

**Høgskolen i Innlandet
Campus Lillehammer**

Roar Stokdal Fiske

Sykefravær i et organisasjonsperspektiv

**Årsaker til forskjeller i sykefravær ved
kommunale sykehjem i to utvalgte
storbykommuner – en komparativ studie**



**Masteroppgave i Master of Public Administration (MPA) ved
Avdeling for økonomi og organisasjonsvitenskap (ØKORG)
ved Høgskolen i Innlandet 2017**

Forord

Denne masteroppgaven danner avslutningen på det erfaringsbaserte Master of Public Administration – studiet ved avdeling for økonomi- og organisasjonsvitenskap (ØKORG) ved Høgskolen i Innlandet.

Gjennom tre år som student på INN - Lillehammer (i kombinasjon med jobb som rådgiver i NAV) har jeg hatt gleden av å fordype meg innenfor mange ulike temaer knyttet til organisering av offentlig sektor.

Studiet har vært samlingsbasert, der dyktige forelesere fra høgskolemiljøet på Lillehammer, sammen med mange engasjerte og motiverte medstudenter fra både kommunal og statlig sektor, har utgjort et unikt studiemiljø der erfaringer fra praksisfeltet har møtt forskningsfeltet, og skapt gode diskusjoner og refleksjoner rundt organiseringen av offentlig sektor.

Målet med forskningsoppgaven har vært å se på hvordan organisering, ledelse og organisasjonskultur innvirker på sykefravær innen pleie- og omsorgssektoren. Dette har ikke vært mulig uten stor imøtekommenhet og interesse fra engasjerte ledere og ansatte ved de to kommunale sykehjemmene som er omfattet av denne undersøkelsen, som velvillig stilte opp som informanter, og delte sine erfaringer og synspunkter.

En takk må også rettes til mine gode kolleger og ledere ved NAV Værnes, som har fulgt forskningsprosjektet med stor interesse og konstruktive innspill, og bidratt til at dette har vært mulig å gjennomføre som planlagt.

Min veileder Tor Helge Pedersen har vært en viktig støttespiller og samtalepartner som har bidratt med grundig veiledning og tilbakemeldinger, og fungert som motivator og pådriver i det som har vært en utfordrende og krevende prosess. Tusen takk til deg!

Sist, men ikke minst en stor takk til nærmeste familie – og spesielt min kone Kari - som har støttet opp, og fungert som heilagjeng under hele forskningsprosessen og oppgaveskrivingen.

Sammendrag

Sykefraværet i Norge har vært høyt over mange år, spesielt innen den kommunale pleie- og omsorgssektoren. Konsekvensene av det høye sykefraværet er stor både for den enkelte, arbeidsgiver og samfunnet. En prosent lavere sykefravær innen pleie- og omsorgssektoren i kommunene, betyr mange millioner spart som i stedet ville kunne blitt brukt på å øke kvaliteten i sektoren.

Samtidig ser vi at det arbeides godt i mange kommuner rundt omkring i landet med å redusere sykefraværet. I denne masteroppgaven har vi sett nærmere på to sykehjem i to storbykommuner i Norge som over tid har hatt ulik utvikling i sykefraværet. Hva er det som fører til de store forskjellene i sykefravær mellom kommunene og de enkelte sykehjemmene? Utgangspunktet for denne masteroppgaven er å se på sykefravær i et organisasjonsperspektiv med fokus på faktorer som ulik organisering, ledelse og organisasjonskultur, og hvordan dette påvirker sykefraværet.

Studien er lagt opp som en kvalitativ intervjuundersøkelse (case-studie) ved to sykehjem i to kommuner som over tid har hatt ulik utvikling i sykefraværet.

Innsamlingen av dataene har skjedd gjennom totalt 17 semi-strukturerte intervjuer av både ledere og ansatte ved de to enhetene. Valget av metode er gjort for å kunne få frem synspunkter og beskrivelser fra den enkeltes arbeidshverdag som kan kaste lys over hva som påvirker sykefravær i denne sektoren.

