B. & U. Krogstad (1988): *Farende folk. En analyse av årsakene til turnover ved Sentralsykehuset i Akershus*. Rap. 4/88, Avdeling for helsetjenesteforskning, SIFF.
- Carmel, S., Yakubovich, I. S., Zwanger, L. & T. Zaltzman (1988): Nurses' and Job Satisfaction Autonomy. *Social Science and medicine*, 26, 11, pp. 1103-1107.
- Charles, F. & A. Kober (1996): Women's work and 'Vocation': School Teachers and Nurses in France and in England. *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, 23, pp. 153-164.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout. Job stress in human services*. London: Sage Publications.
- Clegg, S. R. (1990): *Modern organisations : Organisation studies in the post-modern world*. London: Sage.
- Constable, F.J. & D.W. Russel (1986): The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12, pp. 20-26.
- Corrigan, P.W., Holmes, P.E. & D. Luchins (1995): Burnout and collegial support in state psychiatric hospital staff. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 5, pp. 703-710.
- Dahl-Jørgensen, C. & Oppdahl Mo (1997): "An alternative approach to an intervention study: A case study among front-line personnel. Paper presented at ISEOH *Epidemiology in Occupational Health*.



- Risk Reduction in the Workplace*, September 1997, Harare, Zimbabwe.
- Dahl-Jørgensen, C. (1995): *Sykefravær i kommunesektoren - handling og holdning*. SINTEF IFIM rapport.
- Drummond, M. (1994): Evaluation of health technology: Economic issues for health policy and policy issues for economic appraisal. *Social Science in Medicine*, 38:1593-1600.
- Duquette, A., Kerouac, S., Balbir K.S. & L. Beaudet (1994): Factors related to nursing burnout: A review of empirical knowledge. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 4, pp.337-358.
- Daatland, S.O. m.fl. (1997): *De siste årene: Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*. NOVA-rapport, 22/97, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Ebeltoft, A. (1986): *Fra muskelverk til miljøaktivitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Einarsen, S. (1993): *Til glede og nytte? Arbeidsmiljø, ledelse og organisering i kommunale sykehjem*. Bergen Kommune, Kommuneavdeling helse og sosiale tjenester..
- Einarsen, S., Raknes, B.I., Skogstad, A. & O.H. Hellesøy (1992): Hardt arbeid - varme følelser. En beskrivelse av arbeidsmiljøet i åpen omsorg. *Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin*, nr. 6.
- Einarsen, S., Raknes, B.J. & S.B. Matthiesen (1993). *Bølla og blondinen*. Bergen: Sigma Forlag.
- Ellingsæter, A.L. (1989): *Normalisering av deltidsarbeidet. En analyse av kvinners yrkesaktivitet*. Statistisk sentralbyrå, Oslo (Konsvinger).
- Engelstad, P. (1970): *Teknologi og sosial forandring på arbeidsplassen. Et eksperiment i industrielt demokrati*. Oslo: Johan Grundt Tanum forlag.
- Erickson R.J. & A.S. Wharton (1997): Inauthenticity and depression: Assessing the consequences of interactive service work. *Work and occupations*, Vol 24 No 2: 188-213.
- Erlandsen, E., Førstund, F.R., Hærnes, E. & S.B. Waalen.(1997): *Effektivitet, kvalitet og organisering av pleie- og omsorgssektoren i norske kommuner*.SNF Rapport 91/97, Bergen.
- Evans, B.K. & D.G. Fisher (1992). A hierarchical model of participatory decision making, job autonomy and perceived control. *Human Relations*, 45:1169-1189.

- Fang, Yongqing & V. Baba Vishwanath (1993): Stress and turnover intention: A comparative study among nurses. *International Journal of Comparative Sociology*, 34: 24-38.
- Firth, H. & P. Britton (1989): Burnout, absence and turnover amongst British nursing staff. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 1, pp.55-59
- Forseth, U. (1995): Hva koster smilene? *Kvinneforskning* 4/95.
- Forseth, U. (1994): Arbeidsmiljø som konkurransefaktor i tjenesteyting? *Nord* 6/94.
- Friedman, T. (1997): Overcoming the obstacles to gene therapy. *Scientific American*, 276 (no 6): 80-85.
- From, J. & P. Stava (1993): "Samordningsproblem i lokal planlegging og forvaltning.", i: Naustdalslid, J. (red), *Kommunal styring*. Oslo: Det norske samlaget (pp 215-228).
- Ganster, D.C. & M.R. Fusilier (1989): "Control in the Workplace.", i: Cooper, C.,L., Robertson, T.I. (eds.), *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Chichester: John Wiley.
- Gough, R. (1987): *Hemhjälp till gamla*. Forskningsrapport 54, Arbetslivscentrum, Stockholm 1987.
- Gordon, V.B. & L.K. Goble (1986): Creative Accomodation: Role Satisfaction for Psychiatric Staff Nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 8, 1, pp.25-35.
- Glazer, N.Y.: (1988): Overlooked, overworked: Women's Unpaid and Paid Work in the Health Services 'Cost Crisis'. *International Journal of Health Services*; 18, 1, pp. 119-137.
- Grimsmo, A. (1996) *Norsk arbeidsmiljø i en endringstid. En rapport fra Statistisk sentralbyrås Arbeidslivsundersøkelser 1989 og 1993*. Rapport 4/96, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Grimsmo, A., Sørensen, B.Aa. & O. Løkke (1993): *Det moderne tjenerskap: Varm på beina, kald i hjertet? Noen sider ved arbeidsmiljøet i tjenesteyting*. Rapport 12/92, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Guldvog, B. (red) (1997): "Helsepersonellens arbeidsmiljø og jobbtilfredshet. *Nordisk Helsepolitisk forum*, HELTEF, Stiftelse for helsetjenesteforskning, Sentralsykehuset i Akershus.
- Guppy, A. & T. Gutteridge (1991): Job satisfaction and occupational stress in UK general hospital nursing staff. *Work and Stress*, 5, 4, pp. 315-323.

- Ham, C. (ed.) (1997): *Health care reform: Learning from international experience*. Buckingham: Open university press (State of health series)
- Health Economics 1: Supplement December, 1992.
- Helset, A. (1997): *Hjemmehjelp, brukere, kvalitet. En litteraturogjennomgang*. NOVA-rapport 7/1997, Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo.
- Hellesøy, O.H., Raknes, B.I., Einarsen, S., Eide, R. & A. Skogstad (1991): *Arbeidsmiljø og sykefravær i pleie og omsorg*. Forsknings-senter for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet, Universitetet i Bergen.
- Hochschild, A.R. (1983): *The managed heart: Commercialization of human feeling*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Hume, D. (1896): *A Treatise of Human Nature*. Oxford: Clarendon Press.
- Høie, J. & H. Fieler (1988): *Hjemmesykepleien - eldreomsorgens redning?* Oslo: Kommuneforlaget.
- Høsteng, T.Ø. & R. Henriksen (1989): En spørreundersøkelse om dagbehandling. Store forskjeller og unyttede muligheter ved norske sykehus. *Tidsskrift Not Lægefor.*, 109:69-73.
- Haavind, H. (1992): *Kvinnens utviklingsmuligheter i en verden i forandring..* Rapport 1/92, Senter for kvinneforskning, Oslo.
- Isaksen, L.W. (1992): Kroppsnærheten forklarer omsorgsarbeidets lave status. *Kvinnovetenskaplig tidsskrift*, nr. 4.
- Jensen, Axel (1997): Nimbus V - et megafett tilbud. *Fædrelands-vennen* 15.12.97
- Johnson, B. & C. Parker (1986): Occupational Stress among Hospital Nurses. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 14, 1, pp. 101-104.
- Josefson, I. (1988): *Från lärling till mästare. om kunnskap i vården*. SHSTF, Stockholm.
- Jørgensen, T. & B. Danneskiold-Samsøe (1986): *Medicinsk teknologivurdering - hvordan?* DSI-rapport 86.02, Dansk Sygehusinstitut, København.
- Jönsson, B. (1997): Economic evaluation of medical technologies in Sweden. *Social Science in Medicine*, 45:597-604.
- Kanter, D.L. & P.H. Mirvis (1989): *The cynical american: Living and working in an age of discontent and disillusion*. San Fransisco: Jossey Bass.

- Karasek, R.A. (1979): JobDemands, jobDecision Latitude, and Mental strain: Implications for job redesign. *Administration Science Quarterly*, 24:285-307
- Kennard, M.-J., Speroff, T., Puopolo, A-L, Follen, M.A., Mallatratt, L., Phillips, R., Desbiens, N., Califf, R.M. & A.F. Connors (1996): Participation of Nurses in Decision Making for seriously ill adults. *Clinical Nursing Research*, 5, 2, pp. 199-219.
- Knardahl, S. (1997): "Mastery of work.", i: Lindstrøm, K., Dallner, M., Elo, A., L., Gamberale, F., Knardahl, S., Skogstad, A. & E. Ørhede (eds.), *Review of Psychological and Social Factors at Work and Suggestions for the General Nordic Questionnaire* (OPS Nordic). Copenhagen: Nordic Council of Minister.
- Koeske, G.F. & T. Kelly (1995): The impact of overinvolvement on burnout and job satisfaction. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 2, pp. 282-292.
- Knoop, R. (1995): Relationships among job involvement, job satisfaction and organizational commitment for nurses. *Journal of Psychology*, 129, 6, pp. 643-649.
- Kvande, E. (1998): Doing Masculinities in Female dominated Organizations". Paper: *Gender Work, and Organization Conference*, 9.-10. January 1998.
- Kvande, E. (1995): Forståelser av kjønn og organisasjon. *Sosiologisk tidsskrift* - Årg. 3, nr 4, s.285-299.
- Kvande, E. & B. Rasmussen (1997): "Desentralisering som intensifisering.", i: Byrkjeflot, H. (red.) *Fra styring til ledelse*. Bergen: Bergen Fagbokforlag.
- Kvande, E. & B. Rasmussen (1995): *Intensification through decentralisation. Reorganisation as gendered processes*. Draft. Universitetet i Trondheim.
- Kvande, E. & B. Rasmussen (1992): *Fra kvinner og ledelse til kjønn og organisasjoner. Kvinneperspektiver på LOS forskningen*. LOS notat nr.3, Norges råd for anvendt samfunnsforskning, Oslo.
- Kvande, E. & B. Rasmussen (1990): *Nye kvinneliv. Kvinner i menns organisasjoner*. Oslo: As Notam Arbeidslivsbiblioteket.
- Kvande, E. & B. Rasmussen (1988): *Hierarkiet - kvinners fiende? Om kvinnelige sivilingeniørers karriereutvikling*. Notat. 3/88, Institutt for industriell miljøforskning, Trondheim.
- Kvande, E. & B. Rasmussen (1996): *Intensification through Decentralization. Reorganization as a gendered process*. ISS Notat, NTNU.

- Kvaavik, L.S. (1995): *Beskrivelse av tjenesteavtalen i åpen omsorg i Ytrebygda bydel*. Bergen Kommune, Helse- og sosiale tjenester.
- Lee-Treweek, Geraldine (1997): Women, Resistance and Care: An Ethnographic Study of Nursing Work. *Women, Employment & society*, 11, 1, pp. 47 ff.
- Leiter, M.P. (1993). "Burnout as a Developmental Process: Considerations of Models.", in: Schaufeli, C. Maslach, Marek, T. (eds.) *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor & Francis (pp. 237-250).
- Lie, M. & B. Rasmussen (1983): *Kan kontordama automatiseres?* Rapport fra prosjektet: Kontorautomatisering og kvinnearbeidsplasser. IFIM-rapport, Institutt for industriell miljøforskning, Trondheim.
- Lilleaas, U.B. (1994): *Kroppen som informasjonssystem*. Senter for kvinneforskning, Arbeidsnotat nr. 2/94.
- Lindstrøm, K., Toomingas, A., Bast Pettersen, R. og & E. Bach (1993): Halsvårdens arbeidsmiljø. i Del 1 - Norden arbeidsorganisatoriska och ergonomiska förhållanden samt halsoeffekter. *Nord*, 28.
- Lunden, M.S. (1941): *De frigjorte hender. Et bidrag til forståelse av kvinners arbeid i Norge etter 1841*. Oslo: Tanum.
- Lundgren, E. (1993): *Det får da være grenser for kjønn*. Oslo: Uforlaget.
- Marshall, N-L., Barnett, R-C., Baruch, G.K. & J.H. Pleck (1991): More than a job: Women and stress in caregiving occupations. *Current Research on Occupations and Professions*, 6: 61-81.
- McDowell, M. & C.J. Forsyth (1990): The job satisfaction of nurses: Clues to the nursing shortage. *Free Inquiry in Creative Sociology*, 18, 2, pp.175-179.
- Medical Care 31: Supplement July, No 7, 1993.
- Miles, R.H. & W.D. Perrault (1976). Organisational role conflicts; its antecedents and consequences. *Organisational Behaviour and Human Performance*, 17:19-44.
- Mill, J.S. (1863): *Utilitarianism*. London: Parker and Bourn.
- Maas, M. (1988): A model of Organizational Power: Analysis and Significance to Nursing. *Research in Nursing and Health*, 11, 3, pp. 153-163.

- Norheim Larsen, T. og G. Seierstad (1997): "*Polaroid-bilde av kommune-Norges alders- og sykehjem*. Manus til trykking 1998, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- NOU 1991:10
- NOU 1992:1
- NOU 1997:17
- NOU 1997:18
- NOVA-Rapport 6/97.
- Novak, M. & N-L. Chappell (1994): Nursing Assistant Burnout and the Cognitively Impaired Elderly. *International Journal of Aging and Human Development*, 39, 2, pp. 105-120.
- Olberg, D. (1993): *Fleksibilitet og fagorganisering*. FAFO-rapport nr.097, Fagbevegelsens senter for forskning, utredning og dokumentasjon, Oslo.
- Ogus, E.D. (1992): Burnout and coping strategies: A comparative study of ward nurses. *Journal of Social Behavior and Personality*, 7, 1, pp.111-124.
- Parasuraman, S. & D. Hansen (1987): Coping with Work Stressors in Nursing. *Work and Occupations*, 14, 1, pp.88-105.
- Parker, P-A. & J-A. Kulik (1995): Burnout, self- and supervisor-related job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 6, pp. 581-599.
- Pfeffer, J. & C.A. O'Reilly III (1987): Hospital demography and Turnover among Nurses. *Industrial Relations*, 26, 2, pp.158-173.
- Pincus, J.D. (1986). Communication Satisfaction, Job Satisfaction, and Job Performance. *Human Communication Research*, 12, 3, pp.395-419.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P. & G. Thornicroft (1996): Mental Health, Burnout and Job Satisfaction among Hospital and Community-Based Mental Health Staff. *British Journal of Psychiatry*, 169, 3, pp.334-337.
- Rasmussen (1998): "Reorganization and the struggle for power and positions." Paper presented at *Gender, Work and Organization Conference*, 9.-10. January 1998.
- Raustøl, T. og D. Barlaug (1992): *Den vanskelige nærheten. En undersøkelse av forholdet mellom kommunale hjelpere og lokale brukere*. Diakonhjemmets høgskolesenter, Forskningsavdelingen, Rapport nr. 7, Oslo.

- Revang, Ø. & B.Aa. Sørensen (1996): *Ledelse og management i norsk sammenheng. Historiske betraktninger og fremtidige utfordringer*. Høyskolen BI, Sandvika.
- Robinson, S.E., Roth, S-L., Keim, J., Levenson, M., Flentje, J.R. & K. Bashor (1991): Nurse burnout: Work related and demographic factors as culprits. *Research in Nursing and Health*, 14, 3, pp. 223-228.
- Schaufeli, W-B. & B. Janczur (1994): Burnout among nurses: A Polish-Dutch Comparison. *Journal of Cross Cultural Psychology*, 25, 1, pp. 95-113.
- Schaufeli, W.B., Maslach, C. & T. Marek (Eds.) (1993). *Professional burnout. Recent developments in theory and research*. Washington DC: Taylor and Francis (pp.199-215).
- Schulenburg, J-M Graf von der (1997): Economic evaluation of medical technologies: From theory to practice - the German perspective. *Social Science in Medicine*, 45:621-633.
- Schutzenhofer, K.K. (1988): The problem of Professional Autonomy in Nursing. *Health Care for Women International*, 9, 2, pp.93-106.
- Seip, A-L. (1994a): *Sosialhjelpstaten blir til. Norsk sosialpolitikk 1740-1920*. 2 utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Seip, A-L. (1994b): *Veiene til velferdsstaten. Norsk sosialpolitikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Sharon, N. & E. Neeman (1989): What Social Workers Do and How They Do IT, following the Separation of Aid and Services. *Journal of International and Comparative Social Welfare*, 5, 1, pp.23-32.
- Shei, B. (1995): *Women's Health in Norway*. Publikasjon fra Statens helsetilsyn.
- Shoham-Yakubovich, I., Carmel, S., Zwanger, L. & T. Zaltzman (1989): Autonomy, jobbtilfredshet og profesjonelt selvbilde blant pleiere i konteksten av en legestreik. *Social Science and Medicine*, 28, 12, pp. 1315-1320.
- Skaar, S. & H. Hagen (1987): *Mangel på sykepleiere - et spørsmål om utdanningskapasitet eller arbeidsvilkår*. Rapport, Institutt for industriell miljøforskning, Trondheim.
- Skaar, S. (1990): *Kvinnens krav til helsesektoren som arbeidsplass - belyst ved en undersøkelse av spesialsykepleiere*. IFIM-notat 17/90, Institutt for industriell miljøforskning, Trondheim.

- Skogstad, A. & A. Bang (1993): Survey Feedback. Arbeidsmiljøutvikling gjennom bruk av en kartleggings- og tilbakemeldingsmodell. *Norsk tidsskrift for arbeidsmedisin*, 14:217-231.
- Skogstad, A., Hellesøy, O.H. & S.B. Matthiesen (1989): *Hjelpepleiernes arbeidsmiljøkvalitet*. Forskningscenter for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet, Universitetet i Bergen.
- Skogstad, A., Matthiesen, S.B. & O.H. Hellesøy (1990): "Hjelpepleiernes arbeidsmiljøkvalitet. *En undersøkelse av arbeidsmiljø, helse og trivsel blant hjelpepleiere i Hordaland krets*. (FAHS-rapport). Forskningscenter for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet, Universitetet i Bergen.
- Skogstad, A. (1994): *Resultater fra arbeidsmiljøundersøkelsen i Bella-prosjektet - 1. måling*. Forskning for arbeidsmiljø, helse og sikkerhet, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen.
- Slagsvold, B. (1990): Hverdagsliv i institusjoner. *Aldersnytt* 1991.
- Slagsvold, B. (1989): *Knapphet som ramme for forandring. Omorganisering av sykehjemsposter*. Norsk gerontologisk institutt, Rapport nr. 1, Oslo.
- Slagsvold, B. (1986) *Sykehjemmet - et sosialt system*. Fire artikler fra en undersøkelse om små og store sykehjem. Norsk gerontologisk institutt, Rapport nr. 3, Oslo.
- Slagsvold, B. (1980): *Små og store sykehjem - en sammenligning*. Norsk gerontologisk institutt, Oslo.
- Slettebø, T. (1987): *Kartlegging av årsaker til høy turnover og manglende rekruttering blant pleiepersonalet ansatt ved somatiske sykehus i Oslo*. NIBR-notat 139/86, Norsk institutt for by- og regionforskning, Oslo.
- SoS-rapport 1995:11. Alternativa styr- og driftsformer i eldreomsorgen. Valfrihet. Socialstyrelsen, Stockholm 1995.
- SoS-rapport 1995:17. Alternativa styr- og driftsformer i eldreomsorgen. Uppfølging, utvärdering och avtal. Socialstyrelsen, Stockholm 1995.
- SoS-rapport 1995:20. *Alternativa styr- och driftsformer i äldreomsorgen*. Beställarutövar-modellen. Socialstyrelsen, Stockholm 1995.
- Sosial og helsedepartementet (1997): *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Rundskriv nr I-13/97, Oslo.



- Sosial- og helsedepartementet (1992): *Forsøk i et brukerperspektiv. Erfaringer, synspunkter og råd fra Sekretariatet for modernisering og effektivisering av helsesektoren.* (SME, Sosialdepartementet.
- Stangua, B. (1990): Nurse's motivation at work. *Revija za Sociologiju*, 21:371-390.
- St. meld. Nr 25, 1992-1993: Om mennesker og bioteknologi.
- St. meld. Nr 37, 1992-1993: utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid. Sosialdepartementet.
- St. meld. Nr 50, 1996-1997: Handlingsplan for eldreomsorg.
- St. meld. NR. 38 (1992-93): *Utfordringer i helsefremmende og forebyggende arbeid.* Sosialdepartementet.
- Sutton, R. & R.L. Kahn (1986): "Prediction, understanding and control as antidotes to organizational stress.", in: Lorsch, J. (ed.) *Handbook of Organizational Behaviour.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Svendsen, I.M. (1993): *De som tar skjea får spise grøten...* Erfaringer fra og evaluering av et prosjekt innen pleie- og omsorgssektoren i Evenes, Tjeldsund og Skånland. Andre manus, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Svendsen, I.M. (1991): *Et valg, er et valg, er et valg...* Noen metodiske og teoretiske refleksjoner knyttet til to prosjekter innen omsorgssektoren. Rapport 3/91, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Svendsen, I.M. & L. Eldring (1990): *Vask og følelser. En arbeidsmiljøundersøkelse blant hjemmehjelpere i fire kommuner.* Rapport 1/90, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Sykepleien, Januarutgaven 1998.
- Sætnan, A.R. (1991): Rigid politics and technological flexibility: The anatomy of a failed hospital innovation. *Science, Technology, & Human Values*, 16: 419-447.
- Sætnan, A.R. (1980): *Personalgjennomtrekk og fravær i psykiatriske sykehus.* NIS-rapport 4/80.
- Sørensen, B.Aa. (1995): *Hjembaserte tjenester i endring. En evalueringsundersøkelse i Bydel 19.* Notat 8/95, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Sørensen, B.Aa. (1995): *Sykehjem - velferdsstatens bakgård?* Noen resultater fra en trekantundersøkelse, blant beboere, pårørende og ansatte ved et sykehjem i Oslo. Notat 10/95, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.

- Sørensen, B.Aa. (1982): "Ansvarsrasjonalitet: Om mål, middel og tenkning blant kvinner", i: Holter, H. (red.) *Kvinner i fellesskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sørensen, B. Aa. (1977): "Arbeidskvinner og verdighet.", i: Berg, A.M. m.fl. (red.) *I kvinners bilde*. Oslo: Pax forlag.
- Sørensen, B.Aa. & A. Grimsmo (1991): *Med god prognose. Utvikling av en arbeidsmiljøstrategi i et sykehus*. Rapport 6/89, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Sørensen, B.Aa. & P.H. Lunde (1998): *Når de ansatte vil endre sykehjemmet miljø og organisasjon*. Rapport 1/98, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo
- Sørensen, B.Aa. & E. Steen (1996): *... men heldigvis så har vi jobben vår*. Når arbeidet gir bakgrunn for krisemestring. En arbeidsmiljøundersøkelse ved Landås menighets eldresenter. Rapport 3/96, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Sørensen, B.Aa., Thorsen, E.L. & E. Paulssen (1997): *Arbeidsmiljø satt på bydelskartet*. Noen resultater fra en bydelsforvaltning i utvikling. Rapport 6/97, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Turner, B.S. (1986): The Vocabulary of Complaints: Nursing, Professionalism and Job Context. *Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 22, 3, pp.368-386.
- Thorseth, M. (1994): *Kommunikasjon og ledelse for et bedre arbeidsmiljø*. En prosessevaluering av et sykefraværprosjekt i Trondheim kommune. SINTEF IFIM-rapport STF82 A94015, Trondheim.
- Thorsrud, E. & F.E. Emery (1969): *Mot en ny bedriftsorganisasjon. Eksperimenter i industrielt demokrati*. Oslo: Tanum.
- Thylefors, I. (1994): *Ledarskap i vård, omsorg och utbildning. Natur och Kultur*, Stockholm.
- Trondheim kommune (1994): *Fra prosjekt til hverdag. Bedre arbeidsmiljø - redusert sykefravær*. Rapport fra prosjektet.
- Uldall, L.A. (1844): *Statistisk fremstilling og kritisk sammenligning af tyve staters medicinal-forfatninger*. København.
- Wideberg, K. (1992): "Teoretisk verktøykasse - angrepsmåter og metoder", i: Taksdal, A. & K. Wideberg (red.) *Forståelser av kjønn i samfunnsvitenskapenes fag og kvinneforskning*. Oslo: Ad Notam.
- Wolfgang, A.P. (1991): Job stress, coping and dissatisfaction in the health professions: A comparison of nurses and pharmacists. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 6, 7, pp. 213-226.

- Wærnes, K. (1987): "The rationality of caring.", in: Sassoon, A.S (ed.) *Women and the State. The shifting boundaries of public and private*. London: Unwin Hyman.
- Øvtretveit, J. (1992): *Health service quality*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Aarvak, K. m.fl. (1980): *Arbeidsmiljøets betydning for fravær*. SINTEF-rapport, Trondheim.
- Aas, I.H.M (1997a): Med lov kan organisasjoner styres? Helselover, styring og organisasjonsforståelse. *Tidsskrift for Helse Medisin Teknikk*, 5:20-27.
- Aas, I.H.M. (1997b): Organizational change: Decentralisation in hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*, 12:103-114.
- Aas, I.H.M. (1995): Incentives and financing methods. *Health Policy*, 34:205-220.
- Aas, I.H.M. (1991): *Poliklinikker og dagkirurgi. Virksomhetsbeskrivelse for ambulant helsetjeneste*. NHV-rapport 4/91, Nordiska Hälsovårdshögskola, Göteborg.
- Aas, I.H.M. (1991b): Malpractice. *Quality Assurance in Health Care*, 3:21-39.
- Aas, I.H.M. (1997): Organizational change: decentralization in hospitals. *International Journal of Health Planning and Management*, 12:103-114.
- Åkerstedt, T. (1978): *Skiftarbete och velbefinnande*. Arbetarskyddsfonden, Stockholm.



"Arbeid og arbeidshelse i  
pleie- og omsorgssektoren"

**Del II:**

**Forslag til modellforsøk**



# 10

## En presentasjon av modellene

### 10.1 Innledning

Dette er del 2 i utredningen som er utarbeidet på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet i anledning av en forsterket innsats for å utvikle gode driftsmodeller i den kommunale pleie- og omsorgs-sektoren. I rapportens del 1 er det redegjort for tilgjengelig kunnskap om forholdet mellom arbeidsmiljø og arbeidsorganisasjon i sektoren, og personalets arbeidshelse, arbeidsglede og vilje til å satse på en fremtid i denne sektoren er beskrevet og drøftet. Denne kunnskaps-statusen danner bakgrunn for de forslag til forsøksvirksomhet og konkrete forsøksmodeller som presenteres her.

I et samfunn som stadig strekker seg etter nye mål, er omstillingsprosesser hverdagskost for medarbeidere og ledere. Disse prosessene går under betegnelser som omstilling, snuoperasjoner eller organisasjonsutvikling. Men løftene innfris sjeldnere enn hva man skulle tro. Langt fra alle slike tiltak fører til en opplevd utviklingsprosess. Slette omstillingsprosesser kan bryte ned sosiale mønstre, angripe viktig erfaringskunnskap og skape lært hjelpeløshet. Andre resultater av omstillingstiltak kan være en overdreven tro på det nye og en urealistisk dagdrøm eller flukt fra reelle og nære utfordringer. Verden over arbeider mennesker med valgte eller påtvungne prosjekter der begreper som "Akkurat i tide"-, "Slanke"-produksjonsprosesser eller "Omdanning av forretningsprosesser" er del av en ny, global sosiolekt. Det har vært sagt at 1990-årene ble organisasjonsideologienes tiår. Og også virksomhetsområder som ikke deltar direkte i den globaliserte økonomien, men som virker i skjermede sektorer blir berørt av disse ideologiske strømningene.

På 1990-tallet rapporterte svært mange norske arbeidstakere om at de hadde fått nye arbeidsoppgaver (6 av 10 sier dette i kartlegginger), nesten halvparten har fått nye kolleger, rundt en femtedel har merket forandringer i form av nye arbeidstidsordninger. Noen (7 % av arbeidsstokken) hadde fått permitteringsvarsel (SSB 1993). I denne undersøkelsen skulle de ansatte beskrive endringer som de hadde opplevd i løpet av de fire foregående årene. Når vi spør om disse endringene har medført positive eller negative forandringer, finner vi at 28 % synes at de fysiske arbeidsmiljøforholdene er blitt bedre, 8 % mener at de er blitt dårligere og 68 % oppfatter dem som uforandret. Mange av omstillingstiltakene har dreid seg om endringer i ledelse og styringsformer; resultatene her tyder på at 60 % ikke synes at det har skjedd noen endringer på dette feltet, 14 % hevder at det er blitt dårligere og 26 % ser forbedringer. Endringene har i mindre grad berørt frihet i arbeidet og de faglige utviklingsmulighetene, men det er verd å merke seg at det er nesten fire ganger så mange som mener at deres faglige utviklingsmuligheter er blitt bedret sammenliknet med de som har opplevd svekkede faglige utviklingsmuligheter. Samtidig skal vi huske at over halvparten av arbeidstakerne mener at innholdet i arbeidet for dem er til en viss grad er viktigere enn lønna.

Pleie- og omsorgstjenesten er ikke noe unntak i forhold til det generelle bildet, endringsarbeid er utbredt og omfattende. Noe av dette omstillingsarbeidet er drevet av klare mål fra politikere/eiere, andre stammer fra virksomhetenes egne ønsker og planer. Slike prosjekter utføres enten på egen hånd, og med egne krefter, eller i samarbeid med regionale høgskoler, kompetansesentra, konsulenter eller forskere. Det er ikke grunn til å hevde med bred penn at "de ansatte er forandringstrøtte". Data fra en omfattende undersøkelse i en bydel i Oslo, der 850 ansatte deltok, viste at *erfaringer om kvaliteten i endringsprosesser* spiller en meget stor rolle. Innholdet i disse erfaringene får betydning, ikke bare for hvordan ens holdninger til endringstiltak utvikler seg, men virker også inn på opplevelsen av arbeidet og vurderinger av framtida (Sørensen et. al. 1997).

Dette gir grunn til ettertanke, og minner om at en må nærme seg fungerende sosiale systemer med ydmykhet. Forsøk er en tilnærming til planlagt og systematisk utprøving av antakelser om hvordan ting henger sammen, og kan påvirkes gjennom at vi prøver ut noe nytt.



Lokal teori som er utviklet i virksomhetene inneholder også slike antakelser, og slike teorier kan være baserte på stor innsikt. Forsøk i tradisjonell forstand er bygget på forestillingen om at det gis en generalisert kunnskap og som passer i enhver sammenheng. I en viss forstand er dette naturligvis riktig. Men samfunnsvitenskapelig forskning viser at det er grenser for hvor langt det er fruktbart å basere seg på generelle hypoteser om sammenhenger. Når man skal arbeide i en sosial sammenheng vil det alltid være viktig å legge vekt på lokale forhold. Ikke minst forskningen rundt konsekvenser av innføring av ny teknologi og teknologioverføring til utviklingsland gir tallrike eksempler på dette.

Forsøk har alltid såvel tilsiktede som ikke-tilsiktede konsekvenser, og "modellforsøk" har til hensikt å teste ut noen antakelser i mindre skala før en går bredere ut. Når "modellforsøk" baserer seg på et kunnskapsgrunnlag, kan vi hevde at det er tatt ansvarlige hensyn. Partene som deler ansvar for gjennomføringen av "modellforsøk" trenger imidlertid ikke bare å vite noe f.eks. om antatte eller forventede virkninger av å skape en bestemt organisasjonsdesign. Det er kanskje like så viktig å ruste seg med kunnskap om hva slags prosesser modellforsøk setter i gang og hvordan man kan høste kunnskap fra slike prosesser.

I det følgende skal vi si noe om hvilke rammer som foreløpig er lagt for modellforsøk i pleie- og omsorgstjenesten, dernest kommer forslagene til modellforsøk, og deretter gjennomgås noen eksempler på forsøk og så følger en drøfting av noen valg som må foretas ved utforming av design for modellforsøkene.

## 10.2 Rammer for modellforsøkene - prosjektprogrammet

I sitt foredrag på konferansen 28. januar 1998 om Sosial- og helsedepartementets handlingsplan for helse- og omsorgspersonell 1998 - 2001, omtalte sosialministeren et prosjektprogram rettet mot tilsatte i pleie- og omsorgssektoren i kommunene under temaet "Arbeidsmiljø og helse". Etter å ha redegjort for flere prosjektprogrammer i regi av Sosial- og helsedepartementet slår hun fast at: "Erfaringen fra disse prosjekta og annen forskning har peika på at det er ein samanheng mellom kompetanseutvikling, organisasjonsutvikling og opplevd arbeidskvalitet. Likevel ser det ikkje ut til at betre

oppleving av arbeids- og livskvalitet hos deltakarane i prosjekta til no har ført til lågare sjukefråver".

Men etter drøftinger med forskere og praktikere på feltet har departementet vedtatt å sette iverk en større programsatsing som vil bygge på den samla kunnskapen vi nå har.

#### *Mål for programmet*

Målet er, sier hun vidare, å utvikle gode modeller for arbeidsplasser som sikrer stabilitet og minsker sykefraværet og tidlig uførepensjonering i sektoren. "Det gjeld med andre ord å skapa gode arbeidsplassar der folk kan trivast og bli verande over tid".

Innhold i den vedtatte planen:

- En skal ha med både institusjoner og hjemmetjenester.
- En skal inkludere alle typer personale.
- Programmet vil se både på forebygging og rehabilitering.
- Forskere skal lage en kunnskapsstatus over situasjonen i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. På bakgrunn av en analyse av denne statusen skal gruppen legge fram et modellforslag til et prosjektprogram.
- I utformingen av modeller og valg av kommuner i prosjektprogrammet vil en bygge på et nært samarbeid med Kommunenes sentralforbund og aktuelle arbeidstakerorganisasjoner.
- I planen er det sagt at forsøksmodellen skal utprøves og utvikles i 10 -12 kommuner spredt i 3 eller 4 fylker fra og med høsten 1998.
- Forsøkene skal evalueres også i forhold til langtidseffekter.

Målet med programmet er å finne gode løsninger som kan brukes i pleie- og omsorgssektoren på bred basis.

Det er aktuelt å se på behovet for lov- og forskriftsendringer som kan føre til bedre arbeidsmiljø og minske sykefraværet og uførepensjoneringen.

Disse rammebetingelsene er sentrale også for vurderingen av *forslag* til mulige modeller. I dokumentet vil det bli presentert slike modeller. En framlegging av modeller kan imidlertid ikke stå alene, og det legges fram en del erfaringer omkring betingelser for at modellforsøk skal få realisme over seg. Virksomhetene i pleie og omsorg er ikke lukkede systemer, men viser seg i høy grad å være avhengige av samspill med andre nivåer i sektoren.

*Det kan knapt understrekes sterkt nok at forarbeidene og avklaringsprosessen i forkant der en forankrer forsøksprogrammet i en felles forståelse mellom alle parter er en avgjørende forutsetning for suksess.*

### 10.3 Modellforslagene

På bakgrunn av granskning av tilgjengelig kunnskap har forskergruppen kommet fram til 1 meget sterkt konkretisert og 4 idebaserte skisser til modellforsøk. I det følgende skal vi presentere modellene og angi det tenkegrunnlag som hver av modellene bygger på og drøfte hvordan hver enkelt modell sannsynliggjør at den kan påvirke forhold som har betydning for helse, arbeids glede, fravær og frakopling fra yrkeslivet.

Det konkretiserte forslaget er kalt

- Nærværsmodellen

De fire idébaserte modellskissene går under betegnelsene

- Samvirke i omsorgskjeden
- Slekten eldre
- Medbestemmelseskissen
- Greenfieldskissen

#### "Nærværsmodellen"

"Nærværsmodellen" tar utgangspunkt i vår kunnskap om betingelser for å utvikle et godt psykososialt miljø i en institusjon. Da må forholdene legges til rette slik at ansatte og beboere/brukere kan oppleve at de har meningsfulle roller og at noen grunnleggende menneskelige behov er ivaretatt. Forskning har vist oss at såvel ansatte som beboere og deres pårørende melder om at manglende tid til kontakt og

utvikling av de mellommenneskelige relasjonene er hovedproblemet i dagens pleie- og omsorgstjenester. Spesialpsykologen Lise Næss har presentert overbevisende materiale om effektene av å basere all virksomhet på tanken om at hver beboer får minimum 15 minutters eksklusiv oppmerksomhet pr. dag fra en fast kjerne personale. På bakgrunn av en slik "nærvær"-ideologi ser det ut til at beboeren får muligheter til å utvikle trygge bindinger til personalet gjennom opplevelsen av seg selv som en person med et "sosialt selv". Først når dette er etablert kan beboeren bli motivert til å delta i aktiviteter. Et aktivitetstilbud alene vil ikke være tilstrekkelig, det må først skapes et motivasjonsgrunnlag gjennom at beboeren/brukeren oppfatter at andre "ser" beboeren som en sosial person.

#### *Nærværmodellen i praksis*

Den daglige virksomheten må bygges opp rundt virkeliggjøringen av oppmerksomhetstiden/nærværsideologien. Rent praktisk betyr dette at en i en institusjon må skille mellom klare tidsbolker og innføre en arbeidsdeling som legger opp til en bestemt døgnrytme. For at pleiepersonalet (hjelpepleiere og sykepleiere) skal kunne gi prioritet til det psykososiale arbeidet, må en skille mellom arbeid som kan utføres som mer tekniske tjenester og selve det psykososiale arbeidet. Slik arbeidet er organisert i mange sykehjem i dag spres vaske, rydde og stelleoppgavene på hele personalet. Dette kan medføre at det går med mye tid til relativt fragmentert oppgaveløsning. Dette stjeler tid fra det psykososiale arbeidet. Lise Næss har vist hvordan dette har som følge at beboere lærer at de får oppmerksomhet rundt somatiske og kroppslige behov, og blir gjenstand for oppmerksomhet når de er urolige eller viser aggressiv adferd. Personalet på sin side opplever dagens måte å organisere avdelingens drift på som et påbud om å dekke de fysiske behovene hos beboerne først.

Ved f.eks. å definere morgenstellet på en måte som gjør at renhold og ryddearbeidet i stor grad kan utføres av avdelingsassistenter, kan pleiepersonalet konsentrere seg om å få til en hyggelig og fleksibel frokoststund. Da kan en unngå all ventingen som vi ser i dagens situasjon.

Næss foreslår helt konkret at en har to tydelige tidsbolker med aktivitet og nærvær, først fra kl 10 - 13, så etter lunsj fram til middag. Pleiepersonalet skal ha tid til å sitte ned og snakke med beboerne og

drive metodisk arbeid ved hjelp av pedagogiske metoder som tar utgangspunkt i valorisering og reminisens. Valoriseringen dreier seg om å bekrefte verdien av det livet som beboeren/brukeren har levd og lever ved å hjelpe til å ta fram tilknytninger til tidligere roller beboeren har hatt som ektefelle, forelder eller som yrkesperson. Reminisens eller minnearbeid egner seg for gruppevirksomhet der man bruker gjenstander fra hverdagslivet (barneklær, husholdningsredskaper, gamle ukeblader) til å åpne opp for minner. Egenverdien av å ha livserfaring blir understreket og muligheten for å dele minner med andre vektlegges.

Måltider brukes bevisst for å skape forventning og forskjell i løpet av dagen og mellom merkedager, festdager og hverdag.

Denne modellen forutsetter at personalet fungerer som et team og at en utvikler en felles forståelse av ideologien hos alle personalgruppene. For å kunne gjennomføres må en tillate en viss intern spesialisering i personalet, f.eks. ved at en har en klar oppgavedeling og ved at visse oppgaver går på omgang i løpet av en uke.

Fordelene ved nærværmodellen er at den gir ro omkring det psykososiale arbeidet, en ro som også demper på det rollepress som pleiepersonalet opplever. Dette rollepresset er nettopp bakgrunn for den trøtthet og nedstemthet som mange melder om.

Modellen krever en omstilling i verdier og holdninger, "travelhet" erstattes av klart definerte bolker med ro og aktivitet. Ledelsen i virksomheten må være motivert til å stå i spissen for en slik reorientering, og det er åpenbart at introduksjon av en slik modell betinger en opplæringsfase der samtlige får innføring i de ideologiske og praktiske aspektene.

Næss har utviklet turnusplaner for drift etter denne modellen, og det er tatt utgangspunkt i at en ikke skal behøve å øke ressursrammene for å kunne gjennomføre modellen.

Skal vi ta kunnskapen om betydningen av kjerneproblemet bak somatisering av behov hos beboere/brukere og mental trøtthet og utbrenthet i personalet på alvor, framstår "nærvær"-modellen som et velegnet, målrettet og ressursøkonomisk alternativ.

Det er åpenbart enklest å se hvordan denne modellen kan anvendes i sykehjem, men vi tillater oss å anta at den også kan tas i anvendelse i noe modifisert form i forhold til hjemmetjenester, omsorgsboliger og bofellesskap for yngre funksjonshemmede.

Gjennomføringen av modellen kan knyttes til ulike insentivsystemer. Det vil være et viktig insentiv i seg selv at arbeidssituasjonen får et innhold som samsvarer bedre med muligheter for å oppleve sammenheng og måloppnåelse. Men for mange institusjoner vil dette også kunne være en god anledning til å ta en total gjennomgang av turnusplaner og finne fram til nye arbeidsavtaler. I dagens pleie- og omsorgstjenester er praksisen med mange deltidsstillinger og kronisk mangel på personale opplevd som en viktig barriere for å utvikle driftsmodeller med høyere grad av stabilitet.

Undersøkelsen som ble utført i 54 institusjoner i ulike kommuner viste at en enkelte steder hadde svært stabilt personale og ikke sjelden ønsker om større stillingsbrøker, mens andre hadde for lite tilgjengelig personale, særlig i pleie- og omsorgsstillinger.

Et radikalt forslag for å øke tilgangen på personale ville være å øke lønnen for stillingsandelen mellom 60 - 100 %. Det innebærer at de som går i full stilling får noe høyere lønn som et "heltidstillegg". Andre muligheter er å belønne ansiennitet mer enn hva tilfelle er i dag, og en kan også tenke seg ulike former for støtte til faglig fornyelse og etterutdanning for personale som står i full stilling/høy stillingsandel over en periode på 2 år eller mer.

### "Samvirke i omsorgskjeden"

De fleste kommuner har utbygget en Hjemmetjeneste, omsorgsboliger og alders-/og eller sykehjem. Mange har eldrecentre og dagsentre for fysisk handikappede. Tradisjonelt er disse enhetene separate systemer, men en ser også en utvikling i retning av å skape samarbeidsforhold eller samvirkeordninger. Noen har utviklet en gjennomført integrasjon i et åpent system. Selv om vi ikke finner systematisk forskning omkring en slik utviklingstrend er det data fra enkelte slike kjedeorganiseringer som kan tyde på at de representerer et svar på flere av de tyngste utfordringene i pleie- og omsorgstjenestens arbeidsorganisering. Modellen anlegger et perspektiv på pleie og omsorg som en stabil og åpen del av et lokalsamfunns organisering av

tjenestetilbudet til mennesker i alle aldre som for en kortere tid eller mer permanent må gis praktisk hjelp, støtte og pleie.

Ved å samle ressursene som totalt legges inn i tjenestetilbudene vil en øke sannsynligheten for å dempe transaksjonskostnader og vinne oversikt, kontinuitet og tilgjengelighet for brukerne. For de ansatte vil en slik kjedeorganisering innebære at de vil få et større internt arbeidsmarked å bevege seg i og dermed økte muligheter til å utvikle kunnskap og kompetanse.