Analysen av datamaterialet er lagt opp som en to-trinnsprosess, der vi først foretar en komparasjon mellom de to sykehjemmene langs fem ulike dimensjoner innenfor et instrumentelt/institusjonelt rammeverk, før vi deretter analyserer sentrale funn/forskjeller enhetene i mellom.

Resultatet av undersøkelsen viser at god forankring av sykefraværsarbeidet ved enheten og i kommunen, har betydning for utviklingen i sykefraværet. Hvordan enhetene er sammensatt med hensyn til kompetanse, og bredden i kompetansen, ser ut til å spille en rolle. En medarbeiderorientert ledelse, som kan være tett på i hverdagen er også viktig. Hvordan den enkelte blir ivaretatt av både ledere og kolleger ser også ut til å ha stor betydning.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag	3
1. Innledning.....	7
1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål	9
1.2 Teoretisk tilnærming og metode.....	10
1.3 Casepresentasjon	12
1.4 Sykefravær – statistikk, begreper og utfordringsbilde.....	13
1.5 Oppgavens videre oppbygging	21
2. Organisasjonsteoretiske perspektiver.....	22
2.1 Organisatoriske forhold – organisasjonsstruktur og design	23
2.2 Perspektiver på organisasjonsutforming	25
2.2.1 Det instrumentelle perspektivet	26
2.2.2 Det institusjonelle perspektivet	27
2.3 Viktige trekk ved organiseringen av pleie- og omsorgssektoren i kommunene.....	28
2.3.1 Arbeidstidsordninger.....	29
2.3.2 Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler.....	31
2.3.3 Kompetanse	32
2.4 Ledelse.....	33
2.5 Organisasjonskultur og arbeidsmiljø.....	35
2.6 Oppsummering av teorigrunnet og empiriske forventninger	38
3. Metode.....	40
3.1 Valg av forskningsmetode	40
3.2 Utvalgskriterier, intervjuer og datainnsamling	43
3.3 Databehandling – transkribering og kategorisering.....	46
3.4 Analyse av datamaterialet.....	47
3.4 Reliabilitet og validitet	48
3.5 Ethiske vurderinger og refleksjon over metodebruken	49
4. Presentasjon av empiri og komparativ drøfting av funn ved de to sykehjemmene	51
4.1 Kommunens rolle	52
4.1.1 Sentrale føringer. Kommune Vest – Sykehjem Vest	52
4.1.2 Sentrale føringer. Kommune Midt - Sykehjem Midt.....	53
4.1.3 Komparativ drøfting	54
4.2 Organisasjonsdemografi.....	55
4.2.1 Kommune Vest – Sykehjem Vest.....	55
4.2.2 Kommune Midt – Sykehjem Midt	57

4.2.3	Komparativ drøfting	58
4.3	Enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur	60
4.3.1	Kommune Vest – Sykehjem Vest.....	60
4.3.2	Kommune Midt – Sykehjem Midt	64
4.3.3	Komparativ drøfting	66
4.4	Ledelse i sykehjemmene	68
4.4.1	Kommune Vest - Sykehjem Vest	68
4.4.2	Kommune Midt - Sykehjem Midt	70
4.4.3	Komparativ drøfting	74
4.5	Organisasjonskultur og arbeidsmiljø.....	75
4.5.1	Kommune Vest - Sykehjem Vest	75
4.5.2	Kommune Midt - Sykehjem Midt	77
4.5.3	Komparativ drøfting	79
4.6	Oppsummering av empirikapitlet og oppgavens videre oppbygging	81
5.	Analyse av utvalgte forskjeller mellom sykehjemmene.....	82
5.1	Kommunens rolle	83
5.2	Organisasjonsdemografi.....	84
5.3	Enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur	86
5.4	Ledelse.....	88
5.5	Organisasjonskultur og arbeidsmiljø.....	90
6.	Avslutning og hovedkonklusjoner	93
6.1	Organisering	93
6.2	Ledelse.....	95
6.3	Organisasjonskulturen	96
	Litteratur/referanser	99
	Tabelloversikt	102
	Informasjonsskriv	103
	Intervjuguide - Hjelpeskjema 1	104
	Intervjuguide - Hjelpeskjema 2	107