"Samvirke"-modellen tar vekk skiller mellom enheter og presenterer administrasjon og ledelse for økte krav til koordinering og husholdning, men inviterer også til utviklende samarbeid og nye muligheter. Vi har registrert at dagens organisering med avgrensede enheter/tjenester/tiltak skaper venteproblemer, manglende oversikt og kommunikasjonsproblemer mellom disse enhetene som til dels er hverandres "kunder". En større grad av samdrift vil kunne bøte på flere av disse hindringene i dagens drift.

Modellskissen "Samvirkemodellen" utfordrer kommuner, bydeler eller distrikter til å tenke i helhet og lage et design hvor mange bygger broer og institusjonaliserer en kjede der det kan være god flyt av brukere og personale langs kjeden.

Denne utfordringen dreier seg også om et viktig element knyttet til differensiering. Etterhvert har vi data som indikerer at det er av stor betydning å kunne gi differensierte tilbud. Det er flere grupper brukere/beboere som i dag ikke får god nok effekt av tjenestene fordi de ikke er tilpasset deres situasjon. Mens de senil demente langsomt får mulighet for å bo i spesielt tilrettelagte enheter er det ikke i like stor grad tilfelle for slagrammede, mennesker med psykiske lidelser eller for den slags skyld de åndsfriske, men bevegelseshemmede. Dette har en sterk innvirkning på opplevelse av mestring hos de ansatte og representerer en slitasjefaktor. Ved å samle ressursene i omsorgskjeden øker mulighetene for å få tilgang på personale som kan ivareta utviklingen av slike tilbud. Disse vil kunne gi veiledning og undervisning som kan være nødvendig for å igangsette differensierte tilbud, slik at annet personale kan få bakgrunn og mot til å drive den daglige virksomheten.

Kjedeorganiseringen vil kunne komme sammen med f.eks. nye arbeidstidsordninger eller forsøk med team som deler døgnet mellom seg og overtar etter hver andre. Denne organiseringen tillater også for eksempel at man kan få anledning til å veksle mellom oppgavetyper over en turnusperiode.

#### *Tenkegrunnlaget*

Tenkegrunnlaget er hentet fra flere studier som vektlegger at enkeltinstitusjoner eller tjenester venter på hverandre eller andre tiltak for å lage planer for klientene/brukerne. I den tidligere omtalte rapporten fra de 54 kommunene ble det også rapportert om at ansatte opplever at den tradisjonelle arbeidsorganisasjonen blir for trang for å skape en viss variasjon i arbeidet, og dessuten at det blir for små ressurser til å realisere tiltak for kompetanseheving. Arbeid i team, som gjerne er tverrfaglige og som også går over grensene til den enkelte virksomhet, ser ut til å kunne ha stor betydning for å bedre fleksibilitet og egenkontroll for de ansatte. Inspirasjonen fra Danmark er åpenbar.

#### *Forskningsmessig bakgrunn*

Samvirkemodellen vil kunne gjøre det mulig å nytte alle personalgrupper på nye måter og gi grunnlag for å oppleve vekst, variasjon og deltakelse i å utforme nye arbeidsroller. Tydelige ledelsesformer og gode arenaer for medvirkning vil være en forutsetning for å kunne gjennomføre utviklingsarbeidet. Vi har god forskningsmessig dekning når vi hevder at modellen har et potensiale for å ivareta helse, miljø og sikkerhet på en gunstig måte.

#### **"Slekters gang"**

Denne modellskissen bygger på antakelser om at grensene mot lokalsamfunnet er for skarpe i dagens pleie- og omsorgs-Norge. Modellen tar sikte på å åpne opp mot det livet som leves utenfor institusjonen. Hjemmebundethet, skjermet bolig eller det å ha et hjem i institusjon bør ikke hindre en fra å ha en forankring i lokalsamfunnet. Samtidig er det en tanke om å trekke flere fra lokalsamfunnet inn i livet i hjemmetjenesten, i de skjermede boligene eller i sykehjem. Konkret tenker man seg at det for hvert årsverk som formelt ansatt bør være to "uformelt ansatte", det vil si mennesker som for en avtalt tidsperiode inngår i samarbeid med en avdeling, en



hjemmetjeneste eller en bolig og som knyttes til en av personalet. Disse uformelt ansatte bør få noe opplæring og få anledning til å prøve sin motivasjon før de undertegner kontrakt, og de bør få en anledning til å delta i planleggingskonferanser med den avdelingen, boenheten eller det sykehjemmet som de knytter seg til. De "uformelt ansatte" er tenkt knyttet til alle enheter, f.eks. også til kjøkken og renholdsfunksjoner, dersom det er snakk om et sykehjem.

Disse "uformelt ansatte" bør kunne ha en funksjon ved å kunne gå inn i arbeidsoppgaver f.eks. når ansatte har kurs, møter eller trenger å sitte ned for å dokumentere eller drive planlegging av eget arbeid.

Gjennom å utvide kretsen som har direkte innsikt og innsyn, men som er "legfolk" vil man kunne oppnå mange verdifulle tilvekster til en tjeneste som etter hva de ansatte rapporterer ofte lider av en følelse av utilstrekkelighet, dårlig samvittighet og av at de er alene - ansvarlige for å gi kontakt og støtte til brukere og klienter. Ved at de "uformelt ansatte" også får en rolle i interne planlegginger og evalueringer, får man høre samfunnets stemme direkte og sammenhengende i institusjonen/tjenesten og får samtidig flere som kan bære erfaringer og perspektiver med seg ut i lokalsamfunnet.

Internt i personalet vil en utvidelse av denne tankegangen være at ansatte danner små nettverk av "partnere" som inngår avtaler med hverandre om tiltak som vil styrke deres muligheter til å mestre gjennom f.eks. gjensidige hjelp til å legge fram problemer en ikke ønsker å drøfte med umiddelbare kolleger, ved å trene sammen eller gå i dybden på en faglig problemstilling.

I "Slekters gang"- modellen er det også en forutsetning at ledelsen får liknende partnere fra samfunnslivet utenfor institusjonen/tjenesten, selv om dette kanskje må organiseres på en annen måte.

#### *Tenkegrunnlaget*

"Dørstokkmila" kan være sterkt følt i forhold til våre pleie- og omsorgstjenester. Terskelen er høy for at den som ikke er pårørende eller nær kontakt fra tidligere av nærmer seg. Ved å legge til rette for å åpne mot aktiv deltakelse i meningsfylte roller vil mange kunne bli kjent med og kunne oppleve det meningsfylte i å gi av sin tid til en type verdiøkning som ikke lett måles. Avsondretheten bidrar til å

tyngje tilværelsen for beboere/brukere og til å skjule livet i tjenestene for fremtidige brukere.

#### *Forskningsbakgrunn*

Det psykologiske presset i tjenestene henger sammen med en opplevelse av å skulle dekke grenseløse "behov" og å kunne gi omsorg og støtte under tidspress og ofte uten muligheter til å utveksle erfaringer og refleksjoner over eget virke med andre. Når disse andre ikke er en del av kulturen, vil de kunne tilføre nye perspektiver og hjelpe til med vurderinger og konkret gjennomføring av tiltak som ikke lar seg realisere pga knapphet.

#### **"Medbestemmelsesmodellen"**

"Medbestemmelsesmodellen" tar utgangspunkt i det potensialet som ligger i at ansatte får styrket sine muligheter til å delta i utforming av mål og valg av virkemidler for å nå disse målene. De færreste institusjoner/tjenester har tatt en fundamental gjennomgang av sine egne oppgaver og trukket ansatte inn i utviklingen av egen arbeidsorganisasjon. Derfor ser man at en ikke klarer å samle alle i en felles forståelse av hva som er kjerneoppgaver og hvordan den enkelte avdeling/enhet, gruppe og enkeltperson kan få utformet en rolle som gir muligheter til å oppleve høy grad av medvirkning. Det er med bakgrunn i en internalisert forståelse av kjerneoppgavene at man kan velge hvordan en best gjennomfører arbeidsoppgavene, prioriterer for å sette de viktigste oppgavene først og får opp forståelsen av gjensidig avhengighet mellom ulike funksjoner.

En medvirknings- og medbestemmelsesmodell setter klare krav til kvalitet i ledelsen. Ledelsen får en framtrædende rolle som tilrettelegger for gjennomføring av de medvirkningsbaserte beslutningsprosessene som går inn i styring av drift og utvikling.

Modellen bør basere seg på at man utformer en klar hovedtanke som alle kan slutte seg til og som får følger for

- 1) Valg av arbeidsorganisasjon og med spesifiserte redegjørelser for
  - a. hvordan en vil organisere seg for å unngå arbeidsforhold som med høy sannsynlighet fører til belastningsskader,
  - b. hvordan en vil organisere seg slik at det er realistisk bemanning uansett stillingstyper og
  - c. hvordan en vil ivareta behov for et godt mellommenneskelig

miljø.

- 2) Valg av arbeidstidsordninger og med spesifisert redegjørelse for hvordan dette valget er begrunnet i kravene under punkt 1.
- 3) Valg av modell for vedlikehold og utvikling av kompetanse.

Det kan være rimelig å tenke seg at en under denne modellen må kunne gå utover gjeldende rammer i form av lov og avtaleverk, herunder dispensasjon fra arbeidstidsbestemmelser, overenskomster m.v.

Det stilles åpent hva man vil sette som idegrunnlag, det kan hentes fra flere av de aktuelle ideene som er nevnt senere i dette dokument eller fremkomme ved en lokal prosess. Modellen forutsetter at alle i virksomheten deltar og sikres muligheter til å være med i pregende prosesser.

Det er en forutsetning at en legger inn overveielser ikke bare om den arbeidsorganisatoriske modellen, men at man tydeliggjør hvordan modellens ulike valg får følger for forebygging av belastninger og skader og gir anvisninger om hvordan dette kan arbeides med og hvordan man kan måle utfall.

Det bør gis støtte fra "friskvern"- og arbeidsmiljø/arbeidsorganisatorisk kompetanse utenfra, om nødvendig eller ønskelig.

Et obligatorisk "kjerneteknologi"-program må gjennomføres for å konsolidere det idémessige og faglig, slik at alle får et forhold til innholdet i begreper og verdier som inngår. Dette programmet tar opp ulike sider ved en arbeidsorganisasjon basert på at menneskenes bruk av egen kropp og mentale ressurser er grunnstammen i alt arbeid (fysiske, ergonomiske, sosiale og emosjonelle sider).

Modellen bør gjennomføres ved at man organiserer seg i nettverk med andre virksomheter som baserer sin drift på medbestemmelse. Nettverket bør gi en ramme for erfaringsutveksling og støtte i form av veiledning ved oppstart, til mønsteret har satt seg, underveis og ved evaluering.

### *Tenkegrunnlaget*

Medbestemmelse legger til rette for å bruke egne erfaringer i dialog med andre omkring felles hverdag, men gir også muligheter til å utvikle forskjellige løsninger. Dette er i tråd med et menneskesyn og en organisasjonsfilosofi som anerkjenner forskjeller og komplementaritet som et realistisk grunnlag for å kunne løse sammensatte oppgaver og vedlikeholde menneskene som deltar. Medbestemmelse kommer ikke av seg selv, men må formes i en design som vektlegger faste mønstre, forutsigbarhet og kontrakter omkring gjennomføring. Mangel på medbestemmelse er meldt som et sentralt problem i tjenestene.

### *Forskningsgrunnlaget*

Medbestemmelsesmodellen krever høy grad av kommunikasjon, tydelige krav og åpenhet. Det er meget god støtte i forskningslitteraturen for at dette gir grunnlag for vekst i det psykososiale arbeidsmiljøet og forebygger stress, mental trøtthet og utbrenthet. En deltakelseskrevende modell vil understøtte tilbakemeldinger i en åpen atmosfære. Dette er en viktig forutsetning for å iverksette tiltak for å unngå unødige belastninger. Forutsetningen for å få til en realistisk mestring av for eksempel de krevende løfte/forflytningsoppgavene er at en gjennom gode normer etablerer samarbeid mellom partnere som hjelper hverandre framfor "greie seg sjøl"-kultur.

### **"Greenfieldskissen"**

Dette er en modell som kan stå åpen for lokalsamfunn der man planlegger ombygging/driftsomlegging eller nybygg og hvor en kan invitere framtidige brukere og ansatte til å delta i verksted og oppfølging av utformingen.

"Når jeg selv blir bruker/ansatt hvilke verdier vil jeg vektlegge, hvordan vil vi ha det og hvordan vil vi velge for å kunne realisere våre mål?"

En variant av dette er at man har slike grupper knyttet til institusjoner og tiltak som allerede er i drift og at disse da fungerer som et potensielt brukerpanel som har den fordelen at de ennå ikke er beboere/brukere, men ser på de tjenestene som ytes og miljøkvalitetene som eksistere med et "utenfra"-perspektiv.

Det framgår at det her er kombinasjonsmuligheter i forhold til de skisserte modellene.

#### 10.4 Argumenter for og mot definerte forsøksmodeller

	FOR	MOT
Definering:	skaper bevissthet	binder opp
Ekstern premissleverandør:	støtte	avhengighet
Tydelige evalueringskriterier	gir retning	vrir i "taktisk" retning
Ekstern oppmerksomhet:	motiverer	Hawthorne-effekt

#### Hva står på valg?

- 1) *Utmeisling* av 2-3 rimelig fasttømrede modeller, med komplett anvisning av struktur og prosess.
- 2) "Noen kjerneprinsipper" og invitasjon til å utforme lokale varianter over disse grunntemaene
- 3) "*Problemorientert basis*" med "fritt frem" for egne løsningsforslag med rot i den organisasjonskulturen som vil søke om å delta.
- 4) *Kontrollerte forsøk/feltforsøk* med kontroll- eller sammenlikningsgrupper (egner seg for forskningsmetodisk baserte konklusjoner).

Erfaringer fra forsøksvirksomhet tyder på at det er vanlig å komme ut for noen karakteristiske problemer:

- Forventningskriser
- Uavklarte rammer og kriterier skaper lokale uenigheter/tolkningsproblemer
- Forsinkelser svekker motivasjon
- Forhåndsinformasjonen er ikke tilstrekkelig

- "Skjerming" i forhold til gjeldende lover/avtaler kan skape konflikter i relasjon til viktige aktører
- Eksterne prosesser griper inn

*Forsøkene må være basert på realistisk problemforståelse*

For eksempel...

- kan man ikke forvente å "omorganisere bort" underbemanning eller
  - man kan ikke forvente å løse et sammensatt problem ved å endre en enkelt faktor
- eller
- man må innse at selve måten å organisere og gjennomføre forsøket vil prege troverdigheten

Dette kan virke paradoksalt. Her er det "eksperter" som sår eller underbygger allerede eksisterende skepsis mot ekspertmodeller, men også eksperter må forholde seg til egne resultater av forskning. Forhåpentligvis har vi nå duket for en debatt som kan hjelpe til i en nødvendig prosess for å skape gunstige betingelser for lærerike og virksomme forsøk?

## 10.5 Noen nøkkelspørsmål i valg av modellforslag til forsøkene i pleie- og omsorgssektoren

De forsøkene som det refereres til i teksten reiser noen nøkkelspørsmål i valg av modellforslag til forsøkene i pleie- og omsorgssektoren i kommunene:

- Hvordan kan man best planlegge og tilrettelegge for å iverksette slike forsøk? (Her er det, som vi skal vise, ulike muligheter og erfaringer å hente fra andre land.)
- Hvilke/n modell/hovedtyper av modeller kan være aktuelle?

Uansett hvilken prosess man tenker seg iverksatt for å realisere forsøk, må det sannsynligvis velges noen tydelige hovedideer. Disse ideene må angi klart hvilke innretninger en vektlegger i forsøkene. Som vi har påpekt tidligere foregår det mye aktivitet under betegnelsen "forsøk" eller "tiltak" i sektoren. Og over flere årlige utgivelser av kataloger fra "Idebank for helsetjenesten" og forslag til "Det nytter"-prisen vet vi at dette er sammensatte og interessante tiltak.

Imidlertid må vi reise spørsmål om "spredningsproblematikk", dvs. spørsmål om hvordan man skaper motivasjon og interesse for å ta opp erfaringer fra gode forsøk i bredere målestokk. Ved "Fastlegetilleggsreformen" kunne det vedtas endringer på samfunnspolitisk nivå. Men selv om dette kan være et element i gjennomføringen av forsøk i pleie- og omsorgssektoren vet vi at utvikling og endringsprosesser i komplekse systemer også avhenger av at det tilrettelegges for utløsning av skaperglede og egenmotivasjon.

### Hvordan rekruttere forsøksenheter?

Dette vil være avhengig av om man tenker seg at departementet og andre (KS) gjør det mulig å velge å delta utfra ønsket om å realisere ferdige modeller eller om man tenker seg at det skal bli mulig for institusjoner/hjemmetjenester/bofellesskap å "melde på" egne forsøksmodeller. Her er det interessant å merke seg at en i oppfølgingen av Steineutvalget understreker at en primært ønsker å støtte prosjekter som har en klar, trygg og bred forankring i miljøet der prosjektet skal foregå. (Se notat fra Forum for organisasjonsutvikling 1998.)

Hvordan sørge for at mange får del i erfaringene fra forsøkene?

Det er åpenbart viktig at man har klare ideer om evaluering både av det som kan sies å være forskningsinnsrettede forsøk og det som er kalt forsøk for praksis.

En trenger å arbeide med ulike formidlingsformer fra bøker og artikler til egne publikasjonsserier. Men også formidling i form av video og film først og fremst myntet på utdanningsinstitusjonene kan være nyttige tiltak.

## 10.6 Forsøkene betinger tiltak på flere nivåer

Det er nødvendig å iverksette flere parallelle tiltak for å sannsynliggjøre resultater. En tenker her både på strukturvariabler og prosessvariabler.

### 1. *Intervensjoner på et overordnet plan (Det økonomisk-administrative system)*

- Forbedre de økonomiske rammer
- Forbedre økonomistyringen (f.eks. unngå vilkårlighet på et politisk nivå).
- Forbedre rutiner og innhold vedr. nøkkeltall fra driften (jfr. hvilke aktiviteter gjennomføres i forhold til ressursrammer)
- Tilknytning til nettverk av andre lokale pleie- og omsorgstiltak.
- Nye kontraktsformer mellom eiere og virksomhet omkring institusjonens autonomi.

### 2. *Intervensjoner på institusjonsplanet*

- a) Å definere en helhetlig omsorgskjede, med muligheter for arbeide på forskjellige steder med forskjellige oppgaver, klienter og kolleger for den enkelte ansatte (jfr. "job enrichment", vertikal og horisontal integrering).
- b) Å utvikle de fysiske rammestrukturer (flere enerom tilknyttet ett fellesrom, jfr. danske modeller).



- c) Å tilføre flere "hjem"-kvaliteter (f.eks. i større grad å lage mat lokalt. Nybakt brød = Det gode liv!).
- d) Å etablere nye arbeidstidsordninger. En tenker seg her to ulike tiltak: i) Individuelle tidskontoordninger og ii) en turnusordning tilsvarende det de har i offshore-sektoren.
- e) Å styrke lederroller: definere oppgaver og ansvarsområder, tilføre kompetanse, gi lederne tid og ressurser til å utøve ledelse, forbedre samarbeidsrelasjoner og -rutiner i forhold til overordnet ledelse.
- f) Velferdstiltak.

### 3. *Intervensjoner innen arbeidsgruppen*

- a) Redefinering av arbeidsoppgaver og ansvarsområder (jfr. hvem gjør hva).
- b) Klargjøring av forventninger fra klienter (jfr. tjenesteavtaler). Hensikten med disse to tiltakene er å redusere rollestress (som et resultat av rollekonflikter, rolleusikkerhet og rolleoverbelastning).
- c) Å etablere regulære møtesteder og møter der medlemmene i arbeidsgruppen tar opp utfordringer og problemer fortløpende. Å etablere et forum for videreutdanning der de ansatte kan få koninuerlig "påfyll" i forhold til sitt daglige arbeide. Spesielt viktig kan det her være å tilføre kompetanse vedrørende sosialt samspill (innad i personalgruppen og i forhold til klientene). Viktige tema er her projiseringer, utbrenthetssymptomer, takling av konflikter, håndtering av aggresjon fra klientene m.v.
- d) Kompetanseutvikling i forbindelse med forflytningsteknikk og det å praktisere nye forflytningsmåter (jfr. forbedring av ergo-sosiale forhold).

### 4. *Intervensjoner på individplanet*

- a) Forbedre rutiner og tilrettelegging for de som har vært ute i langtidssykemelding.

- b) Mestringsorienterte tiltak, for eksempel SMP
- c) Egenomsorg/livsstilmestring
- d) Trening og /eller bevegelse
- e) Utvikling av individuelle utviklingskontrakter/planer

### Støtte fra toppledelsen

Det er meget viktig å forankre et prosjekt i toppledelsen. BELLA-prosjektet viste at i den kommunen der topplederne (ordfører, rådmann, helse- og sosialleder) aktivt støttet prosjektet, ga dette klare og entydig positive effekter. Aktiv støtte er noe mer enn "positiv omtale". Aktiv støtte betyr tilstedeværelse/deltakelse på viktige møter, tilrettelegging og oppfølging av økonomiske rammer m.v.

At den type innsats (toppledele-forankring) er viktig, understrekes av OU-litteraturen. Et hvert utviklingsprosjekt sies å være avhengig av støtte fra toppledelsen for å lykkes. Erfaringer med utviklingsarbeid tilsier at dette er spesielt viktig i de store bykommunene der veien fra pleie- og omsorgspersonell til politikere og administrasjonen på toppen oppleves å være veldig lang.

### Aktivt partssamarbeid

Forskning har vist at graden av aktivt partssamarbeid mellom ledelse og ansattes organisasjoner har stor betydning for gjensidighet og felles læring gjennom et forsøksprosjekt.

### Organisasjonskultur

Organisasjonskulturen med sine normer, verdier og grunnleggende antakelser, er et viktig innsatsområde. Dog kan det oppfattes som diffust og vanskelig å "ta tak i".

Det synes som om at de ansatte i for liten grad er opptatt av egenomsorg som en nødvendig forutsetning for å gi klientene et fullverdig tilbud. En bør arbeide systematisk med personalets "egenomsorgen" som innsatsfaktor. Her må det eksterne ressurspersoner inn for å påvirke normer, verdier og grunnleggende antakelser.

### Bruk av eksterne og interne ressurspersoner

Generelt kan en vel si at den offentlige pleie- og omsorgssektoren er fattig på stabspersonell - og andre - som driver med kontinuerlig

oppfølging av de ansatte. Sektoren er fattig mht. stimulanser og utviklingsressurser. Et meget høyt arbeidspress gjør det også vanskelig å "stoppe opp" og gjøre ting annerledes. Disse forholdene understreker betydningen av å tilføre systemet nye ressurser. Som oftest vil det være nødvendig å hente ressurspersoner utenfra. En rekke prosjekter (de fleste) viser at pleie- og omsorgstjenester er avhengig av hjelpere/rådgivere/konsulenter som kan være inspiratorer og pådrivere i et utviklingsprosjekt.

Således vil prosjektets suksess/fiasko i stor grad avhenge av eksterne ressurspersoners kompetanse. Viktige kompetansefaktorer er kunnskaper om: belastende og oppbyggelige faktorer, organisering av pleie- og omsorgstjenester, profesjonene og organisasjonskultur, og ulike tiltaks mulige effekter - alene og i kombinasjon. Et annet aspekt dreier seg om ressurspersonens gjennomslagskraft (opplevd autoritet) og ferdigheter som pådriver og prosesskonsulent.

### Evalueringer har stor vekt

I et evalueringsdesign må en også sørge for et bredt spekter av utfallsmål. I NFR-prosjektet "Helse i arbeidslivet" fokuseres det ganske ensidig på subjektiv helse (inkl. muskel-/skjelettplager). Vi vet at slike fenomener i stor grad påvirkes av faktorer både utenfor og innenfor arbeidsarenaen. Skal vi måle/evaluere effekter av arbeidsmiljøtiltak må vi sikre oss utfallsmål som med høy grad av sann-synlighet blir påvirket av tiltak på arbeidsarenaen.

Det er data som tyder på at det er en sterk sammenheng mellom det å vite at man kan tilby et godt egnet tiltak til beboere/klienter og de ansattes opplevelse av godt arbeidsmiljø og god arbeidshelse.

For eksempel fant vi da vi sammenliknet forholdene ved et sykehjem at det ved den skjermede avdelingen var adskillig større tilfredshet enn blant ansatte ved blandende avdelinger.

Vi må anta at en mulighet til å utvikle institusjoner slik at de i størst mulig grad er tilpasset klientenes behov, vil bidra til en bedring av helse og trivsel hos ansatte.



# 11

## Hvordan er det aktuelle bildet av pleie- og omsorgs-Norge i dag?

Bildet av pleie- og omsorgs-Norge er preget av variasjoner: det finnes noe vi kunne kalle "naturlige forsøk". Gjennom lokale utviklingstiltak basert på behov, erfaringer og tradisjoner er det et bilde av mangfold som kommer fram når en tar f.eks. alders- og sykehjemmene i øyesyn.

En egen spinoffundersøkelse fra utredningsarbeidet forteller oss om store forskjeller med hensyn til omfang og utbredelse av utviklings-tiltak og forsøk i virksomhetene (Norheim Larsen og Seierstad 1998). Her viser det seg at 60 % av de 54 institusjonene i små, mellomstore og store kommuner som inngikk i undersøkelsen hadde utviklingsprosjekter på gang. En del fortalte også om at de hadde startet, men havarert på grunn av stramme bemanningsforhold eller ustabilitet i personalet.

Alt ettersom en er i en rik eller fattig kommune (på penger), om kommunen er liten eller stor eller om institusjonen har stor autonomi eller er styrt av et langsomt arbeidende politisk system avtegner det seg noen systematiske forskjeller i hvordan en løser pleie- og omsorgstjenestens oppgaver.

Men, mens turnovern/personalgjennomtrekken kan synes å variere, er det over alt slik at denne sektoren gir helsebelastninger, målt i fravær, på de ansatte. Det er langtidsfraværet som tynger mest, og de 54 institusjonene var samtlige på leting etter måter å forebygge eller fjerne årsakene til sykefraværet. Mange leter etter den "ene" faktoren som skal løse problemet, men det ser ut til at de som angriper fravær som et sammensatt problem oppnår best resultater.

### 11.1 Økt oppmerksomhet omkring helseslitende vilkår i pleie - og omsorgssektoren

Media setter stadig skarpe søkelys mot levekår og arbeidsforhold i den kommunale pleie- og omsorgssektoren. I Norge har vi fått uvanlig velformulerte og klare beretninger om hva det betyr å bli totalt avhengig av andres hjelp for å opprettholde livet, gjennom forfatteren Axel Jensens rapporter fra Nimbus. Her skriver en bruker av sektorens tjenester om sine erfaringer, og dette er rapporter som er sjeldne og vel verd å lytte til. Et stort antall av beboerne ved landets sykehjem er i en situasjon der de vanskelig, på grunn av sin helsesituasjon, kan nå ut til et bredere publikum med sine syns-punkter. Ja, i en forskningsrapport begrunner man fraværet av pasientenes/beboernes stemme med deres muligheter til å kom-munisere sine syn og opplevelser (Slagsvold 1990). Svært mange av beboerne er såpass svekket at de ikke kan intervjues i tradisjonell forstand. I andre undersøkelser har man valgt å trekke inn data basert på intervjuer med de beboerne som er åndsfriske, selv om dette utgjør en svært liten gruppe av beboerne (Sørensen 1995). I en undersøkelse fra Oppsal sykehjem kom det fram at ansatte, beboere og pårørende hadde konvergerende oppfatninger av såvel hva som var mangler ved omsorgen for beboerne og hvilke sider ved arbeidet og arbeids-organiseringen som ga økt belastning for personalet.

#### Hva er det vi snakker om?

I boken "De siste årene" (Svein Olav Daatland) finner vi at det i 1995 var 42 500 institusjonsplasser i Norge, nesten en fordobling fra 1960 da vi hadde 22 422 plasser. I 1995 var det 9 785 plasser i aldershjem, 32 715 i sykehjem, 2 211 i serviceboliger og 32 106 plasser i trygdeboliger.

Det var 135 843 brukere av hjemmetjenester. I alt 69 772 årsverk gikk i 1995 med til å betjene disse tilbudene, og i 1993 fordelte årsverkene seg på 39 188 årsverk i institusjoner og 30 038 i åpen omsorg.

I en skandinavisk sammenlikning fremkommer det at Norge har den mest tradisjonelle eldreomsorgen, med større vekt på institusjons-basert omsorg enn Sverige og Danmark. Danmark er karakterisert som det mest generøse samfunnet med en sterk vilje til å forandre eldre-omsorgen.

Det er klart at samfunnsforandringer er viktige for å forstå ramme-vilkårene for eldreomsorgen, og det er både brukerne og de ansatte

som først og fremst føler begrensningene innenfor de økonomiske og ideologiske rammevilkårene som eksisterer. Økede og endrede krav og forventninger til tjenestene har åpenbart vært bakgrunn for mange av de forsøk som er satt ut i livet innenfor hjemmetjenesten og i institusjonene.

Det dreier seg antakeligvis også mye om vårt menneskesyn og vårt bilde av alderdommen. I Norge er vi opptatt av god somatisk pleie og trygghet, men kanskje i mindre grad av verdier som nærhet og deltakelse i samfunnet...? Den gamle og de hjelpetrengendes behov bør kanskje "dannes" i et nytt bilde?

Men bør det også tegnes et nytt bilde av institusjonene og tjenestene og skapes et nytt forhold mellom eiere/politikere og virksomhetene for at de skal bli arbeidsplasser der helsefremmende sider ved arbeidet blir bedre ivaretatt?

Det psykologiske presset som de ansatte opplever henger i stor grad sammen med en følelse av ikke å kunne dekke de behovene som de nettopp erfarer at brukere og beboere gir uttrykk for at de har. Et viktig mål for forsøk må derfor være å bidra til at ansatte kan oppleve mestring. Å få en mulighetsstruktur som gjør at en lykkes setter mennesker og systemer på bedre spor. Høye krav gir ikke alltid press og belastninger; når en lykkes med å mestre dem, øker arbeidsglede og selvtillit (se del I i utredningen).

Litteraturgjennomgangen viste at selv om man har mye *generell litteratur* som forteller om sammenhengen mellom arbeidsmiljøfaktorer på den ene siden, og helse, trivsel og sikkerhet på den andre siden, er det mindre omfattende forskning omkring arbeidsmiljøforhold og arbeidshelse i sektoren. Riktignok har både arbeidsgivere og eiere og ansattes faglige organisasjoner meldt sin bekymring over stort sykefravær, rekrutteringsproblemer, attføring og turnover. Men allikevel er det ikke gjort omfattende og systematiske studier som gjør at vi i dag kan basere våre forbedringstiltak på sikker kunnskap. Vi har imidlertid en god del å bygge på, og som ledd i utredningsarbeidet er det også foretatt egne studier med sikte på å dekke noen av de kunnskapshull som er kommet til syne.

## 11.2 Kort oppsummering av resultatene fra "kunnskapskartleggingen"

I dette avsnittet gir vi en kort oppsummering av resultatene fra "kunnskapskartleggingen" som samtidig angir de faktorer som det er viktig for forsøkene å ta tak i.

Helseutvikling ser ut til å være avhengig av forhold på flere nivåer

Psykososiale og ergososiale forhold virker sterkt inn både på plager/symptomer, skader med langtidsfravær, prognosen for å komme tilbake etter langvarig fravær og for eventuell frakopling. Forebygging av helseutfall er altfor svakt ivaretatt og man har dårlige tall og kvalitative opplysninger om de tiltak som er iverksatt.

Integrerte modeller (hjemmetjeneste/skjermede boformer/sykehjem) ser ut til å ha andre resultater enn de adskilte ved at hele pleie- og omsorgskjeden får mer å spille på. Men her har vi ikke systematiske sammenlikninger, bare spredte opplysninger (Nordheim Larsen & Seierstad 1998).

Det har i utredningsarbeidet vært viktig å skape en oversikt over det generelle bildet av hvordan det står til i norske pleie- og omsorgsinstitusjoner. Derfor var det nødvendig å lage en oppdatert oversikt over forholdene i et representativt utvalg av noen av våre institusjoner og tjenestetiltak. Det ble tatt et utvalg av 54 syke- og aldershjem i et representativt utvalg kommuner med hensyn på befolkningsstørrelse. Skal vi få et realistisk bilde av institusjonene som arbeidsplasser er det viktig å få fram hvordan disse ligger i et lokalt arbeidsmarked og i en lokal kultur som kanskje vektlegger pleie- og omsorg på forskjellig vis. Og denne undersøkelsen ga oss en ny forståelse av forskjeller og likheter mellom kommuner og regioner. Dette vil bli vektlagt i den videre framstillingen.

## 11.3 Modellforsøk - hvordan definerer vi begrepet?

I samfunnsvitenskapelige lærebøker finner man ikke *forsøk* som begrep, det er derimot *eksperimentet*, som betegnes som et undersøkelsesopplegg, som er spesielt egnet til å teste årsakshypoteser. Ved et eksperiment endrer forskeren på en egenskap ved det fenomenet



som studeres (årsaksvariabelen), og registrerer om dette fører til endringer i en annen egenskap (effektvariabelen) (Hellevik 1991). Samtidig forsøker forskeren å hindre at andre faktorer har innvirkning på effektvariabelen. Dette designet gjør det mulig å skille ut de endringene som kan føres tilbake til endringer i årsaksvariabelen.

Forsøk i den vitenskapelige betydningen av ordet setter strenge og høye krav til design og gjennomføring. I praksis er det tilnærmet urealistisk å gjennomføre forsøk i denne betydning overfor store og komplekse systemer. Derfor har man sett utviklet en rekke tilnærminger som innebærer modifikasjoner av det klassiske forsøket. Det er videre etiske betenkeligheter knyttet til forsøk, men idet vi ikke regner med at modellforsøket skal formes over lesten til det klassiske forsøket går vi ikke nærmere inn på disse her.

#### 11.4 Forsøk som bakgrunn for reformer

I 1993 satte Sosial- og helsedepartementet i verk forsøk med fastlegeordning i kommunene Tromsø, Trondheim, Lillehammer og Åsnes. I St.meld.nr. 35 89/90 "Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane", ble det foreslått utprøving av en organisasjonsmodell for allmennlegetjenesten basert på det såkalte listepasientsystemet. Og i 1991 vedtok Stortinget lov om forsøk med listepasientsystem i kommunehelsetjenesten. Begrunnelsene for dette forsøket var til dels at en hadde registrert at et ønske om fast lege var utbredt og at en hadde gode erfaringer med det såkalte listepasientsystemet i andre land. Videre var man opptatt av at modellen kunne legge forholdene bedre til rette for at en fast lege kan samarbeide med annet personell og koordinere tiltak for sine pasienter i og utenfor helsetjenesten. Andre mulige vinninger i form av bedre ressursutnyttelse og bedre økonomistyring ble vektlagt. Et kvalitativt mål om å skape bedre betingelser for at legen skal kunne utvikle et personlig og forpliktende forhold til pasientene ble også betont (Johnsen & Opdahl Mo 1996).

Forsøket skulle undersøke ordningens virkninger for brukere, helsepersonell og kommunene. Det skulle også gi bakgrunn for avklaring av nødvendige endringer som måtte komme for å få listepasientsystemet til å fungere og videre skulle forsøket frambringe kunnskap som grunnlag for en avgjørelse om listepasientsystemet burde eller kunne innføres i Norge.

Det ble definert rammevilkår for forsøket:

- Utgangspunktet er etableringen av pasientlister. Disse spesifiseres nærmere.
- Det redegjøres for en ny finansieringsordning.
- Det etableres et minimumsantall for listestørrelse.
- De samlede offentlige overføringene til legetjenesten skulle ikke økes.
- Prosjektet skulle ikke brukes til å endre gjennomsnittslegens inntektsvilkår eller påføre forsøkskommunene merutgifter til legetjenesten.
- Forsøket skulle iverksettes i fire kommuner og pågå i 3 år.
- Forsøkskommunene skulle selv organisere seg med prosjektleder, styringsgruppe og/eller rådgivende samarbeidsutvalg.
- Det ble fastslått at en rekke forhold skulle avklares mellom lokale parter.
- Den sentrale koordineringen av forsøket og kontakten med prosjektene ble ivaretatt av en egen koordinator i departementet.
- Det ble oppnevnt en sentral referansegruppe og en ekstern veileder for forsøket.
- Evalueringer skulle skje både på grunnlag av egnevalueringer og eksterne evalueringer.

Kommunene som ble valgt ut til forsøket representerer ulike regioner og befolkningsgrunnlag.

I rapporten fra forsøket (AFI-rapport 2/96) sies det at "forsøk brukes gjerne for å innhente erfaringer fra en mindre, avgrenset modell før en mer omfattende endring eventuelt settes ut i livet. Slik kan uheldige sider ved en valgt løsning avverges eller dempes, og det etableres kunnskap om konsekvenser av den valgte løsningen". Et forsøk som "fastlegeforsøket" involverer mange mennesker i ulike roller og med ulike forventninger og fortolkninger av hva forsøket innebærer. Endringer krever avklaringsprosesser og krever tid, mens forsøk ofte er avgrensede i varighet.

## 11.5 Eksempler på ulike forsøk

### Alternative arbeidstidsordninger

Fire barnevernsinstitusjoner søkte Kommunal- og arbeidsdepartementet om dispensasjon fra arbeidsmiljøloven for å prøve ut

alternative arbeidstidsordninger. De fikk anledning til å arbeide etter en langturnus som var utviklet lokalt og som var forankret i deres erfaringer i arbeidet i en begrenset prøveperiode. Begrunnelsene for at de ønsket denne utprøvingen lå i en antakelse om at den alternative arbeidstidsordningen ville kunne forbedre a) tilbudet til beboerne i institusjonene og b) de ansattes arbeidsmiljø.

Dette var altså et forsøk som kom i stand på initiativ fra praktikere på et felt. Praktikerne la fram begrunnelser fra erfaringene de satt inne med. De fikk dispensasjon og igangsatte forsøket som så skulle evalueres etter en avtalt prøveperiode.

Evalueringen (AFI-rapport 5/97) konkluderer med at lokalt utformede turnuser, basert på analyser av beboerbehov og varierende rammer for den enkelte institusjon, prinsipielt er et positivt tiltak. Men evaluatørene reserverer seg mot en konklusjon om at alternative turnuser i seg selv er tilstrekkelig til å utforme gode beboertilbud og et godt arbeidsmiljø (Hetle m.fl. 1997). Og i evalueringsrapporten understrekes det at det først er når de alternative arbeidstidsordningene brukes som redskap for å oppnå målsettinger de ansatte er enige om, at langturnusen blir en positiv kraft i det lokale utviklingsarbeidet.

Et betenkelig moment er at slike langturnuser kan tenkes å virke ekskluderende for noen arbeidstakere. Erfaringene fra de fire barnevernsinstitusjonene leder ikke fram til en konklusjon om at langturnus generelt er et positivt tiltak. Slike ordninger må hele tiden vurderes utfra deres kontekst. I rapporten trekkes det fram noen minimumsbetingelser:

- Turnusen må være utformet lokalt.
- De ansatte må alle slutte opp om turnusen og signere dispensasjonssøknaden.
- Arbeidsgiverne må forplikte seg til å yte tilstrekkelig kompetansevedlikehold og kompetanseheving i staben. Her inngår krav både om tid i turnusen til intern og ekstern veiledning og til å skaffe fagfolk til veiledningsarbeidet.

- Langturnusen må evalueres med jevne mellomrom ut fra arbeidsmiljøperspektiv, gjerne ved hjelp av bedriftshelsetjenesten. Langturnusene er relativt nye, og det er viktig at også eventuelle langtidseffekter blir dokumentert.
- Langturnusene må internevalueres og eventuelt justeres etter avtalte tidsintervaller.

### Kvalitet i helsetjenesten, et forsøksprosjekt drevet av Norsk Sykepleierforbund (NSF)

Med utgangspunkt i sin deltakelse i WHO/Euros arbeidsgruppe for kvalitetssikring, etablerte NSF et prosjekt med tittelen "Kvalitet i Sykepleiertjenesten". Fem arbeidsplasser ble inviterte til å delta i et prosjekt for å utvikle et system for kvalitetssikring og forbedring. Prosjektet skulle vare i to år, men ble utvidet med et tredje forsøksår. Det ble undertegnet en samarbeidsavtale mellom NSF og lederen for sykepleietjenesten ved de fem arbeidsplassene, og en utnevnte en prosjektleder ved hver arbeidsplass. Disse prosjektlederne skulle være veiledere for minst en kvalitetsgruppe og disse lederne møttes regelmessig for veiledning og utveksling av erfaringer.

I sin evalueringsrapport beskriver Stine Willoch hvordan en etablerte en styringsgruppe som skulle arbeide med avklaring og utvikling av et begrepsapparat etterhvert som erfaringene ble formidlet.

Dette forsøket var forankret i kvalitetssystemet Dynamic Standard Setting System utviklet av Alison Kitson ved Royal College of Nurses i Storbritannia. Systemet bygger på en "bottom up"- tilnærming, det er med andre ord helsepersonell på postene eller minste enhetsnivå som blir grunnlaget for kvalitetsgrupper. Siden erfaringer tidlig i prosjektet viste at grupper uten forankring og støtte i ledelsen kom dårligere ut enn de gruppene som hadde slik deltakelse, valgte man å endre tilnærmingen noe. Denne endringen medførte at prosjektet fikk navnet "kvalitet i helsetjenesten".

Selv om prosjektet var initiert av sykepleiere oppfordret man til deltakelse fra hjelpepleiere. Etterhvert ble det tverrfaglige innslaget bredere og sterkere.

På grunnlag av evaluering kom man fram til at metoden kan gis en kvalifisert anbefaling til å tas i bruk der det er kvalitetsproblemer som

forekommer hyppig, som er høyrisikoområder, som har negative ringvirkninger og som medfører høye kostnader.

#### Forsøk med omorganisering og ny driftsmodell i sykehjem (Økernmodellen)

Dette forsøket er dokumentert og evaluert i Slagsvold, rapport 1/1989 fra Norsk gerontologisk institutt med tittelen "Knapphet som ramme for forandring".

Dette forsøket hadde sin konkrete bakgrunn i at sykepleiemangel ved Økern sykehjem medførte at flere poster ved institusjonen måtte stenge samtidig som det var stor etterspørsel etter plasser. Samtlige yrkesorganisasjoner støttet i utgangspunktet et forsøk der drift med lavere sykepleierdekning ble prøvd ut og evaluert. De økonomiske rammer skulle ikke endres, forsøket dreide seg om å endre arbeidsroller og organisatorisk utforming.

To avdelinger ved Økern sykehjem ble inndelt i tre mindre enheter med 10 beboere. Den ene avdelingen splittet en opp i to enheter for korttidsbeboere. Disse ble kalt "Gjenopptreningsenheten" og "Rekreasjonsenheten" og dessuten fikk man en enhet for langtidspasienter, "Boenheten". Avdelingen ble bemannet med aktivitør, fysioterapeut og kontorfullmektig. Den andre avdelingen ble også delt opp i tre enheter, men her var alle beboerne langtidspasienter. Bemanningen var tradisjonell, med pleiepersonale. Sykepleierressursene ble omdannet til "sykepleiekonsulenter", med det overordnede ansvaret for avdelingene. På dagvakt var det en sykepleier pr avdeling, mens sykepleieren på kveldsvakt var tilknyttet begge avdelinger. På bakgrunn av denne endringen kunne en øke bemanningen til rundt 0,70 pleiere pr beboer.