1. Innledning

Sykefraværet i Norge innenfor både offentlig og privat sektor har vært høyt over mange år. Det er gjennomført en rekke tiltak for å forsøke å redusere fraværet. Gjennom avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) som ble iverksatt i 2002 gikk partene i arbeidslivet; NHO, LO og Stortinget sammen om å iverksette en tiltaksplan for å forsøke å redusere sykefraværet. IA-avtalen kom som et direkte resultat av Sandmann-utvalgets innstilling som ble overlevert Stortinget i 2000, der hovedmålet var å forandre fokus fra å se på sykdommens begrensninger til å fokusere på funksjonsevne og den enkeltes ressurser og muligheter til å stå i arbeid *til tross* helseutfordringer.

Fram til årtusenskiftet var sykefravær hovedsakelig en privatsak der det var en utbredt holdning at man skulle være borte fra jobb inntil man ble «frisk» (Bjørnstad, 2006). Gjennom IA-avtalen ble aktiv samhandling mellom arbeidsgiver, lege, NAV og den sykmeldte hovedregelen, og det ble innført et eget formalisert system for oppfølging med klare stoppunkter, og krav til dialog og aktivitet gjennom sykeperioden/sykepengeåret. Til tross for dette har legemeldte sykefraværet holdt seg høyt.

Konsekvensene av høyt sykefravær er store både for samfunnet, arbeidsgiverne og den sykmeldte. Den norske ordningen med 100% lønnskompensasjon fra første dag innebærer store økonomiske kostnader for Folketrygden, men også for den enkelte arbeidsgiver som er ansvarlig for å betale lønn i de første 16 dagene av sykefraværet (arbeidsgiverperioden). I tillegg til de direkte økonomiske kostnadene kommer redusert verdiskapning, utfordringer knyttet til vikarbruk og faren for varig utstøtning fra arbeidslivet for den sykmeldte.

Noen sektorer skiller seg ut med et sykefravær som ligger klart over gjennomsnittet. I denne masteroppgaven vil vi se på sykefraværet blant ansatte i pleie- og omsorgssektoren i kommunene. Det er velkjent at sektoren er kjennetegnet av mye fysisk tungt arbeid og høy andel kvinnelige ansatte, som statistisk har et betydelig høyere sykefravær enn menn. Selv om man korrigerer for dette, er sykefraværet betydelig høyere enn i de fleste andre sektorer (Ose, 2016, s.73). Hovedfokuset i oppgaven vil være rettet mot organiseringen av arbeidet (arbeidstid, kompetanse, kommunikasjon), ledelse og organisasjonskultur/arbeidsmiljø (det psyko-sosiale arbeidsmiljøet). Hvordan påvirker de organisasjonsmessige rammene, ledelsen og

organisasjonskulturen sykefraværet, og er noen av disse faktorene mer sentrale enn de andre?

I et organisasjons- og samfunnsperspektiv vil det være vesentlig å kunne kartlegge om en gjennom en bedre organisering av arbeidet vil kunne oppnå mer effektiv ressursbruk innen sektoren. Dette vil være avgjørende for å kunne møte de skjærpede kravene til denne sektoren gjennom økt antall eldre, og forventninger om god kvalitet i tjenestetilbudet. En bedre organisering vil også være viktig for å kunne forbygge og redusere sykefraværet blant de ansatte. Ikke minst vil det være avgjørende å bidra til at arbeid innen helsesektoren, og spesielt arbeid ved sykehjem/helse - og velferdssentra blir oppfattet som en attraktiv karrierevei for fremtidige ungdomskull.

Som student på MPA-studiet ved Høgskolen i Innlandet har jeg vært opptatt av det organisasjonsmessige rammeverket, og hvordan det påvirker den enkelte ansatte i jobbutførelsen. En dysfunksjonell organisering vil kunne skape konflikter og dårligere tjenester, og i verste fall føre til sykdom og sykefravær, mens en vellykket organisasjonsmodell vil kunne gi både mer tilfredse medarbeidere, og bedre tjenester.