Tenkegrunnlaget bak oppspaltingen i mindre enheter var at en skulle kunne delegere oppgaver og ansvar bedre og skape større medvirkning og medansvar i pleiegruppen. Dermed mente en også at en kunne oppnå en mer målrettet drift. Og for beboere og pårørende ville de mindre enhetene skape et mer oversiktlig miljø.

Endringen i arbeidsorganiseringen medførte at flere av sykepleiernes oppgaver ble delegert til andre. De var tilgjengelige i avdelingen og fulgte opp driften. Deres oppgaver ble å ivareta sider ved arbeidet som

krevde deres kompetanse, mens andre ivaretok kontoroppgaver, turnuslister m.v. Lederoppgavene for fem av enhetene ble ivaretatt av hjelpepleiere, mens fysioterapeut var leder for Gjenopptreningsenheten. Pleiepersonalet ellers var knyttet til en spesiell avdeling og avdelingsassistentene var trukket inn i pleieoppgavene. Renholdet ble utført av pleiepersonalet.

Det var hjemmesykepleien som disponerte plassene i rekreasjonsenheten der en prøvde å ta inn beboere i puljer av temmelig funksjonslike klienter til et 6 ukers opphold.

Noen av de pasientene som kom inn til Gjenopptreningsenheten viste seg å være i behov av fast plass på sykehjemmet, og for dem ble overgangen til å være fast beboer mykere enn ellers.

Målsetningen for Boenhetene var at de skulle utvikle seg til å bli deres hjem i størst mulig grad.

Evalueringen viste interessante resultater. Den somatiske pleien ble heller bedre enn før. Men rapportene og pleieplanene ble vurdert som dårligere enn tidligere, selv om ikke informasjonen om pasientene var dårligere enn i andre sykehjem.

Ordnningen ga gode uttelling for veiledning og undervisning. Men oppfølgingen av fysisk trening i Boenhetene ble registrert som utilstrekkelig. Men om den var dårligere enn i andre sykehjem hadde en ikke muligheter til å vurdere. Registreringer foretatt tydet på at det utviklet seg en høy bevissthet rundt medisineringen og et lavere medisinförbruk. På flere viktige områder kunne en registrere positive endringer. Det kommer fram i evalueringen at terminalpleien ble godt ivaretatt og bedre enn i de fleste andre sykehjem. Det var først og fremst de andre avdelingene i samme sykehjem som ble benyttet til sammenlikninger.

I evalueringen tilskrives de positive endringene den organisasjons- og arbeidsformen som lav sykepleiedekning hadde framtvinget. Det er interessant å merke seg at alle sykepleierne mente at driften burde fortsette og i alt 90 % av de ansatte i forsøksavdelingene ville anbefale andre å drive etter "Økernmodellen".

Rapporteringen fra forsøket gir også interessante erfaringer når det gjelder selve driften av forsøk. Slagsvold påpeker at engasjement og

følelser blir aktivisert. Hun registrerer at følelsene i forhold til forsøket syntes å bli sterke og vekslende.

For å gjennomføre forsøk må man ha idealer og klart formulerte ideer. Men ideene må kunne eksistere samtidig med de praktiske utfordringene og ta høyde for at folk er forskjellige og at det kan inntruffe uforutsette hendelser. Forsøk inviterer til å øke ambisjonsnivået og da ligger det farer for å oppleve frustrasjoner i møte med virkelighetens hverdagssider. Ildsjeler har en helt spesiell plass i forsøk (se også Philips 1988): de er viktige som personlige bærere av ideer og handlekraft, men et forsøk må ikke bli avhengig av dem.

Nye ledere kan se ut til å ha lettere for å iverksette endringer, de deler ikke en felles historie med de ansatte og har ikke andeler i det uformelle livet.

I forsøket med Økernmodellen møtte en både forandringsmotstand og sterk forandringsiver, så sterk at det ble nødvendig å sette på brems. Det er velkjent at resultatet av den oppmerksomhet selve forsøksvirksomheten skaper kan få stor betydning (sammenlign Hawthorne-effekten). Evalueringen kunne ikke gi noe nærmere svar på spørsmålet om hvilken effekt økt oppmerksomhet hadde for gjennomføringen av forsøket.

#### **Kortere arbeidsdag - et svensk forsøk**

Den svenske forskeren Birgitta Olsson la i 1994 fram sin doktoravhandling "Kortere arbeidsdag - en vag til et mer ekologisk arbeidsliv?" (Olsson 1994). Hensikten med hennes avhandling var å studere om et virkelig forsøk med daglig forkortning av arbeidstiden kan gjennomføres med bibeholdt eller øket velferd fra et individ - og organisasjonsperspektiv. Dessuten ville hun på bakgrunn av dette materialet drøfte hva en arbeidstidsforkorting ville bety i et samfunns-perspektiv.

Olsson studerer tre sykehjemsavdelinger som gjennomfører forsøk og tre avdelinger er hennes kontrollavdelinger. Designet er med andre ord innrettet på å kunne holde visse variable under kontroll. Endringer i individenes velferdsnivå bedømmes gjennom intervjuer og spørreundersøkelser. Personaløkonomiske beregninger anvendes for å bedømme effektene på organisasjonsnivå. Studien ble også lagt opp slik

at en kunne hente ut detaljerte beskrivelser av hva som hendte på de undersøkte avdelingene mens forsøket foregikk. Dermed kaster en også lys over de arbeidsorganisatoriske problemene som kan oppstå i en sykehjemsavdeling i samband med en forkortning av arbeidstiden. Forkortingen ansees å være et arbeidsmiljøtiltak for å minske arbeidsbelastningen på den enkelte.

Olsson hevder at det er mulig å støtte seg til Yin (1989) som argumenterer for at man kan foreta hva som kalles "analytisk generalisering" fra studier av enkeltcase. Da analyserer man resultatene fra slike enkelte forsøk mot tidligere etablert teori. Men også Glaser og Strauss (1967) er opptatt av muligheten for å formulere eller generere ny teori på bakgrunn av case.

Det var sykehjemmene selv som hadde initiert forsøkene, og de kan derfor klassifiseres som "naturlige eksperimenter", Olsson ble bedt om å følge utviklingen i forsøkene og evaluere effektene.

Olssons studie er interessant både på grunn av de resultatene som ble rapportert, men også som en belysning av forsøk som fenomen og særlig hvor komplisert det er å etterspore virkninger av endringer i en faktor, her arbeidstidens lengde.

#### *Oppsummering*

Vi har nå gjennomgått fire forsøk som er valgt ut fordi de har noen likheter og forskjeller som kan være lærerike. Alle forsøkene hadde en klar ramme, selv om "Kvalitet i helsetjenesten" gjennomgikk ytterligere avklaringer og presiseringer underveis. "Fastlegeforsøket" er eksempel på forsøk som er startet fra sentralt hold og med en organisering som forankrer gjennomføringen på flere samfunnsnivåer. Dette forsøket hadde et tydelig rammeverk og klare føringer til de kommunene som ble valgt ut, men samtidig var det også lagt opp til en lokal operasjonalisering. I forsøket med "Smågruppesenteret" gjenfinner vi noen av de samme trekkene.

"Alternative arbeidstidsordninger", "Økernmodellen" og "Forkortet daglig arbeidstid" kom fram ved lokale valg av fler- eller en-faktor baserte endringer. "Alternative arbeidstidsordninger" måtte søke om dispensasjon fra arbeidsmiljøloven, og Kommunal- og arbeidsdepartementet fulgte opp med evaluering. Såvel dette forsøket som "Økernmodellen" fikk sin form ved at hele miljøer hadde deltatt i en



beslutningsprosess rundt oppstart og valg av design for deres forsøk. "Forkortet daglig arbeidstid" var et forsøk initiert av en part.

*Tydighet i forsøksmodellen og forankring ser ut til å være viktige kriterier for at forsøk lykkes.*

## 11.6 Forsøkstradisjonen i nordisk arbeidsliv

I Norge og Norden har vi en lang tradisjon med forsøk i arbeidslivet. Norske forsøk, de såkalte samarbeidsforsøkene med industrielt demokrati som ble utført fra midten av 1960-tallet, ble på mange måter banebrytende og førte fram til ulike former for institusjonaliserte forandringer (se blant andre Bull 1980). Arven etter dem er begreper som jobbutvidelse, flerferdighet, delvis autonome grupper og regulering av krav om meningsfylt arbeid og et psykososialt trygt arbeidsmiljø. Disse forsøkene var isolert sett vellykkede, men de førte ikke umiddelbart til spredning. Spredningen kom snarere gjennom institusjonalisering i lov og avtaleverk med tilleggsavtaler om medvirkning og bestemmelser om det psykososiale arbeidsmiljøet i AML.

Internasjonalt er det også kommet resultater fra forskning de senere årene (se blant andre Ledford 1995) som føyer seg interessant til erfaringer fra våre nordiske samfunn. Noe av det vi har lært fra den generelle arbeidslivsforskningen er blant annet at medvirkningsbaserte modeller ser ut til å være krevende, men gi rimelig sikre resultater. Det er naturlig å trekke inn såvel erfaringer fra forsøk på bredere basis som forsøk der en tar opp mer begrensede forhold. Det er interessant å merke seg at en nå ser stadig større vektlegging på å gjennomføre rettede utviklingsprosesser gjennom en bred organisering av støtte til et mangfold av modeller, men med visse grunnelementer på plass.

### En svensk modell

I boken "Concept-driven development and the organization of the process of change" beskrives et omfattende svensk forsøksprogram som fant sted i perioden 1990-1995. Dette prosjektprogrammet ("Arbeidslivsfondet") hadde meget stort omfang og tok sikte på å fremme en utvikling på bred front. Det er en kjensgjerning at vi har mange lovende og lysende forsøk, gode eksempler på institusjoner

bygget på en ide, men som det dessverre er vanskelig å almengjøre. Vi har ikke en kultur for omfattende spredning av gode organisatoriske ideer. Hvordan gjorde de det i programmet "Arbeidslivsfondet" (ALF)?

Arbeidslivsfondet (ALF) hadde store midler til rådighet og kunne være med på å finansiere rundt 25000 prosjekter i Sverige. Man ville oppmuntre til et bredt anlagt forandringsarbeid, noe annet enn spredte suksesshistorier som ikke nådde ut til så mange. Arbeidslivsfondet utarbeidet en strategi som har stor relevans for andre som planlegger å gjennomføre forandringsprosesser. "ALF" valgte å gi designstøtte, og som det sies i rapporten som evaluerer prosjektet, "å arbeide med ord". Det var den svenske Riksdagen som stilte 11 milliarder til disposisjon fra de midler som arbeidstakerne hadde betalt inn til dette fondet. De skulle benyttes til:

- rehabiliteringstiltak for ansatte som led av langvarig sykdom
- tiltak for å redusere sykefravær
- investeringer for å forbedre arbeidsforholdene på områder der arbeidsgiver ikke var forpliktet gjennom lov eller forskrifter til å gjøre slike investeringer.

I ALF-programmet var det en underliggende antakelse om at det eksisterer et positivt forhold mellom helse og sikkerhet på den ene siden og produktivitet på den andre. Og det er to resonnementer som kan støtte dette, sier Bjørn Gustavsen og medarbeidere i boken "Concept-driven development and the organization of the process of change". Friskere arbeidstakere er mer motiverte arbeidstakere som vil produsere mer. I kombinasjon med mer effektiv rehabilitering vil friskere arbeidsforhold kunne sørge for at det blir et bedre tilsig av arbeidskraft.

Hele programmet arbeidet utfra en ide om at man skulle søke om deltakelse fra arbeidsplassene ved hjelp av integrerte prosjektforslag. Det var regionale kontorer som tok imot søknadene og behandlet dem. Men man satt ikke passive og ventet på søknader. Det ble gjort et viktig arbeid for å gjøre potensielle søkere oppmerksomme på muligheten til å søke. Når søknader kom inn, hjalp ALF-personalet til med å forbedre og tydeliggjøre potensialet i søknadene. Det var også

dette personalet som samlet inn og bearbeidet materiale fra forsøkene og senere også var aktive i formidling fra ALF-prosjektene.

ALF førte til stor aktivitet og må sies å ha gitt meget betydelige resultater.

ALF-prosjektene var basert på en tankegang om "begrepsdrevne" forandringsprosesser. I en oversikt forsøker man å tydeliggjøre forskjellene mellom "ekspertdrevne" og "begrepsdrevne" prosesser:

Karakteristikk	Begrepsdrevne prosesser	Ekspertdrevne prosesser
Intensitet:	høy	lav
Deler av organisasjonen som blir berørt:	hele	deler
Funksjoner som dekkes:	alle	få
Mål:	alle	helse/sikkerhet el. Andre delmål
Fremste drivkrefter:	policy	ekspertvurderinger
Kunnskap:	innsikt/erfaringen til de som er involverte	ekspertise
Eksterne ressurser:	støtte	opplæring og normsetting
Utviklingsorganisasjon:	ja	HMS eller andre ekspertenheter
Intern basis:	bred mobilisering	smal (eksperter, folk med spesielt ansvar)
Lokalisering:	alle typer virksomheter	alle typer virksomheter
Forhold til spesifikk teknologi:	svak	sterk
Basis for aktivitet:	permanent	spadisk

Noen av nøkkelbegrepene her er "bred medvirkning" og "utviklingsorganisasjon". Med bred medvirkning mener man at en legger opp til prosessforløp og møteplasser som kan gi rom for en horisontal og vertikal integreringsprosess der man avklarer et felles fokus for mål og en plass for deltakelse fra alle utfra deres oppgaver og roller i organisasjonen. "Utviklingsorganisasjon" står for en tydelig og poengtert struktur som gir rom for å tenke og agere i forhold til framtid og utvikling, mens en samtidig vedlikeholder og driver selve den daglige virksomhet.

### Nettverksprosjekter

Fra Sverige har vi i de senere årene interessante eksempler på prosjekter i helse, pleie og omsorg som arbeider videre langs disse linjer. Et hovedpoeng er at man lager regionale utviklingsnettverk mellom ulike institusjoner og forsøker å støtte utviklingsprosjekter gjennom dette. Programmet startet sommeren 1995 og består av 18

utviklingsprosjekter fra Boden i nord til Simrishamn i sør. Det var arbeidsmarkedspartene innen helse, pleie- og omsorgssektorene som tok initiativet til dette treårige programmet.

Hensikten med programmet er

- å støtte utviklingsprosjekter som leder til nye former for virksomhet og organisasjon, med pasientens samlede behov i sentrum, og
- å utvikle og tilgodese personalets krav på godt arbeidsmiljø innenfor de ulike prosjektene.

Det var rundt 400 prosjekter som meldte sin interesse for å delta i programmet og det ble foretatt et utvalg på 18 prosjekter utfra et sett av kriterier:

- Utviklingsarbeidet drives utfra et helhetssyn og sikter mot å lede til nye former for virksomhet og organisasjon.
- Pasientenes samlede behov står i sentrum.
- Prosjektene er tydelig forankret såvel hos ledelsen som berørte personalkategorier. Samarbeid rundt pasientens behandlingkjede preger utviklingsarbeidet. Det handler om bestemte kjeder/diagnoser og de diagnoser som berøres av disse.
- Prosjektene innenfor programmet har vesentlige berøringspunkter med hverandre og inngår i ulike nettverk.
- Programmet bidrar til å gjøre bra prosjekter bedre, dvs det handler om støtte til en pågående prosess og ikke til satsninger som skulle komme i stand utelukkende pga. støtte utenfra.

Alle prosjektene som inngår har en samarbeidsavtale med det statlige Arbeidslivsinstituttet. Grunnstammen i programmet er de ulike prosjektene. Samarbeidet går ut fra det prosjektnotatet som personalet legger fram og som ledelsesgruppen har etterprøvd utfra programmets grunnkriterier. Den økonomiske støtten går til prosessstøtte, dokumentasjon og erfaringsutveksling. Den kontinuerlige oppfølgingen skjer i form av en halvårlig avstemming av aktiviteter mot planer. Det sentrale programsekretariatet gjør besøk minst hvert halvår til hvert

enkelt prosjektsted og tar opp data og gjennomfører dialoger med deltakerne.

Man overvåker blant annet

- Hvordan utviklingsarbeidet er strukturert og hvem som deltar.
- Hvordan man driver prosessen: løpende prosjektarbeid, spesifikke tiltak/områder, forankringsaktiviteter, nettverksaktiviteter, studiebesøk, erfaringsutveksling, oppfølging, refleksjon, læring, spredning m.v..
- Hvilke erfaringer og resultater som oppnås.
- Hvordan samarbeidet innen programmet (framfor alt i nettverket) foregår.

Av andre viktige elementer er regelmessige prosjekttreff, prosjektlederne møtes regelmessig. Ledelsesgruppen/styringsgruppen som representerer viktige arbeidsmarkedsparter, spiller også en viktig rolle.

### Strategisk forsøk rettet mot "EGA"-belastninger: En nettverksmodell med utgangspunkt i et gjennomgående arbeidsmiljøproblem

Fra Danmark har man de siste årene vunnet interessante erfaringer gjennom et stort anlagt prosjekt for å forebygge skader ved ensidig gjentakelsesarbeid. Her har man blant annet satset på å identifisere de "dårligste jobbene", dvs. at en her snarere enn å tenke arbeidsplass/bedrift tenker type arbeid. Men iverksettingen av tiltak må skje på bedriftsnivå. I et større antall bedrifter arbeider man blant annet med å gjennomføre et planmessig arbeid for å finne "erstatningsteknologi" for å fjerne helseslitende belastninger pga. ensidig gjentakelsesarbeid. I forhold til vårt felt kan man for eksempel tenke seg at en setter søkelyset på noen sider ved arbeidet i pleie og omsorg og så aktivt arbeider for å hindre/eliminere. For eksempel kunne man tenke seg at man tok bort alle jobber der en må løfte personer alene som bare bør løftes av to eller flere.

### SME-modellen for sykehusutvikling

Fra Norge har man interessante erfaringer fra programmer som Sekretariatet for modernisering og effektivitet (SME), der det en

lengre periode har vært gjort systematiske forsøk på å stimulere og bidra til utvikling gjennom flere typer av arbeidsformer og med stor vekt på brukerens premisser og økt kvalitet som mål.

#### WHO's "Healthy Hospitals" program

Også det FN-initierte "Friske hospital"-programmet baserer seg på selvrekruttering fra deltakerne. For å bli deltaker må institusjonen gå igjennom en intern avklaringsprosess der en undersøker motivasjonen hos alle ansatte og avslutter dette med en avstemning som så gir grunnlag for å forplikte seg overfor prosjektet. I dette programmet har man både tatt inn prosjektskykehus/helseinstitusjoner med bakgrunn i egenutviklede, idebaserte prosjekter og iverksatt målrettede programmer som "Røykfrie helseinstitusjoner". Ved jevnlig samlinger mellom deltakende institusjoner får en fram erfaringer fra ulike prosjekter og dermed tegnes også konturene til ulike modeller som synes å virke befordrende på helsen.

### 11.7 Noen kvalitative dimensjoner som kom fram på bakgrunn av gjennomgang av forskningsmateriale

#### "Identitets-modeller"

Her tenker vi på modeller som tar lokalsamfunnets særpreg inn i institusjonen og utvikler en åpenhet og mange former for transaksjoner med det samfunnslivet som leves og som pasienter og beboere har vært aktive deltakere i. Det åpnes for stor deltakelse fra frivillige organisasjoner til å ha en regulær rolle i driften av en virksomhet og hvor en sikrer at en også gir beboere roller i lokalsamfunnet for eksempel i forhold til historieprosjekter.

#### "Skreddersøm"-modeller

Dette innebærer at institusjonen legger til rette for at enkelte beboergrupper i institusjon kan få optimale forhold tilrettelagt. En slik tilrettelegging kan gi gode rammer for å fungere med plager eller svekkelser. Dette innebærer for eksempel at det vil være rom for å utvikle tilbud både til senildemente, slagrammede, åndsfriske, rehabiliteringstrengende m.v.. Der en slik differensiering er gjennomført har det vist seg også å by på bedre arbeidsforhold for personalet.

### "Ro og refleksjons-modeller"/Livsglede/verdighets-modeller

Livsglede og humor er viktig der vi steller med alvorlige ting. Vi kan tenke oss at institusjoner og omsorgstiltak kan dra nytte av å sette kultur, følelsesmessige/opplevelsesaspekter konkret i sentrum for det indre livet. I en sykehjemsstudie ble det fra de ansattes side fortalt mye om at beboernes uttrykk for glede ved å se dem igjen etter at de hadde vært på ferie eller hatt fri, var noe av kjernen i arbeidets meningsfylde. Å dele "her og nå"-opplevelser knyttet til kultur og egenaktivitet kan bøte på en av de sentrale stresskildene; å ikke ha tid til å være sammen utenom en pleie eller stelle-/mate-situasjon.

Mat representerer noe annet enn å bli mett, og kjøkkenpersonalet ser ut til å være en ressurs som når den blir tatt i bruk i en videre sammenheng, skaper gledesverdier.

Men samtidig som det å gi utløp for humor og livsglede er en side ved dette, er det tilsvarende sentralt å gi livets siste faser plass og rom.

Det er et paradoks at vi i institusjoner der mennesker har sitt siste hjem og med rimelig sannsynlighet vil dø, ikke har tilrettelagt slik at de ansatte har muligheter til å følge sine klienter frem til livets avslutning. I stedet ser vi at helt fremmede mennesker trekkes inn som fastvakter for eksempel. Dette har personalet mange tanker og synspunkter omkring.

### "Integrerte modeller"

Dette er modeller basert på integrering av åpen omsorg og institusjonsbasert omsorg. I undersøkelsen av de 54 institusjonene kom det fram at en oppnådde vesentlige forbedringer gjennom en integrering av alle tiltak i omsorgskjeden. Det vil derfor være naturlig å tenke seg at noen av forsøkene vil kunne rette seg inn mot en systematisk oppfølging av slike modeller. Disse modellene kan også ha noe ulike lokale utforminger.

Det er kanskje særlig i storbyene at det kan være viktig å arbeide med denne typen kjeder, i det en hittil mest har sett dem innenfor mindre lokalsamfunn.