Pleie- og omsorgssektoren er en «vekst-sektor», da andelen eldre over 80 år vil øke betydelig i årene fremover. Mange av disse – ca. 20% - vil etter hvert ha behov for en plass på sykehjem/helse- og omsorgssenter, eller vil trenge ulike typer hjemmebaserte tjenester (Bjørnstad, 2006). For å møte dette økte behovet vil det ved siden av utbygging av flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger være viktig å øke attraktiviteten i forhold til å jobbe innenfor sektoren. Samtidig er ulike typer velferdsteknologi på full fart inn (roboter m.m.), noe som vil skape behov for å organisere arbeidet på nye måter. En vellykket organisering av arbeidet innen pleie- og omsorgssektoren er vesentlig da en også vil måtte forvente en økt konkurranse om arbeidstakerne i årene fremover. I dette perspektivet vil en godt organisert sektor med gode arbeidsbetingelser og arbeidsmuligheter være et viktig konkurransefortrinn.

I et samfunnsperspektiv vil måten vi organiserer driften av sykehjemmene også si noe om hvordan vi som samfunn ønsker å ivareta våre eldre og pleietrengende. En god organisering som muliggjør rasjonell drift og gode tjenester for brukerne, vil her stå sentralt.

Det som slår en når en ser statistikk over sykefraværet i pleie- og omsorgssektoren er de store forskjellene mellom enheter/virksomheter som utad fremstår som like med tanke

på organisering, ressurstilgang, personell og brukere. I et oppslag i Adresseavisen i april 2016 ble det satt fokus på de store forskjellene i sykefraværet *mellom* sykehjem/helse- og velferdssenter i de største bykommunene i Norge, og stilt spørsmål ved årsakene til dette (Myhr & Sundberg, 2016, s.10 -11)

I en organisasjonsfaglig/MPA- sammenheng er det nettopp betydningen av formelle elementer/aspekter knyttet til organisering (struktur, regler), ledelse og de mer uformelle elementene/aspektene knyttet til kultur og miljø, som fremstår som interessante i en forskningssammenheng.

I denne forskningsstudien er det gjennomført en komparativ studie mellom to sykehjem i to storbykommuner i Norge, der siktemålet har vært å avdekke mulige forklaringsfaktorer på sykefravær, og hva som fremmer nærvær/tilstedeværelse og jobbtrivsel. Det har vært en ambisjon å komme frem til resultater som kan ha overføringsverdi til tilsvarende virksomheter i andre norske kommuner.

1.1 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i problematikken som er presentert ovenfor har forskningsstudien følgende problemstilling:

Hvilke faktorer bidrar til forskjeller i sykefravær ved kommunale sykehjem i to utvalgte storbykommuner?

Forskningsstudien består av en kvalitativ intervju-undersøkelse ved to sykehjem i to storbykommuner i Norge, der man i ulik grad har lyktes med å holde sykefraværet nede. Hensikten er å prøve å komme frem til årsaksfaktorer som kan danne grunnlag for mer målrettede tiltak i arbeidet med å endre de organisasjonsmessige rammebetingelsene på en måte som fremmer nærvær, i stedet for sykefravær. Et viktig mål med undersøkelsen vil være å foreta en komparasjon mellom de to sykehjemmene der en gjennom fokus på faktorer som organisering, ledelse og organisasjonskultur kan si noe om årsakene til *forskjellene* i sykefravær, og ikke det prosentvise sykefraværet i seg selv.

Ut fra den overordnede problemstillingen er det definert følgende forskningsspørsmål:

På hvilken måte påvirker forskjeller i organisering, ledelse og organisasjonskultur sykefraværet?

Fysiske faktorer knyttet til forskjeller i sykefravær vil ikke bli inngående drøftet da det faller utenfor rammen for denne oppgaven. Det er allerede gjennomført en rekke undersøkelser som dokumenterer at fysiske forhold spiller en betydelig rolle med hensyn til sykefraværet innen pleie- og omsorgssektoren. Arbeidet i sektoren er kjennetegnet av mange tunge fysiske oppgaver og statiske bevegelser som gir en øket risiko for ulike typer ryggplager og muskel-skjelettplager (Ose, 2016, s.72). Ved planleggingen av undersøkelsen har det derfor vært viktig å komme frem til enheter som «like» med hensyn til de fysiske rammebetingelsene.