### "Modeller basert på endrede bemanningsforhold"



Innenfor justisområdet gjennomførte man for en del år tilbake såkalte "bemanningsforsøk". Da gjorde man konkrete forsøk med å oppbemanne politikammer og lensmannskontor. I tråd med beregninger omkring en optimal bemanning å kunne gjøre krafttak på det forebyggende feltet, ble bemanningen fastlagt. En hadde avdekket at polititjenestemenn reagerte med å bli nedstemte og frustrerte over å møte igjen tidligere lovbytere. Å måtte se på, uten å ha en aktiv rolle for å forebygge, at unge mennesker etablerte seg i et lovbytermønster var en belastende arbeidsmiljøfaktor.

Ved tre politikamre gjennomførte man forsøk over en toårsperiode, med evaluering i etterkant.

Også i forhold til pleie - og omsorgstjenesten vil slike forsøk kunne være meget interessant i tilknytning til nye forestillinger om hvordan man kan ha flere sett med personale for helgeturnuser osv.

En annen variant av dette er *særskilt* bemanning. Her tenker vi på forsøk med hovedsakelig sykepleiere eller hjelpepleiere. Annerledes bruk av bemanning over døgnet slik at man bygger inn buffere mot spesielt arbeidsintensive tider oppgavefaser/tider på døgnet er også forsøkt i politiet, med interessante resultater.

#### "Temabaserte modeller"

Arbeidsorganisasjon

Ulike modeller

Vertikal/horisontal integrering

#### \*Kompetanse-modeller

Tekniske/sosiale aspekter ved mestring

Skille mellom drifts/-utviklingsorganisasjon

#### \*TID- relaterte modeller

Tidkonto

Team som veksler ("delt omsorg"), nye skiftordninger

#### \*Generative modeller

Vekt på forebyggende strategi

#### \*Sunne sykehjem,

med hovedvekt på "ergososiale forhold"

\*"Dansk frokost"

med vekt på desentrale/ "småenheter" i konglomerater og med stor grad av "livsnyteri" i sentrum

\*Relasjonsforsøk

"varme og kalde konflikter"

"bruk av misk-program" ( ref. Pnina Klein )

\*Klustre

\* Nettverk

## 11.8 Forsøk - en prosess med åpen avslutning

Det er spennende å la ideer fra praktikerne få komme til uttrykk og å bygge modeller på basis av den erfaringskunnskap ansatte innehar. Her skal vi nevne tre eksempler på endringsprosesser som førte til nye modeller for drift, og som oppsto ved at man hadde bred medvirkning fra ansatte i utforming av idégrunnlaget

### Et pågående prosjekt ved Lille Tøyen sykehjem

Her er eksemplet hentet fra et sykehjem i Oslo (Lille Tøyen) som har drevet et eget OU-prosjekt i løpet av 1997.

De ansatte vil ta utgangspunkt i beboernes behov. De vet at stabilitet i personalet er en nøkkerverdi, og de vektlegger betydningen av at hele personalet, på tvers av yrkesgrupper, deler en felles forståelse av hvordan virksomheten skal drives. Langt på vei besitter personalet de nødvendige forutsetningene for at de skal kunne realisere en krevende endringsprosess. De gir uttrykk for at mye energi går unødig til spille fordi de med dagens organisering ikke kan få realisert sine kunnskaper i en praksis som bedre støtter opp om beboernes behov.

#### *Hovedutfordringene*

1) Den første utfordringen er en tydelig organisering der hver enkelt blir innforstått med sin egen plass i organisasjonen og der man både har en driftsorganisasjon og en godt organisert, trinnvis utvikling på gang.

Mens man arbeider med daglig oppgaveløsning, må det være et tydelig og fast grep rundt endringsprosessene.

2) Det er bred enighet om å styrke boenhetene, "alle" ønsker at disse skal bli gode arbeidslag med tett oppfølging av beboerne.

Dette vil kreve en egen utviklingsprosess i hver av enhetene. Det beste utgangspunktet er å definere prosessen med klare milepæler eller mellommål. Teambyggingen må finne sted og innenfor vel-definerte rammer. Man starter opp med å bekrefte hva slags ressursituasjon som finnes:

Enhetene vil bli styrket ved at de får team eller lag som består av alle typer ansatte, inkludert avdelingsassistenter og aktivitører.

Målsettinger som synes å være felles for alle enhetene er

- å organisere arbeids- og beboerhverdagen slik at den får en jevnere fordeling av aktiviteter og blir mer lik en "vanlig" dag i friske og selvhjulpne menneskers liv,
- å skape et mønster som gjør at de ansatte får færre beboere å forholde seg til, det vil si at man vil skape mindre grupper med mer fellesskap dem i mellom, og
- at man ønsker en bedre organisering av de ressurser som gjør at beboerne kan komme ut av institusjonen, for eksempel kan det skje ved at man lager allianser med pårørende eller frivillige.

3) Flere har fokusert på de fysiske rammene for avdelingene. Nå vil en konkret se nærmere på de muligheter som foreligger for å lage enheter som nettopp har noen inndelinger som signaliserer at det er færre ansatte og beboere som utgjør "primærgrupper". Det vil etterhvert være to skjermede enheter for senil demente. Men man er også opptatt av andre muligheter for å differensiere; for eksempel kan en tenke seg at slagrammede kan være en gruppering, at beboere med helseproblemer som bør følges opp med spesiell stimulering også kan være en gruppering.

Det er viktig at det legges mye arbeid i utformingen av best mulige fysiske rammer. At det er pent, trivelig og at man har rimelig godt utstyr har stor vekt i hverdagen.

4) Et bedre skille mellom beboernes "private domene" og "de offentlige rom" kan være viktig. Som det fremkom i gruppebesvarelser i OU-prosessen er de ansatte overbevist om at det kan gjøres mye med enkle midler for at beboernes følelse av å bo i eget hjem blir styrket. Enkle ting som en markering av døren inn til beboeren ved hjelp av en postkasse og et eget dørskilt vil kunne hjelpe til å minne alle om at personen innenfor også skal ha sitt privatliv, sitt territorium.

Korridoren kan bli en gågate, med større grad av markering av skillet mellom aktiviteten "ute" og privatlivet inne.

5) Kjøkkenet er en stor ressurs, og kjøkkenpersonalet har gitt uttrykk for at de ser mange muligheter til å delta aktivt i endringsarbeidet.

6) Som et ledd i utviklings- og endringsarbeidet bør en også se nærmere på forholdet mellom de plassene som er reservert for korttidsbruk og de permanente plassene. Det er kommet frem at beboere som har vært på korttidsopphold har opplevd overgangen til "fast plass" som stor. Dette synes å henge sammen med størrelsen på enhetene, og hvordan det er å bli "innbygger" på sykehjemmet. Mens de som er på dagsenteret og på korttidsopphold kan bevege seg ut og inn og beholder mer av sin private "identitet", kan de fastboende oppleve at det er kvalitativt annerledes å være beboer. En bør systematisere noen av disse erfaringene og forsøke å legge disse erfaringene inn i de planlagte forandringene. Erfaringer som beboere har vil altså være en viktig ressurs i utviklingsarbeidet.

7) Forholdet til hjemmetjenesten i bydelen er gjenstand for diskusjon. Har man muligheter for å samarbeide bedre? Kan det tenkes at noen i hjemmetjenesten og på sykehjemmet vil ha nytte og glede av å rotere på jobbene? Her ligger muligvis et potensiale for en spennende utvikling.

Oppstartingen av endringsarbeidet må organiseres slik at alle i sykehjemmet får et klart eierforhold til idégrunnlaget endringsprosessen bygger på.

Vi kan tydelig peke på noen verdier som synes å være felles:

Sykehjemmet skal organiseres slik at menneskene som bor her og de som arbeider her får muligheter til å utvikle seg i fellesskap. Man må

ta vare på de ansatte og premiere lojalitet og interesse. Det skal merkes at de ansatte er investeringsverdige. Først og fremst vil man kunne vise dette ved å legge til rette for at deres erfaringskunnskap, får stå i sentrum for forandringene. Dette gjelder såvel de fysiske, de organisatoriske som de mellommenneskelige aspektene.

### "Optimaliseringsprosjektet ved Ullevål sykehus"

Etter å ha drevet et omfattende arbeid med arbeidsmiljøkartlegginger og endringstiltak satt en igjen med mye "overskuddskunnskap". Gjennom flytanalyser og arbeidsprosesskartlegginger hadde de ansatte og ledere i avdelingene produsert et sett av antakelser om hva som ville bringe en samtidig forbedring av arbeidsmiljø og kvalitet i det pasientrettede arbeidet.

Sosialdepartementet ved utviklingsenheten SME støttet noen enheter med midler til å prøve ut sine antakelser i forsøk som skulle gå over 3 år. Forskere deltok som prosessveiledere og tilretteleggere.

Gjennom konkrete endringer i alt fra fysisk tilrettelegging til organisering av arbeidet og utvikling av nye mønstre for samspill fikk man viktige resultater: sykefraværet ble redusert, produktiviteten økte og en viss bedring i stabiliteten ble oppnådd. En utviklet konkrete modeller for å håndtere uønskede variasjoner i driften. Personalet medvirket aktivt i å utvikle modeller for å håndtere vanskelige situasjoner. Dette omfattet f.eks. måter å møte pålegg om redusert drift i perioder på grunn av innsparingstiltak som "alle" måtte ta sin del av. Avdelingenes personale ga gode evalueringer, og også fra pasienter var reaksjonene positive.

Men, ikke alle ledere var like interessert i dette.

I en avdeling kom arbeidet med forsøket ikke igang, og selv om man i starten hadde støtte fra toppledelsen, medførte ny ledelse at støtten falt bort.

### Ny design av hjemmetjenester: Grensesetting gjennom team

Det ene eksempelet er hentet fra Nordland/Troms og omfatter hele pleie- og omsorgssektoren, det andre er fra en bydel i Oslo og omfatter den hjemmebaserte tjenesten. Begge prosjektene anvender aspekter av teori og tenkning knyttet til aksjonsforskningstradisjonen i

en endringsprosess. Pleie- og omsorgssektoren i kommunene får stadig overført nye oppgaver, og målene for prosjektene er å skape en mer effektiv tjeneste og å bedre det psykososiale arbeidsmiljøet for de ansatte.

*Hvordan hindre at omsorgsarbeidets organisering tapper omsorgen?*

Psykologen Inger Margrethe Svendsen beskriver noen av utfordringene fra sine forsknings- og utviklingsprosjekter i hjemme-tjenesten. Hun betoner at de to dimensjonene "kvinner" og "omsorgs-verdier" må få konsekvenser for hvordan organisasjonene utformes. Individuell støtte må bygges inn i organisasjonsstrukturen og konkret kan dette innebære at organisasjonen bør bestå av selvstendige, tverrfaglige team. For det andre har kvinner i stor grad knyttet sin identitet og sine ambisjoner til å kunne gi omsorg. Dette understreker et behov for å tenke alternative organisasjonsmodeller innen omsorgssektoren. For det tredje er dette et hardt arbeid både fysisk og psykisk. Omsorgsarbeid representerer et arbeid uten grenser. Dette peker på behovet for å utvikle organisasjonsstrukturer med mulighet til felles forståelse av samarbeid, variasjon og læringsmuligheter.

Yrkene innen omsorgssektoren er preget av å *gi*. Behovet for å *få* kan dermed bli stort. Dette kan f.eks. gi seg utslag i en enorm hunger etter kurs og videreutdanning, behov for variasjon som bryter gjentakende aktiviteter osv. Det er mulig å tenke seg at selve arbeidsorganisasjonen er årsaken til maktesløsheten, nedsliting og behov for å gjøre noe annet. Slike miljøer kommer ofte inn i en ond sirkel som det kan være vanskelig å bryte. Hvis redselen for maktesløsheten blir det styrende prinsippet i en organisasjon, får man et system som holder på den strukturen som eksisterer - de ansatte vet hva de har, men ikke hva de risikerer ved endringer. Medvirkning, desentralisering og fleksibilitet kan bli en trussel mot det stabile, trygge og forutsigbare.

I virksomheter der usikkerheten og hjelpeløsheten er dominerende blir det viktig å skape arenaer der erfaring i å *mestre* blir mulig. Det er ofte gjennom erfaringen i å mestre nye situasjoner at personene i organisasjonen tør å åpne for ytterligere endringer. Slike endringer kan skape motstand hvis ikke individene i virksomheten vet at de fortsatt vil være viktige personer.

En nokså vanlig side ved arbeid med omsorg er å oppleve utbrenthet. Dette er det selvfølgelig ønskelig å gjøre noe med. Men det å endre en omsorgsorganisasjon som "foredler omsorg" kan fremstå som dramatisk på minst to måter. Endringen kan bidra til forandring av den kvinnelige identitet samtidig som endringen kan føre til en ny organisasjonsmodell med andre samarbeids- og ansvarsformer. Utbrenthet kan betraktes som et resultat av at organisasjonen ikke er strukturert på måter som gjør det mulig for de ansatte å både ivareta seg selv og brukerne av tjenestene. Det er mulig å tenke seg at organisasjoner som forvalter omsorg må organiseres på andre måter enn virksomheter som forvalter annet "metall". Det er mulig at disse organisasjonene må ha større rom for variasjon i arbeidsoppgaver og for at folk skal jobbe i team. Dette kan gi avlastnings- og læringsmuligheter av en helt annen karakter enn når oppgaveløsningene er spesialiserte og de løses alene. I organisasjoner der arbeidsoppgavene er uten grenser er det viktig å organisere inn grensesetting.

Svendsen tar opp problemstillinger og faser i prosjektet "Utviklingsarbeid innen pleie- og omsorgssektoren i Evenes, Tjeldsund og Skånland". Kommunene er relativt små, men med en betydelig administrasjon. Det viser seg vesentlig å utvikle fleksible og effektive samarbeidsorganer. Disse organiseres i forhold til arbeidsoppgavene som skal utføres, uten at det medfører mer byråkrati og administrasjon. Samarbeidsordninger må dermed etableres på tvers av kommunegrensene.

Prosjektet som helhet omfatter arbeid på tre nivåer:

- 1) Utvikling av strategiske allianser gjennom erfaringsnettverk på ledernivå.
- 2) Etablering av nettverk med forankring i hver kommune som utvikler samarbeid både i forhold til ressursbruk og økt læringsmuligheter for de ansatte.
- 3) Konkrete utviklingsprosesser innenfor enkelte institusjoner.

Kartlegging viste behov for mer kompetanse, bedre kommunikasjon, ønske om mer varierte jobber og et bedre samarbeid både innen hver kommune og mellom kommunene. Temaer som viste seg å være aktuelle for prosjektarbeid var problemer knyttet til samarbeid mellom den åpne og den institusjonaliserte sektoren. Dessuten var det

interesse for å se nærmere på rutiner innen institusjonene. En av kommunene ønsket også å gå nærmere inn på ett sykehjem. Det ble poengtert at nærmere samarbeid mellom kommunene var ønskelig i forhold til felles bruk av personell, opplæring og faglig samarbeid og læring.

På det interkommunale nivået var målet å øke kompetansen i hele sektoren for alle tre kommunene. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe som har utarbeidet en handlingsplan for innholdet i samarbeidet mellom kommunene. Det har fremkommet mange ideer i forhold til samarbeid; bruk av samme hjemmehjelpere over kommunegrensene, felles plan for sykepleiefaglig veiledning, hospitering hos hverandre, mulighet for felles avlastningsplasser når presset på en institusjon blir for stort, bruk av faggrupper på tvers av kommunene og ideer om felles vaskeritjeneste og matombringing. Når det gjelder den ene konkrete institusjonen er dette et prosjekt knyttet til den daglige driften og de strukturelle forholdene. Prosjektet omfatter hele virksomheten: alle ansatte og beboerne.

Det interkommunale prosjektet representerer en nyvinning gjennom etablering av nettverk innen omsorgssektoren.

#### *Bydelen*

Hjemmetjenesten i en bydel i Oslo viste en annen variasjon over samme tema: grensesetting og mestring. Bydelen var i gang med en organisasjonsendring, men ønsket profesjonell bistand. Prosjektet startet med en gjennomgang av arbeidsoppgavene i organisasjonen.

Den oppgavebaserte organisasjonsmodellen tar utgangspunkt i oppgavene og lar modellen skapes ut fra disse. Organisasjonsmodellen vokser så og si ut fra oppgavene. Dette kan skape effektive og fleksible organisasjonsmodeller. På denne måten skapes også en felles forståelse for oppgavene og et samspill som støtter opp om oppgaveløsninger. Oppgavene må sees i relasjon til brukernes behov. Det er viktig at medarbeiderne selv er med på å utarbeide standarder slik at innholdet passer til det organisasjonen skal utføre, det er de som sitter med kunnskap om den praktiske utførelsen.

Alle yrkesgruppene ga bidrag til hvordan de vurderte situasjonen i dag og fremover og det tegnet seg etterhvert et bilde av hjembaserte tjenester. Ved å skape stor avstand mellom det nivået som utøver en



oppgave og det nivået som kan ta en beslutning knyttet til oppgaven, står vi i fare for å lage tungroddede og byråkratiske organisasjoner. Ved slike hierarkiske organisasjonsformer lager vi et skille mellom arbeidsoppgaver på den ene siden og ansvar/kontroll på den andre. Dette lager fort "kontrollmani", understreker Svendsen.

Både den hjembaserte tjenesten og flere andre organisasjoner er kjennetegnet ved at koordinering helst skjer på nivået over. På denne måten har vi en tendens til å lage unødvendige hierarkiske beslutningsnivåer. Hierarkiske organisasjoner har også en tendens til å ese ut på det administrative nivået. Dette kan ofte skje uten at oppgavene har økt i omfang eller kvalitet. Det skjer rett og slett som en konsekvens av at administrative aktiviteter skaper behov for mer administrasjon, som skaper behov for ytterligere tiltak på det administrative nivået. Hvis man skaper nærhet mellom oppgaver og beslutninger skaper man samtidig betingelser for at personer kan ta mer ansvar, og for at de opplever større grad av ansvar og stolthet knyttet til arbeidet.

Ved siden av oppgavebeskrivelser ble de ansatte også bedt om å gi uttrykk for positive og negative faktorer ved den hjembaserte tjenesten. Dette ble i sin tur sett i forhold til den organisasjonsstrukturen som eksisterer, for deretter å skape en ny struktur som ivaretar flyt, fleksibilitet og de ansattes behov på en bedre måte.

Å mobilisere de ansattes innsikt og ressurser direkte i omstillingsarbeidet på alle nivåer skaper betingelser for en arbeidsform basert på medvirkning og samarbeid. Samtidig gir det mulighet til en lokalt tilpasset organisasjonsform.

Det ble poengtert at det var viktig å skape en helhetlig tjeneste der hver enkelt så seg selv i forhold til et samlet opplegg. Målsetting må ses i forhold til de behovene en bruker har, slik at tjenesten organiseres rundt brukeren. På denne måten står på en måte brukeren i sentrum og organiserer oppgavene.

#### Lokale forhold - avgjørende

Pleie- og omsorgssektoren står generelt overfor utfordringer av ensartet karakter; økende krav til medarbeiderne på grunn av økt kompleksitet innen sektoren. Å mestre disse kravene krever kunnskaps-

baserte organisasjoner med desentralisert struktur og effektiv flyt av informasjon.

Det rettes nye forventninger og krav til samarbeid mellom kommuner, etater og profesjoner. Sektoren tillegges nye arbeidsoppgaver som krever organisasjonsformer som kan løse utfordringene så optimalt som mulig.

De to prosjektene innen hjemmetjenesten har utviklet seg forskjellig på grunn av ulike lokale forhold. Med medvirkningsbaserte endringsprosesser blir lokale forhold avgjørende, men tidsaspektet er også en faktor som er svært sentral.

Omsorgssektoren er kompleks og dette bør få konsekvenser for organiseringen av virksomhetene. Organisasjonsvirksomheter bør organiseres på måter som gir de ansatte støtte, læring og mestringsopplevelser. Systemene bør organiseres i tverrfaglige team på grunnlag av de arbeidsoppgaver som skal utføres slik at beslutninger i større grad tas der oppgavene utføres. Dette kan skape mer fleksible, effektive og levelige organisasjoner både for de ansatte og for de menneskene som er avhengige av tjenestene.

## 11.9 Pleie - og omsorgssektorens utdanninger

I kjølvannet av organisering og utvikling av behandlings- og omsorgstiltak er det vokst fram en bred og profesjonsorientert utdanningssektor. Sektoren preges av at en rekrutterer og utdanner personale gjennom spesialiserte utdanninger, og yrkene i sektoren er tallrike og bygger på ulike faglige tradisjoner. Vernepleiere og omsorgsarbeidere, rehabiliterings-personale som fysioterapeuter og ergoterapeuter, hjelpepleiere og sykepleiere danner sammen med aktivtører og en rekke andre grunnstammen i sektorens profesjonsflora. Men også andre viktige personellgrupper som sosionomer, tilsynsleger, psykologer og spesialiserte hjelpe- og sykepleiegrupper hører med. En sentral del av de mange tiltakene utgjøres av personale som arbeider med renhold og hygiene og matlaging på høyt nivå utføres i storkjøkken og i ulike kantiner. Men også vaktmestere og

handverkere sammen med administrativt personale trengs for at driften skal være preget av vedlikehold og lovformelig drift.

*Framtidsrettet forsøksvirksomhet må åpenbart ivareta utdanningenes behov for ny forståelse av forholdet mellom arbeidsorganisering, arbeidsmiljø og arbeidshelse.*

Det er fremsatt forslag om å utvikle undervisnings-/forsknings-sykehjem og for dette tiltaket må en forvise seg om at arbeidsmiljødimensjonen blir sentralt ivaretatt.

Følgende modell er nå under utprøving:

### Undervisningssykehjems-modellen

Etablering av Undervisningssykehjemsmodellen er lansert av Marit Kirkevold, professor ved Institutt for sykepleievitenskap, Det Medisinske Fakultet, Universitetet i Oslo (ISV) som ett bidrag til en løsning av utfordringene i den kommunale helse- og sosialtjeneste. Prosjektet har hovedfokus på pleie- og omsorgsarbeidet i sykehjemmene. Antagelsen er at *bedret pleie, omsorg og behandling av sykehjemsbeboere best kan skje ved å satse på kompetanseutvikling, fagutvikling og forskning i den settingen der omsorgsarbeidet foregår*, i nært samarbeid både med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Undervisningssykehjem er, i likhet med universitetssykehusene, tenkt drevet ved at det etableres et forpliktende samarbeid på tvers av kommune-, høyskole- og universitetssektoren i de fire universitetsbyene Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo. Ett sykehjem på hvert sted velges som kjerneinstitusjon, og utgjør en hjørnestein i Undervisningssykehjemsmodellen. Her etableres det et aktivt undervisnings-, kompetanseutviklings-, forsknings- og fagutviklingsmiljø ved blant annet oppretting av kombinasjonsstillinger mellom sykehjem/kommune og høyskole og sykehjem/kommune og universitet. En forutsetning er at sykehjemmet ikke må betraktes som en isolert enhet, men som en del av kommunens totale helse- og sosialtjeneste.

Den overordnede hensikten med Undervisningssykehjemsmodellen er å bidra til økt kvalitet på det totale omsorgstilbudet, primært ved å øke sykehjemmets forutsetninger for å gi pleie, omsorg og behandling av

høy kvalitet og samtidig være et godt "hjem" for de som bor der over kortere eller lengre tid.

Sentrale oppgaver for undervisningssykehjemmene blir:

- å utrede hvilke kvalifikasjoner personalet må ha for å kunne gi et helhetlig og individuelt tilpasset omsorgstilbud til de klientellet i sektoren
- å sørge for kompetanseheving, i form av etter- og videreutdanning, i overensstemmelse med kvalitets- og kvalifikasjonskravene
- å utprøve organisasjons-, bemannings- og pleie/behandlingsmodeller som sikrer tilfredsstillende kvalitet og reduserer turnover
- å utvikle en adekvat kunnskapsbase om hvordan ivareta eldre hjelpetrequendes grunnleggende behov på en individuelt tilpasset måte

Spørsmålet om kvalitet kan ikke sees adskilt fra de kvalifikasjoner som er tilstede hos personellet som skal forvalte tjenesten. Det er i for liten grad tilrettelagt muligheter for at fagpersonellet kan oppgradere seg til å kunne ivareta sykehjembeboernes stadig mer komplekse og hjelpetrequende situasjon. Sykehjemmene har i tillegg en stor andel ufaglærte hvor det ikke er utviklet strukturerte programmer for nødvendig opplæring.

Økt kvalitet henger nært sammen med rekruttering. Sykehjemmene har hatt et alvorlig og vedvarende rekrutteringsbehov over lang tid. En av forklaringene er trolig den lave prestisjen knyttet til arbeid innen eldreomsorgen. Dette kan skyldes at eldreomsorg er lite fokusert i utdanningen, relativt ustabil arbeidsmiljø med stor gjennomtrekk og høyt langtidssykefravær. Arbeidet ved sykehjemmene er forbundet med vanskelige arbeidsforhold, vanskeligheter med å fylle stillingene med riktig kvalifisert personell, lav bemanning, turnusarbeid og liten mulighet til faglig utvikling. De som rekrutteres til ulike stillinger i pleie- og omsorgssektoren har i økende grad en flerkulturell bakgrunn, noe som vil kreve økt fokusering i årene fremover. En annen sentral faktor i denne settingen er behovet for å øke kunnskapen om arbeidsvilkår i forhold til kvinnearbeidsplasser.

Følgende faktorer anses å være nødvendige forutsetninger for å yte god pleie, omsorg og behandling:

- basiskompetanse tilpasset de komplekse oppgaver som skal ivaretas ved sykehjemmene
- et stimulerende miljø som sikrer kontinuerlig kompetanseheving og fagutvikling
- et godt arbeidsmiljø som ivaretar personalets behov for personlige, sosiale og faglige utfordringer og utvikling

Disse faktorene har en direkte og indirekte innflytelse på den pleie, omsorg og behandling som ytes, noe som igjen vil påvirke de resultater som oppnås.

For å evaluere Undervisningssykehjemsmodellens effekt, må en vurdere endringer både i de valgte strukturelementene (kompetanse og arbeidsmiljø), samt vurdere i hvilken grad de influerer på den pleie, omsorg og behandling som ytes og på de resultater som oppnås. For å sikre en spredning av den kompetanse og kunnskap som utvikles ved de fire Undervisningssykehjemmene, arbeides det med å etablere regionale og nasjonale nettverk .

### 11.10 Bidrag til forankring i felles verdier

Historien om pleie- og omsorgssektorens vekst og utvikling er moderne kvinnehistorie: historien om hvordan det som var kvinners ulønnede arbeid i familien nå forvaltes av kvinner med arbeidskontrakt i arbeid med å øve omsorgsgjerning overfor mennesker de ikke er i slekt med eller behøver å ha andre enn profesjonelle bånd til.

Men fortsatt er arbeidet med mennesker rammet inne av en kulturs forventninger til kvinners adferd og deres doble- eller trippel-roller. "The sky is the limit", med andre ord kulturens og den internaliserte kvinnekulturens disponerthet for å fremkalle skyldfølelse/dårlig samvittighet er en følt realitet i mange sammenhenger.

#### Genusperspektivet hjelper oss til å se det verdifulle i forskjeller mellom menn og kvinner

Inntil 1970-årene var Norge sammen med Nederland det samfunn i Europa hvor størsteparten av de gifte, voksne kvinnene var hjemmearbeidende. I løpet av en generasjon er dette bildet snudd helt om, i dag er Norge ett av de land i Europa der størst andel av gifte/samboende kvinner er i hel- eller deltidsarbeid. Men samtidig og antakeligvis på grunn av den samme velferdsstaten har vi også en av de høyere reproduksjonsratene. Det ser altså ut til av vi vil ha *alt*, vi vil ikke velge bort hverken arbeid eller barn, og vi setter krav til at det arbeidet vi utfører skal være preget av respektfullt kvalitetsarbeid. Arbeidslivet på sin side har utvist treghet når det gjelder å endre sine normgivende forestillinger av hvem arbeidstakeren er og hva som er krav i arbeidet, hvordan ulike typer av anstrengelser og ytelser skal belønnes. I dag er det flere kvinner enn menn som utfører tungt fysisk arbeid, og disse jobbene er ofte å finne nettopp i pleie- og omsorgstjenesten.

Arbeidervernet er mye bygget på forestillinger om menns arbeid i fabrikken og verkstedet, til sjøs og bak rattet. Ny kunnskap forteller oss om betydningen av å samtidig skulle ta tunge tak og skape en god emosjonell ramme rundt det arbeidet som utføres. I omsorg og pleie er det vi kaller relasjonelle forhold avgjørende, det dreier seg om relasjoner til brukere og deres pårørende, men det dreier seg også om relasjoner innenfor arbeidsgrupper, lag eller team som er avhengige av

å spille på parti utfra en felles forståelse av mål, kvalitet og omfang av oppgavene. Det dreier seg altså om å forstå og ta konsekvensene av at pleie- og omsorgsarbeidet utfordrer mange tilvante forestillinger om arbeid og hva som er godt arbeid, krevende og vekstfremmende arbeidsmiljø. Forestillinger om arbeid har medført at kvinners helse i arbeid er dårlig forstått, ikke bare deres reproduksjonshelse, men også deres øvrige helseutfall.

Det kan være et relevant spørsmål å stille om de institusjonene vi har sett på hadde sett annerledes ut dersom det hadde vært Fredrick og ikke Florence som var rollemodellen...

Alt dette har ligget utrederne på sinnet i arbeidet som de anser som en viktig anledning til å reflektere over hvordan man må mobilisere til ny forståelse som en grunnleggende forutsetning for et bredt forsøksprogram. Snarere enn å bare fokusere på forsøkene og deler av idégrunnlaget i dem, dreier dette seg om verdi og holdningsskapende prosesser som må *nå* også dem som ikke har utført og heller aldri kommer til å utføre et eneste timeverk i pleie og omsorg.

Dette rokker også ved noe av grunnvolden i den ideologi om verdiskapning som er fremherskende i samfunnet og som betoner vareproduksjon og konsum av materielle goder som motoren i utvikling. En tydeliggjøring av den produktivitet som skapes i det human-økologiske system er altså sentralt i utgangspunktet.

#### **Forsøk for kunnskap, forsøk for praksis og forsøk for verdiskapning/verdiforankring**

Siden vi altså fortsatt ikke har sikker kunnskap, må en del av den forsøksvirksomheten som settes igang være lagt opp slik at den frembringer ny og etterprøvbar kunnskap, med andre ord at det kan sees i sammenheng med våre forskningsbestrebelse. Vi vil foreslå å vurdere et samarbeid med NFR og "Helse i arbeidslivet"-programmet, men også med høyskoler som utdanner personell til sektoren.

Videre må forsøkene være praksisrelaterte og bidra til å valorisere den erfaringskunnskap og det praksisfeltet vi vender oss mot.

Til sist, og ikke minst, må forsøkene også kunne bidra til verdiforankring. Dermed kan vi ta vare på og skaper bedre forutsetninger

for at de som arbeider i sektoren kan oppleve en klarere harmoni mellom det etiske sinnelaget som ligger i samfunnets og kvinnekulturens arv på området og de praktiske mulighetene i daglig virke.





## Referanser

- Bull, E. (1979): *Norgeshistorien*, Bind 14. Oslo: Cappelen Forlag.
- Daatland, S.O. (red) (1997): *De siste årene: Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95*. Rapport 22/97, Norsk institutt for forskning om oppvekst og aldring, Oslo.
- Forum for organisasjonsutvikling (1998): *Forum for organisasjonsutvikling i sykehus*, utkast til strateginotat 5. Januar 1998.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967): *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Gustavsen, B & Sandberg, Å. (1984): *Forandringsprogram i arbeidslivet, några svenska och internationella erfarenheter av forskningsmedverkan*. Arbeidslivcentrum, Stockholm.
- Hellevik, O. (1991): *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hetle, A., Sørvig, R. & H. Heen (1997): *Hjem - Utviklingsarena - Arbeidsplass. En evaluering av erfaringer med alternative arbeidstidsordninger ved fire barnevernsinstitusjoner*. Rapport 5/97, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Heen, H., Johnsen, E., Opdahl Mo, T. & H. Lurås (1996): *Forsøk med fastlegeordning: Evaluering av et forsøk i fire kommuner*. Rapport 2/96, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Ledford, C. et al. (1995): *Creating High Performance Organizations*. San Fransisco: Jossey Bass Publishers.
- Norheim Larsen, T. & G. Seierstad (1998): *"Polaroidbilde" av kommune-Norges alders- og sykehjem*, Rapport til trykking 1998, Arbeidsforskningsinstituttet, Oslo.
- Olsson, B. (1994): *Kortere arbeidsdag - en vag till et mer ekologisk arbeidsliv?* Dr.gradsavhandling, Foretaksekonomisk institution, Stockholms Universitet.
- Philips, M.E. (1997): *Forskning inom samveransprogrammet: Sjukvårdens arbetsmiljö - ett utvecklingsprogram*. Arbeidsnotat 12/97 Arbeidslivsinstituttet, Solna.

- Slagsvold, B. (1989), *Knapphet som ramme for forandring: Omorganisering av sykehjemsposter*. Rapport 1/89, Norsk gerontologisk institutt, Oslo.
- Yin, R. (1984): *Case study research*. Beverly Hills: Sage Publ.

"Arbeid og arbeidshelse i  
pleie- og omsorgssektoren"

**Del III:**

**Forslag til en evaluering**



# 12

## Forslag til en evaluering

### 12.1 Innledning

I forbindelse med forslaget om å utarbeidet ulike modellforsøk som skal iverksettes blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren, har prosjektgruppen blitt bedt om å komme med forslag til en evaluering. Det eksisterer ulike tradisjoner innenfor evalueringsforskning og hvilke evalueringsmodell man velger vil være avhengig av hva som skal være formålet med evalueringen. I denne presentasjonen skal vi derfor gi en kort oversikt over de ulike evalueringsmodeller før vi foreslår et konkret evalueringsopplegg for modellforsøkene.

#### Definisjon og klassifisering av evalueringer

Evaluering kan defineres som en prosess hvor man bestemmer verdien av noe, eller som Scriven sier det: "Evaluation is the process of determining the merit, worth and value of things" (Scriven 1991, s 1). Ut fra denne definisjonen blir evaluering en aktivitet som vi alle kontinuerlig foretar<sup>2</sup>, men vanligvis brukes betegnelsen på *samfunnsvitenskapelig baserte arbeid som skal vurdere og verdsette noe*. Dette "noe" kan være svært mye forskjellig: Prosjekter, prosjektforslag, organisasjoner, prosesser, programmer, personell, offentlige reformer, undervisning og undervisningsmateriale for å nevne noe av det som er vanlig å evaluere. Når vi diskuterer evaluering generelt brukes gjerne begrepet *evaluand* om det "noe" som evalueres.

---

<sup>2</sup> Dette er Scrivens posisjon. Han ser på evaluering som en basis vitenskap på tvers av alle vitenskaper, og mener at evaluatorene skal forsøke å bygge en evalueringsteori som er gyldig i all sammenhenger, også i teknologiske eller naturvitenskapelige sammenhenger. Scriven er imidlertid nokså alene i sitt syn på evaluering som en universalvitenskap.

I denne teksten vil vi gjøre den vanlige avgrensningen, evaluering her betyr en eller annen form for vurdering av et fenomen ved hjelp av arbeidsformer fra anvendt samfunnsvitenskap og humanistiske fag. Slik evaluering er en forholdsvis ny form for anvendt forskning. Vanligvis regner man intelligensstudiene på begynnelsen av dette århundret som de første evalueringsstudier (Rossi & Freeman 1985, Guba & Lincoln 1989, Shadish, Cook & Leviton 1991). Virkelig fart i evalueringen ble det imidlertid ikke før etter andre verdenskrig, mot slutten av femtiårene og i begynnelsen av sekstiårene. Utviklingen av det amerikanske skoleverket og President Johnsons sosiale program (War on Poverty) ga grunnlaget for en boomperiode i amerikansk evaluering. Fra midten av sekstitallet var det rimelig å snakke om evaluering som en aktivitet innenfor samfunnsforskning i USA, en aktivitet som bare har økt siden den tid. Fra et opprinnelig skole og undervisningsfokus har evaluering spredd seg inn til felt som industriutvikling, helsevesen, organisasjonsutvikling, forbrukerprodukt (konsumerisme regnes av noen som evaluering) og en rekke andre. Det er antakelig vanskelig i dag å finne et felt hvor evaluering ikke har blitt tatt i bruk.

Utviklingen i Europa har i stor grad fulgt utviklingen i USA, men noe forsinket. Evaluering kom ikke til Europa som begrep før på slutten av syttitallet, begynnelsen av åttitallet. Eksakt når varierer fra land til land (Vedung 1992), og er også litt avhengig av hva man regner som evaluering. Spesielt i de skandinaviske land har flere påpekt at man foretok forskningsbaserte aktiviteter som kunne vært kalt evaluering lenge før man ble kjent med begrepet evaluering (Vedung 1991, Vislie 1987, Hansson 1995). Utredninger, studier og konsekvens-analyser er begrep som ble benyttet om aktiviteter man i dag ville kalt evaluering. Da begrepet kom til Skandinavia på 1970-tallet fungerte det imidlertid som en "semantisk magnet", og samlet i seg en rekke ulike aktiviteter og praksisformer for å vurdere verdien av noe (Vedung 1997).

Uansett når en startet med evaluering, er det i dag en aktivitet i rivende utvikling. Det foretas flere og flere evalueringer, og det skrives og teoretiseres mer og mer. Å katalogisere og beskrive dette fagfeltet er i dag en stor oppgave, og det er klart at det finnes mange mulige klassifiseringer som gir mening. De fleste lærebøker foretar også slike klassifiseringer, men det er vanskelig å finne noen form for

klassifisering alle er enig i. Eksempelvis foretar Guba og Lincoln en klassifisering etter generasjon og finner fire hovedgenerasjoner (Guba & Lincoln 1989), Shadish og medforfattere (1991) klassifiserer evaluering etter fem hoveddimensjoner, andre klassifiserer evaluering etter evalueringssubjekt: Program evaluering, produktevaluering, personell evaluering, evaluering av effekten av lover, evaluering av undervisning osv. Flere andre klassifiseringer finnes, for eksempel etter evalueringstidspunkt (før, parallelt med eller etter den aktivitet som evalueres), evalueringens formål eller at forskningsmessige metoder anvendt.

Vi skal se nærmere på de to siste klassifiseringene, det vil si etter formål og metode. Begge er vanlige måter å klassifisere evalueringer på, de er hensiktsmessige i de fleste evalueringer og historisk har det gått svært store debatter blant evaluatorene om fordeler og ulemper ved ulike hensikter og ulik metodebruk i evalueringen.

## 12.2 Klassifisering av evaluering etter formål

### Formativ og summativ evaluering

Evalueringer kan (grovt sett) sies å ha to hovedformål:

- a) Finne frem til handlinger man kan utføre for å utvikle og forbedre evaluanden
- b) eller måle resultater av evaluandens aktivitet i ettertid.

Dersom man legger vekt på det første formålet snakker vi om en *formativ* evaluering. Legger man vekt på det andre er formålet har man en *summativ* evaluering. Skillet mellom formative og summative evalueringer kan metaforisk uttrykkes slik: Når en kokk smaker til suppen gjør hun en formativ evaluering. Når gjesten smaker på suppen er det en summativ evaluering.

De to begrepene kan imidlertid være problematiske på et par områder. For det første er det svært mange som blander sammen tidspunkt for evaluering med evalueringens formål. I den forbindelse antar man at formative evalueringer foregår mens noe pågår, mens summative evalueringer skjer i ettertid. Dette er vanlig, men ikke nødvendigvis riktig. Man kan tenke seg evalueringer som skjer etter at en aktivitet

har foregått som har til formål å forbedre en tilsvarende aktivitet som foregår, og man kan tenke seg evalueringer som utføres parallelt med den aktivitet som evalueres som bare ser på resultat (Chambers 1994).

I dette ligger det andre hovedproblemet med begrepene, når vi ser nærmere på hva evalueringer er, er det egentlig umulig å tenke seg en evaluering som ikke er samtidig formativ og summativ (Torvatn 1994). Å gjennomføre en summativ evaluering som ikke har til hensikt å utvikle noe (om ikke annet lære noe for et fremtidig tiltak) er meningsløst. Like vanskelig er det å tenke seg at man evaluerer for å utvikle noe, uten at man samtidig forsøker å forbedre de resultatet som evalueringsobjektet oppnår i fremtiden. Alle evalueringer har derfor både formative og summative komponenter, men hva som vektlegges i den enkelte evaluering vil variere.

Et tredje hovedproblem med skillet mellom formative summative evalueringer er at svært mange har knyttet de to evalueringsformene til bestemte metoder. Tradisjonelt har man koplet eksperimentelle metoder og summativ evalueringer, og på tilsvarende vis naturalistiske metoder og formativ evaluering. Dette er imidlertid en overforenkling. Man kan godt tenke seg eksperimentelle evalueringer som en del av et større formativt design, på samme måte som ulike naturalistiske metoder er svært opptatt av å vurdere resultater. Evaluatorene som har vært opptatt av naturalistiske metoder har ignorert summativ evaluering, og oversett dette aspektet av evalueringer, eller mer presist fokusert på prosessen på bekostning av resultat. På samme måte har mange eksperimentelle evaluatorene kun fokusert på resultat, og ikke på prosessen. Selv om man i de senere år har blitt mer bevisst på behovet for å se på både resultat og prosess er det utviklet få metoder som håndterer begge.

#### Hvorfor er det hensiktsmessig å skille mellom formativ og summativ evaluering?

Til tross for problemene kan det være hensiktsmessig for en oppdragsgiver å skille mellom evalueringer som formative og summative. Begrepene er innarbeidet i evalueringsmiljø, de forteller oss hva man legger hovedvekten på i den enkelte evaluering, utvikling og forbedring, eller oppsummering og resultatmåling. Det er viktig for oppdragsgiver og evaluator å avklare dette tidligst mulig i en prosess,



slik at ikke evaluator starter med en større prosessevaluering når oppdragsgiver ønsker fokusering på resultat.

En annen årsak til at man bør skille mellom formativ og summativ evaluering er at evaluatorens rolle er ulik i de to evalueringsformene. I en formativ evaluering vil evaluator gjerne arbeide nært med personer tilknyttet evalueringsobjektet, gi dem tilbakemelding om sitt arbeid og løpende komme med forslag til forbedring. Evaluatoren blir i slike tilfelle en deltaker i det som evalueres, med hovedoppgave å forbedre og utvikle evalueringsobjektet. Evaluatoren arbeider som lærer. I en summativ evaluering vil evaluator gjerne ha litt avstand til det som evalueres. Hun skal prøve å identifisere resultater, og avklare om de er en følge av det som har skjedd i evalueringsobjektet. Evalueringsoppgaven er mye mer detektivarbeid i en slik situasjon, der evaluatoren først identifiserer hva som har skjedd og så finner ut hvem som har "skylden".

Endelig har ulike evalueringsmiljø ulik kompetanse og erfaring på formativ og summativ evaluering. Det er mulig å kombinere formative og summative evalueringer, men det kan være vanskelig å finne miljø som har kompetanse på begge former for evaluering. Gitt at rollene er såpass forskjellig kan det også være vanskelig av rent habilitetsmessige årsaker å kombinere formative og summative evalueringer.

En løsning som har vært brukt har vært å skifte evalueringsmiljø underveis, slik at et miljø har ansvaret for den formative evalueringen, et annet for den summative.