I denne studien er fokuset rettet mot faktorer av ikke – fysisk karakter; organisering-/organisasjonsmodeller, ledelse og organisasjonskultur.

Kjønnsperspektivet vil heller ikke bli drøftet inngående. Kvinner har et sykefravær som ligger 60 -70% høyere enn for menn (Ose, 2016, s.66), men ettersom vi sammenligner enheter som har samme prosentvise andel kvinner ansatt (om lag 90%), legges det til grunn at den kjønnsmessige faktoren i sammensetningen av sykefraværet ved de to undersøkte enhetene veier like tungt i begge tilfeller. Den kjønnsmessige faktoren vil dermed kunne forklare omfanget av det totale sykefraværet ved enhetene, men ikke nødvendigvis forskjellene dem imellom.

Det innebærer at forklaringene på ulikhetene i sykefravær ikke vil søkes i fysiske forhold/fysiske slitasjeskader eller kjønns spesifikke årsaker, men i stedet fokusere på organisering, ledelse og organisasjonskultur. Gjennom forskningsspørsmålene og intervjuvalen har hovedmålet vært å fange opp forhold som skyldes sykefravær av ikke-fysisk art.

Samarbeidet med eksterne samarbeidspartnere som NAV og behandlere (leger, fysioterapeuter mv.) vil heller ikke være omfattet av denne undersøkelsen, da den har hovedfokus på intern organisering og interne prosesser.

1.2 Teoretisk tilnærming og metode

Sykefraværspromatikk er et mangesidig forskningsfelt som kan studeres ut fra ulike synsvinkler. I denne masteroppgaven vil det bli benyttet et strukturelt-instrumentelt og et institusjonelt perspektiv/tilnærming (Christensen, Egeberg, Lægreid, Roness & Røvik, 2015, s.22). Bakgrunnen for dette er at vi ønsker å se på både den regelbundne og formelle organisasjonsstrukturen, men også på de mer institusjonelle/kulturelle

trekkene knyttet til verdier og normer, som også i stor grad påvirker hvordan beslutninger tas, og innvirker på organisasjonen.

På den ene siden vil vi se på hvordan handlingslogikken i det instrumentelle/formelle perspektivet innvirker på sykefraværsutfordringene, men også hvordan det institusjonelle perspektivet (kulturperspektivet) og «logikken om det passende» innvirker på det samme området. Gjennom dette vil vi se etter formelle trekk knyttet til organisering, arbeidstid, kompetanse, men også de uformelle trekkene knyttet til verdiene og normene i organisasjonen.

Det er valgt en kvalitativ undersøkelsesmetodikk der hovedmålet med undersøkelsen i stor grad har vært å komme «bak tallene», da vi ønsker å studere sosiale systemer/organisasjoner der de enkelte informantenes opplevelse av sin egen arbeidshverdag er det sentrale.

Undersøkelsen er gjennomført som en kvalitativ, semi-strukturert intervjuundersøkelse der hovedhensikten har vært å avdekke hva som innvirker på forskjeller i sykefraværsprosent knyttet til to sykehjem i to norske storbykommuner. Totalt er 17 ledere og ansatte intervjuet om hvordan de ser på organiseringen av arbeidsplassen, ledelsen og organisasjonskulturen (det psyko-sosiale arbeidsmiljøet).

Siktemålet med forskningsstudien er videre å foreta en komparasjon mellom de to sykehjemmene som over tid har hatt ulik utvikling i sykefraværet, og se på i hvilke forhold knyttet til organisering, ledelse og arbeidsmiljø som kan bidra til å forklare dette. Metodisk vil dette gjøres gjennom bruk av mest like case – design, der målet er å identifisere hva som er likt ved enhetene, for deretter å fokusere på forskjellene.

Ved komparasjonen er følgende faktorer/dimensjoner tatt inn:

1.1 Kommunens rolle (overordnede føringer, budsjetttrammer, styringssignaler, grad av oppfølging av enhetene i forbindelse med sykefravær).

1.2 Organisasjonsdemografi – grad av homogenitet (kjønn, stillinger, utdanning og alder)

1.3 Enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur (ledelsesstruktur, delegasjon, kompetanse, ressurser og arbeidstid).

1.4 Ledelse (ledelsestiler, fokus på nærværs-/fraværsfaktorer, oppfølging av sykmeldte, prioritering av sykefravær mv.).

1.5 Organisasjonskultur og arbeidsmiljø.

Valget av disse dimensjonene er gjort for å strukturere den videre drøftingen og analysen av funnene langs det valgte organisasjonsteoretiske perspektivet (instrumentelt/strukturelt og institusjonelt/kulturelt).

Analysen vil legges opp i to trinn. I kapittel 4 ser vi på hva som er felles ved de to enhetene og identifiserer sentrale forskjeller.

Forskjellene vil deretter bli underlagt en nærmere analyse i kapittel 5 i tråd med de tidligere presenterte hovedperspektivene instrumentell og institusjonell/kulturell tilnærming.

Hovedfunnene vil deretter bli presentert i avslutningskapitlet (Kap. 6).

1.3 Casepresentasjon

Som det fremgår av kapitlet foran har vi valgt å foreta intervjuer ved to sykehjem i to ulike storbykommuner. Vi har valgt å anonymisere både de aktuelle kommunene og de to sykehjemmene som er omfattet av undersøkelsen. Dette er gjort for å sikre at det ikke skal være mulig å identifisere verken kommune, sykehjem eller den enkelte informant. Det har også vært viktig for oss at informasjon og synspunkter som er kommet frem under intervjuene, ikke kan tilbakeføres til den enkelte informant.

Noen data om de aktuelle kommunene finner vi det allikevel nyttig å presentere:

Case 1:

Den ene storbykommunen ligger på Vestlandet, og har over flere år hatt en positiv utvikling – reduksjon - i sykefraværsprosenten innen pleie- og omsorgssektoren, deriblant sykehjemmene. Kommunen har et godt utbygd tjenestetilbud. Sykehjemmene er underlagt oppvekst- og levekårsenheten som har ansvar for en betydelig del av det brukerrettede tjenestetilbudet i kommunen. I denne kommunen har sykehjemmene nedfelt egne visjoner og verdier, unike for hvert sykehjem. Sykehjemmet som er omfattet av denne undersøkelsen er middels stort (50 – 65 beboere), kommunalt drevet,

og har en linjeorganisering med leder og avdelingsledere, i tillegg til ulike fagkoordinatorer.

Sykehjemmet har over flere år arbeidet med å redusere sykefraværet, og har i de siste årene opplevd en betydelig reduksjon i registrert fravær. Fraværet ligger om lag på gjennomsnittet for sykehjemmene i kommunen.

Case 2:

Den andre kommunen er plassert i Midt-Norge, og har over tid hatt større utfordringer med svært høyt sykefravær. I kommunen er det ikke utarbeidet egne overordnede visjoner/verdier for hvert enkelt sykehjem, men for kommunen som helhet.

Organisatorisk er sykehjemmene underlagt kommunaldirektør for Helse. De benevnes helse- og velferdssenter (HVS) med store ulikheter i størrelse (antall beboere/ansatte) og tjenestetilbud.

Sykehjemmet som er omfattet av denne undersøkelsen er kommunalt drevet, middels stort (50 – 65 beboere), har en enhetsleder og to avdelingsledere, etter en nylig gjennomført organisasjonsendring. Det var tidligere tilsatt to fagkoordinatorer og ingen avdelingsledere. Rollen som fagkoordinator er nå blitt en integrert del av de nye avdelingsledernes oppgaver.

I drøftings- og analysekapitlene vil de to sykehjemmene omtales som henholdsvis Kommune Vest/Sykehjem Vest og Kommune Midt/Sykehjem Midt.