### 12.3 Evaluering klassifisert etter metode: Eksperimentelle versus naturalistiske metoder

En av de aller lengste og mest prinsipielle debattene i evalueringsteori har dreid seg om hvilke metoder en evaluator skulle bruke. Hovedskillet har gått mellom tilhengerne og motstanderne av eksperimentelle metoder i samfunnsforskningen. Tilhengerens argument har vært at bare gjennom eksperiment (til nød kvasieksperiment) kan man få sann og generaliserbar kunnskap om det man evaluerer, mens motstanderne har hevdet at eksperimentet verken gir sann eller generaliserbar kunnskap, og tvert i mot står i veien for å utvikle

kunnskap som kan brukes av dem det gjelder på det tidspunkt de har bruk for den.

Ingen av partene kan sies å ha vunnet i betydningen overbevist sine motstandere om at de tar feil. Debatten pågår stadig, til tross for flere forsøk på å etablere "fred", og ingen har lyktes i å etablere noe integrerende perspektiv. Det er imidlertid klart at de ikke-eksperimentelle, eller naturalistiske evaluatorene relativt sett har vunnet terreng. Flere og flere naturalistiske evalueringer blir gjennomført, og det skjer en sterkere utvikling av teori på dette feltet enn på det eksperimentelle felt. Samtidig viser undersøkelser fra USA at et flertall (70 prosent i 1985) av evalueringene er basert på eller annen form for eksperimentelt metode. Interessant nok klarer ikke evalueringene å leve opp til de standarder eksperimentet setter (Lipse, Crosse, Dunkle, Pollard & Stobart 1985, Chen 1990), men idealene følges stadig.

### Ekspimentelle metoder

Vi kan skille mellom to hovedformer for eksperimentelle metoder:

- Sanne-eksperiment
- Kvasi-eksperiment

De fire hovedretningene (design) ligner svært mye på hverandre. Hovedpoenget i alle design er at man har en gruppe som mottar en eller annen form for "behandling"<sup>3</sup>, mens en annen gruppe ikke gjør det. Deretter sammenligner man tilstanden i mottaker gruppen med tilstanden i "ikke mottaker" gruppen etterpå. En sentral oppgave for evaluator er å isolere eksperimentgruppen mot alle former for påvirkning utover "behandlingen" som kan påvirke resultatet. Et eksempel på mulig påvirkning er naturligvis evaluator selv, derfor skal

---

<sup>3</sup> Ordet behandling har klare medisinske overtoner, men må i denne sammenheng tolkes vidt. Med behandling menes det tilbud som deltakerne i en gruppe får, og hvor med den hensikten med tilbudet er å oppnå et eller annet resultat hos deltakerne. Eksakt hva behandlingen er vil variere veldig. I et program som skal stimulere til økt innovasjon hos deltakerbedriftene kan en "behandling" være alt fra deltakelse på et to timers kurs om nye innovasjonsmetoder til et økonomisk bidrag til bedriftens innovasjon. I et eksperiment må man selvfølgelig sørge for å sammenligne de som har fått samme form for behandling, med de som ikke har fått noe.

evaluator holde seg på avstand fra det hun evaluerer. Dersom man klarer å beskytte seg har man sikret eksperimentets validitet.

Det finnes en rekke ulike eksperimentelle metoder som beskytter mot ulike former for påvirkning. En klassisk design går ut på å dele "populasjonen" i to grupper, en som får behandling (eksperiment gruppe) og en annen som ikke får (kontroll gruppe). Begge grupper blir målt gjennom en pre- og post-test for å finne forskjeller. I en del tilfeller kan man ikke gjennomføre såkalte sanne eksperiment, og man må da bruke kvasieksperiment i stedet. Forskjellen mellom kvasieksperiment og sant eksperiment er først og fremst at kvasieksperiment ikke foregår i laboratorier, og at hvem som får beslutningen om hvem som får "behandling", og hvem som ikke får behandling ikke er tilfeldig i et kvasieksperiment (Cook 1983).

De to metodene har en del likheter utover vekten på "behandlings-gruppe og kontrollgruppe" og kausalitet. Disse likhetene er:

- Evaluator holder en stor avstand til evaluanden for å unngå påvirkning
- En sterk kvantitativ og statistisk orientering
- Evaluator skal være verdinøytral, og målingene må være verdinøytrale
- Det tar tid å gjennomføre denne typen evalueringer
- Hva som skjer under "behandlingen" er ikke tema for evalueringen (Det vil si ingen form for prosess evaluering)
- Det må være en enighet om hva som skal evalueres på forhånd.

Dette er ikke alltid mulig eller ønskelige krav til en evaluering. Det viser seg at det er store problemer med å gjennomføre eksperimenter i praksis, og det er ikke alle situasjoner hvor eksperimenter bør gjennomføres (Devine, Wright & Joyner 1994). Dette har også vært klart for mange evaluatorene fra 70 årene og utover. Som alternativ til eksperimenter har man derfor utviklet naturalistiske metoder.

### Naturalistiske metoder

Naturalistiske metoder er en upresis betegnelse, men dekker alle evalueringer som ikke er eksperimentelle, dvs uten kontrollgruppe. Historisk vokste naturalistiske metoder frem som et alternativ og som motstander av eksperimentelle metoder. Begrunnelsen for å velge naturalistiske metoder var ofte sterkt knyttet til en vitenskapsteoretisk posisjon. Med ulik vitenskapsteoretisk argumentasjon ble eksperimentet forkastet på prinsipielt grunnlag innenfor samfunnsfagene som uetisk, og praktisk umulig å gjennomføre (kan ikke isolere kontroll og behandlingsgruppen), observasjoner som gjøres er teoriladete og ikke verdinøytrale slik det forutsettes i eksperimentet osv.

Opprinnelige var metodene *kvalitative*, gjerne brukt i enkeltstående case hvor man ikke kunne/ville gjenskape forholdene slik at man kunne gjennomføre statistiske analyser av resultatene. I dag vil man finne både kvalitative og kvantitative studier (og kombinasjoner av disse) som naturalistiske evalueringer. Det finnes svært mange naturalistiske evalueringsmetoder, og denne oversikten er på ingen måte komplett. Noen metoder er imidlertid mer kjent, og nedenfor følger en oversikt over tre av de mest interessante i denne sammenhengen:

- Evaluation theory design
- Program logic design
- Aksjonsforskning

*Evaluation theory* (Chen 1990, Weiss 1996) er den naturalistiske evalueringmodellen som ligger nærmest opp til den eksperimentelle. Evaluator skal utvikle en teori og beskrivelse og hypoteser om programmet og teste dem, om mulig kan testene foregå eksperimentelt. Evaluator forventes imidlertid ikke å arbeide i et laboratorium men skal tvert i mot utvikle teoriene sine i fellesskap med det som evalueres, prosessen internt i evaluanden skal studeres, kvalitative data anerkjennes som gyldige og det finnes andre tester for kausalitet enn eksperimentet.

*Program logic* modeller finnes i mange varianter (Rush & Ogborne 1991, Weiss 1996, Finne et al. 1995, Torvatn 1995). Felles i disse modellene er at de forsøker å bygge opp et resonnement omkring evaluandens aktiviteter for å sannsynliggjøre at det er en sammenheng mellom det som har foregått i evaluanden og de resultat man måler.

Kort sagt forsøker evaluator å se hvilke veier man går for å komme fram til målet. Summativ (resultat) evaluering blir da en måling av aktiviteter foretatt, og en vurdering av om disse aktivitetene har ført til ønsket resultat. Det er utviklet en norsk modell for denne formen for evaluering- resonnementkjede- (Finne, Levin og Nilssen 1995, Finne & Torvatn 1995), og dette er en evalueringsmodell som har vært mye brukt på SINTEF IFIM i de senere år.

*Aksjonsforskningsbasert* evaluering er en sterk norsk tradisjon (Baklien 1993, Finne et al. 1995, Torvatn, Forthcoming). Dette er også en interessentbasert og handlingsorientert evalueringsmodell. Her legger man vekt på at evaluator og de som evalueres i fellesskap skal lære av prosessen, og sammen utvikler ny kunnskap som man kan bruke til handling. Sentralt i modellen er å skape arenaer for dialog mellom forsker og andre, hvor man kan lære i fellesskap. Resonnementkjeder og program logikk modeller brukes som verktøy for resultatmåling.

Felles trekk ved disse metodene er følgende:

- Aksept av teoriens rolle i samfunnsforskning. Eksperimentelle design blir ofte rent empiristiske, og uten noen form for teori. Alle naturalistiske metoder vil bruke anvende teori<sup>4</sup> aktivt.
- Prosess, det vil si hva som skjer hos de grupper som skal bli "behandlet" er en viktig del av evalueringen.
- Implementering av "behandling" er viktig for å kunne vurdere verdien av behandlingen.
- Tidsaspektet er viktig: Evaluatoren skal kunne gi svar/antydninger til svar på et tidligst mulig stadie i evalueringen.
- Kvalitative data anerkjent som verdifulle.

---

<sup>4</sup> Teori er primært av tre typer. For det første generell samfunnsvitenskapelig/humanistisk teori, om menneskers oppførsel, motivasjon, om organisasjoner o.l. For det andre teori om det spesifikke subjektet som evalueres. Det vil si at i en evaluering av et program for å stimulere innovasjon er innovasjonsteori aktuell, i en evaluering av sykefraværstiltak er teorier om sykefravær og helse aktuelle osv. Den tredje typen teori man forholder seg til er evalueringsteori, det vil si hvordan planlegge og gjennomføre evaluering, datainnsamling, metode, kommunikasjon av resultater etc.

- Nærhet til oppdragsgiver er verdifullt for å stimulere til læring og bruk av evalueringresultat.

## 12.4 Evalueringsforslag i forbindelse med modellforsøk

### a) Metodiske tilnærminger

Vi vil i det følgende foreslå en integrasjon av evalueringsmetoder. *Metodisk* er trenden i dag at de ulike naturalistiske evalueringsmodellene vinner terreng i forhold til de eksperimentelle. Samtidig arbeider mange hardt med å utvikle ulike former for metoder hvor eksperimentelle metoder er integrert med naturalistiske metoder, for eksempel at pre- og post målinger foretas i tillegg til en prosessevaluering. Det har vært hevdet at en slik integrering er vitenskapsteoretisk umulig (Lincoln 1991), men flere av de sterkeste motstanderne av en slik integrering har i den senere tid revurdert sitt standpunkt (Lincoln & Guba 1994, Greene & Caracelli 1997). I forbindelse med modellforsøkene vil vi derfor foreslå at det foretas en pre måling før tiltakene settes igang og en post måling etter at tiltakene er slutført. Denne metodiske innfallsvinkel anser vi som en fordel fordi en kartlegging at den aktuelle tilstand før et tiltak settes i gang vil bidra til en bedre forståelse av de endringene som registreres etter at tiltakene er slutført (post-måling).

Evalueringsmetodene bør legge vekt på å benytte både kvalitative og kvantitative målinger (metodetriangulering). De kvantitative målingene kan bestå i standardiserte skjemaer som tidligere har vært utprøvd og validert i denne typen studier samt egne lokalt utviklet spørsmål. Kvantitative metoder gir tallmessig oversikt og har stor gjennomslagskraft. De er imidlertid utilstrekkelige dersom en ønsker innsikt og kunnskap om opplevelser som aktørene har fortolket inn i en forståelsesramme (Denzin & Lincoln 1994). Ved å velge både kvantitative og kvalitative målinger vil man forsterke analyse av effekten av tiltakene, og de forutsetninger som er nødvendig for et eventuelt positivt resultat.

### b) Formål med evalueringen

Hva *formål* angår vil vi legge vekt på læring og utvikling i evalueringen, dvs formative evalueringer. Det er flere andre mer generelle årsaker til denne trenden mot naturalistiske og formative evalueringer. En av dem er nok at det er mye vanskeligere å *gjennomføre* et eksperiment enn å planlegge det. En annen er nok den økte bevisstheten på *læring* (inkludert organisasjonslæring) og kontinuerlig utvikling av organisasjoner man har fått i de senere år. Trender fra næringslivet om Total-Kvalitets-Ledelse, organisasjonslæring osv har slått innover andre deler av samfunnet og har gjort at man legger økt vekt på læring i forhold til resultatmåling. Dette favoriserer prosessorienterte tilnærminger, som kan gi hurtig og kontinuerlig tilbakemelding.

Nok en årsak er økende kompleksitet i samfunnet. Det settes i gang langvarige og kompliserte prosjekter og program, som skal utvikles underveis. Når man setter i gang noe slikt regner man ikke med å ha en ideell modell på plass fra dag en, derfor kan evaluatorene bidra med hjelp til forbedringer. Oppsummert har evaluatoren gått fra å være en revisor til å bli en lærer.

For å unngå habilitetsproblem derimot, er det viktig å skille de ulike rollene som forsker eller evaluatoren kan spille i evalueringssprosjektet. I den forbindelse vil vi anbefale en deling av forskerrollen. Dvs at vi kan se for oss ulike forskningsmiljøer i de ulike evalueringsfasene. Ett miljø kan få hovedansvar for den summative/eksperimentelle evalueringen (pre- og post) og et annet for den formative og prosess evalueringen.

I forbindelse med modellforsøkene tenker vi oss derfor en prosess og sluttevaluering, i tillegg til den ovennevnte pre-måling. Evalueringen vil bli organisert etter prinsippene basert på "program logic" og "aksjonsforskning". De viktigste prinsippene er at evalueringen fokuserer på læring og utvikling (ikke kontroll). Samtidig er det avgjørende at det skapes arenaer for dialog hvor problemfokusering og tolkning av resultater kan skje i fellesskap mellom oppdragsgiver, evaluator og eventuelt andre interessenter. Videre er det også viktig at forskerne med jevne mellomrom kommer med innspill og forslag til utvikling som andre aktører kan vurdere og kommentere og eventuelt handle ut i fra.

Som arenaer for dialog foreslår vi at det opprettes en referansegruppe som evaluatorene kan holde kontakt med. Disse møtene må tas sted både før og undersveis i prosjektet. Hensikten med møtene vil være følgende:

Før tiltakene settes i gang:

- 1) Diskutere og beskrive hvordan tiltakene har tenkt å virke, dvs finne frem til en fellesforståelse av hvilke mål som skal nås med tiltakene.
- 2) Vurdere "godheten"/sakligheten av tiltakene før de settes i gang.
- 3) Kartlegge hvem er de ulike aktørene som involveres i prosjektet, dvs hvem er interessentgruppene, osv.

Underveis i prosjektet:

- 4) Identifisere tidspunkter i prosjektet hvor evaluatorene kan rapportere og gi tilbakemelding om prosjektets fremdrift
- 5) Diskutere en "refokusering" av problemstillingene hvis nødvendig, dvs foreta en vurdering av de opprinnelige problemstillingene for å vurdere deres relevans og reformulere nye hvis nødvendig.





## Referanser

- Almås, R. (1990): *Evaluering på norsk*. Trondheim: Universitetsforlaget.
- Baklien, B. (1993): Evalueringsforskning i Norge. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 34, 261-274.
- Campbell, D.T. (1969): Reforms as experiments. *American Psychologist*, 24, 409-329.
- Campbell, D.T. & J. Stanley (1963): Experimental and quasi-experimental designs for research on teaching. In N. L. Gage (Ed.), *Handbook of research on teaching* (pp. 171-246). Chicago: Rand McNally.
- Chambers, F. (1994): Removing confusion about formative and summative evaluation: Purpose versus Time. *Evaluation and Program Planning*, 17(1), 9.
- Chen, H.-T. (1990): *Theory driven evaluations: A comprehensive perspective*. Newbury Park, California: Sage.
- Conrad, K.J. & K.M. Conrad (1994): Reassessing validity threats in experiments: focus on construct validity. *New Directions for program Evaluation*, 63, 5-26.
- Cook, T.D. (1983): Quasi experimentation. Its ontology, epistemology and methodology. In Morgan, G. (Ed.), *Beyond method: strategies for social research* (pp. 74-94). Beverly Hills, Ca: Sage.
- Denzin, N.K. & Y.S. Lincoln (eds.) (1994): *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage.
- Devine, J.A., Wright, J.D., & L.M. Joyner (1994): Issues in Implementing a randomised experiment in a field setting. *New Directions for Program Evaluation*, 63, 27-40.
- Fetterman, D. M., Kafatrian, S.J. & A. Wandersman (Eds.) (1996): *Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self - assessment and accountability*. Thousand Oaks, Ca: Sage.
- Finne, H., Levin, M. & T. Nilssen (1995): Trailing research: A Model for Useful Program Evaluation. *Evaluation*, 1(1), 11-31.

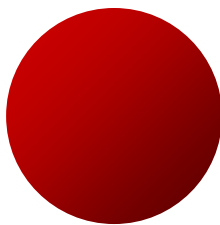
- Finne, H. & H. Torvatn (1995, November): *Concurrent Impact Assessment*. Paper presented at the International Evaluation Conference, Vancouver, British Columbia.
- Greene, J.C. & V.J. Caracelli (1997): Defining and describing the paradigm issue in mixed method evaluation. *New Directions for Evaluation*, 74, 5-17.
- Guba, E. (1987): Naturalistic Evaluation. *New directions for program evaluation*, 34, 23-42.
- Guba, E.G. & Y.S. Lincoln (1989): *Fourth Generation Evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Hansson, F. (1995): *Critical comments on evaluation research in Denmark* (Arbejdsrapport nr 3: 1995): København: København Handelshøjskole.
- Lincoln, Y.S. (1991): The arts and sciences of program evaluation. *Evaluation practice*, 12(1), 1-7.
- Lincoln, Y.S. & E.G. Guba (1994): RSVP: We are pleased to accept your invitation. *Evaluation practice*, 15(2), 179-192.
- Lipsey, M., Crosse, S., Dunkle, J., Pollard, J. & G. Stobart (1985): Evaluation: The start of the art and the sorry state of the science. *New Directions in Program Evaluation*, 27, 7-28.
- Patton, M.Q. (1986): *Utilization focused evaluation*. (2 ed.): Beverly Hills, CA: SAGE.
- Rossi, P.H. & H.E. Freeman (1985): *Evaluation: A systematic approach*. (3 ed.): Beverly Hills, VCA: Sage.
- Rush, B. & A. Ogborne (1991): Program Logic Models: expanding their role and structure for program planning and evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 6(2), 95-106.
- Scriven, M. (1967): The methodology of evaluation. In R. W. Tyler, R.M. Gagne, & M. Scriven (Eds.), *Perspectives of curriculum evaluation*. Chicago: Rand McNally.
- Scriven, M. (1991): *Evaluation Thesaurus*. (Fourth ed.): Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Shadish, W.R., Cook, T.D. & L.C. Leviton (1991): *Foundations of Program Evaluation. Theories of Practice*. Newbury Park: SAGE Publishing.
- Torvatn, H. (1993): *Use of evaluations of Norwegian Technology Transfer Programs*. Doctoral, Norges Tekniske Høgskole, Trondheim.
- Torvatn, H. (1994): *Evaluating program impact or evaluating program development - should different evaluation goals lead to different evaluation designs?* (IFIM-Paper 11/94). Trondheim: SINTEF IFIM.

- Torvatn, H. (1995): *Chains of reasoning: An evaluational tool*. (IFIM Paper 5-95): Trondheim: SINTEF IFIM.
- Torvatn, H. (Forthcoming): Evaluation of industrial modernization in Norway. *New directions in evaluation, In print*.
- Vedung, E. (1991): *Utvärdering i politik og förvaltning*. Lund: Studentlitteratur.
- Vedung, E. (1992): Five observations on evaluation in Sweden. In Mayne, J., Bemelmans-Videc, M.L., Hudson, J. & R. Connor (Eds.), *Advancing Public Policy Evaluation: Learning from International Experiences*. (pp. 71-84). Amsterdam: North-Holland.
- Vedung, E. (1997): *Public Policy and Program Evaluation*. New Brunswick, New Jersey: Transaction Publishers.
- Vislie, A. (1987): *Idealer og virkelighet ved evaluering av forskning*. Oslo: NIBR.
- Weiss, C. (1996, 8th November): *Theory-Based Evaluation: Past, Present and Future*. Paper presented at the American Evaluation Association Annual Meeting, Atlanta, Georgia.



## KLIPPET UT FRA SYKEHJEMSMODELLEN

Det svenske programmet "Forskning inom samverkansprogrammet Sjukvårdens Arbetsmiljø - ett utvecklingsprogram" ble startet opp ved Arbeidslivsinstituttet i 1995 på initiativ av og i samarbeid med berørte sentrale arbeidsmarkedsparter. Programmet går fram til og med 1998. Hensikten med programmet er å støtte utviklingsprosjekter innen helse og syketjenesten som leder til nye former for virksomhet og organisasjon med pasientens samlede behov i sentrum, samt å utvikle og tilgodese personalets krav på godt arbeidsmiljø innen de ulike prosjektene.



# Arbeidsforskningsinstituttet

## OM AFI:

AFI er et tverrfaglig samfunnsvitenskapelig forskningsinstitutt. Instituttet skal medvirke til verdiskapning, god tjenesteyting og godt arbeidsmiljø og styrke betingelsene for læring, medvirkning og omstilling i offentlig og privat sektor. Instituttet legger vekt på forsknings- og utviklingsarbeid i samarbeid med brukerne.

## HVORDAN SKAFFE MER INFORMASJON?

### Instituttet utgir:

- AFIs skriftserie: Teoretiske og metodiske bidrag. Serien henvender seg til forskere og brukere.
- AFIs rapportserie: Rapporter fra oppdragsprosjekter
- AFIs notatserie: Underveisrapporter, mindre prosjektrapporter, artikler som har krav på offentlig tilgjengelighet.
- AFIs serie for hovedfagsoppgaver:  
Hovedfagsoppgaver og andre studentoppgaver knyttet til instituttets forskning.

Publikasjoner kan lastes ned eller bestilles fra AFIs hjemmeside på Internett eller direkte fra instituttet.

Postboks 6954 St. Olavs plass  
NO-0130 OSLO  
Besøksadresse:  
Stensberggt. 25

Telefon: 23 36 92 00  
Fax: 22 56 89 18  
E-post: [afi@afi-wri.no](mailto:afi@afi-wri.no)  
Hjemmeside: [www.afi.no](http://www.afi.no)