1.4 Sykefravær – statistikk, begreper og utfordringsbilde

For å gi et bilde av utfordringene knyttet til sykefravær vil vi i dette kapitlet gå nærmere inn på fenomenet sykefravær, begreper og statistikk. I tillegg vil vi se på noen sentrale bidrag i den etter hvert omfattende forskningsinnsatsen som er gjort innen sykefraværsfeltet i Norge. Avslutningsvis vil vi se på trekk ved sykefraværet innen pleie- og omsorgssektoren spesielt.

Sykefraværet i Norge har vært et tema i norsk politikk over flere ti-år. Sykefravær er svært kostbart både i konkrete økonomiske uttelling for arbeidsgiverne og Staten, men også i tapt produksjon av varer og tjenester, og redusert livskvalitet for den det gjelder. Det ble i 2016 utbetalt 40,5 milliarder kroner i sykepenger gjennom NAV, i tillegg til

rundt 100 milliarder kroner dersom man også inkluderer arbeidsavklaringspenger (AAP) og utbetalinger til uføretrygd (NAV, 2017).

Det ble utstedt 3,8 millioner sykmeldinger som var knyttet til 1,4 millioner sykefraværstilfeller. Disse sykefraværstilfellene fordelte seg på om lag 950.000 personer/arbeidstakere. Utskriving av sykemeldinger og administrative oppgaver legger beslag på en stor del av legenes, spesielt allmennlegenes, tid. Selv om de aller fleste sykefraværstilfellene er kortvarige, utstedes det mellom 350.000 og 400.000 sykmeldinger med varighet over 4 uker hvert år (NAV, 2017). Legene benyttes ofte som samtalepartner i dialogmøter med NAV – møter som skal avholdes innen 26 uker fra første sykmeldingsdag - i de tilfellene det vurderes som hensiktsmessig. I 2016 tok NAV initiativ til nærmere 60.000 slike møter. Dette krever også mye av legenes tid.

Det ble stilt svært store forventninger til IA-avtalen (avtalen om mer inkluderende arbeidsliv) da den ble inngått i 2001. I det politiske ordskiftet er det gjerne denne avtalen det refereres til når teamet sykefravær og tiltak mot sykefravær drøftes. Å redusere sykefraværet var et av hovedmålene i avtalen. Målet var at sykefraværet skulle reduseres med minimum 20% med utgangspunkt i fraværnivået i 2001 (Bogen & Lien, 2015, s. 22). Sykefraværet har gått noe ned, men samtidig har det de siste årene stabilisert seg på et nivå på 5.6 – 5.8 -prosent, et nivå som det har vist seg vanskelig å komme under.

Sykefravær er en følge av helseproblemer som gjør at den enkelte arbeidstaker ikke er i stand til å utføre sitt daglige arbeid, og enten på eget initiativ, eller etter legen anbefaling velger å bli hjemme.

Holdningene til sykefravær har gjennom årene endret seg betydelig. Fra å ha vært en privatsak der den enkelte sykmeldte skulle være hjemme til han eller hun var «frisk», til en situasjon der både arbeidsgiver, arbeidstaker, behandler og NAV tidlig involveres i en prosess for å få den enkelte sykmeldte helt, eller delvis tilbake i jobb så snart som mulig. Til tross for et betydelig fokus og gjennomføring av en rekke tiltak, er fraværet i Norge fortsatt svært høyt, dersom en sammenligner seg med andre land.

Sykefravær deles i legemeldt og egenmeldt fravær. Sykefraværstatistikken som produseres av NAV og SSB består av både legemeldt og egenmeldt fravær. Det

legemeldte fraværet omfatter alle arbeidstakere mellom 16 og 69 år som er bosatt i landet, og som er registrert i arbeidstakerregisteret med et aktivt arbeidsforhold. Dersom vi ser alle bransjer under ett utgjør det egenmeldte fraværet 16% av totalfraværet. Fra 2001 til 2016 har det vært en økning i det egenmeldte fraværet på 5 prosentpoeng – fra 11% til 16% (Ose, 2016, s.76). Innføringen av IA-avtalen kan være en del av forklaringen på denne økningen, da den økte mulighetene for å benytte egenmeldinger ved fravær. Menn ser i noe større grad enn kvinner ut til å benytte egenmeldinger ved sykefravær. En mulig årsak til dette er at det eksisterer ulik praksis bransjer imellom rundt bruk av egenmeldinger (Ose, 2016, s.77).

Korttidsfraværet er lavere enn langtidsfraværet, og det er sannsynligvis svært ulike årsaker bak. Eksempler på korttidsfravær kan være influensalignende plager, diare o.l., mens langtidsfravær ofte er knyttet til mer omfattende sykdommer og lidelser).

Sykefraværstatistikken er gjennomsnittstall, noe som gjør at bl.a. antallet ansatte på den enheten man regner på vil kunne gi store utslag på statistikken, det samme hvordan fraværet fordeler seg mellom de enkelte arbeidstakerne. Noen få arbeidstakere står ofte for en vesentlig del av fraværet (NOU 2010:13, s.13).

Sykefraværsprosenten kommer man frem til ved å se på antall sykefraværingsdagsverk delt på antallet avtalte dagsverk. Sykefraværingsdagsverk er med andre ord det antallet dagsverk som ikke blir utført på grunn av sykdom, og avtalte dagsverk er det som er avtalt utført i en gitt periode (NOU 2010: s.13). Ved beregningen er det korrigert for vanlige fridager og offentlige høytidsdager, noe som kan gi feil i sykefraværingsstatistikken spesielt innen næringer som har mye bruk av turnus. Bl.a. trekkes sykefravær i helgene ut av sykefraværingsstatistikken. Dette vil derfor kunne slå negativt ut ved kortere fravær, men være av mindre betydning ved fravær av lengre varighet.

Årsakene til sykefravær må søkes på ulike nivåer. Ose (2016, s. 77) skiller mellom årsaker på samfunns-/systemnivå, virksomhetsnivå og individnivå. På samfunns-/systemnivå spiller forhold som konjunkturutvikling, sykelønnsordninger, lover og regler, behandlings- og utredningsutredningskapasitet i helsevesenet, og forventninger fra omgivelsene inn. På virksomhetsnivået/arbeidsplassen er bl.a. organiseringen av arbeidet, ledelse og arbeidsmiljø sentralt. På individnivå finner man faktorer som helsesituasjonen til den enkelte, og i hvilken grad disse påvirker arbeidsevnen, sosiale og familiære forhold, og individuelle egenskaper (motivasjon, engasjement, mestringskompetanse, personlighet m.m.) (Ose, 2016, s.77).

I denne masteroppgaven vil hovedfokus være på virksomhetsnivå og faktorene organisering, ledelse og organisasjonskultur/arbeidsmiljø.

Sykefravær er både et resultat av helseproblemer og hvordan den enkelte sykmeldte forholder seg til sine helseplager/sykdom. I NOU 2010:13 skilles det mellom patologiske prosesser (engelsk: disease) som gir objektive målbare endringer i kroppsfunksjoner og den enkelte sykes subjektive opplevelse av å være syk (engelsk: illness) (NOU 2010:13, s.12).

Hvordan vi forholder oss til det å være syk er et viktig moment. Dette kalles på engelsk for illness behavior, eller sykdomsadfærd. I svært mange tilfeller er de påviste symptomene ikke forankret i objektive medisinske funn (patologiske prosesser).

Opplevde ryggmerter eller andre smertetilstander vil oppleves som svært reelle for den sykmeldte, uten at behandler kan knytte plagene til noe objektivt funn. Det samme gjelder for mange typer lettere psykiske plager. Behandler er derfor ofte henvist til å vurdere den sykes opplevde smerter, uten å kunne knytte det til noe konkret. Hvorvidt dette skal utløse behov for en kortere eller lengre sykmelding vil avhenge av hvilke oppgaver den sykmeldte utfører, og i hvilken grad arbeidsgiver kan legge forholdene til rette. Det finnes arbeidstakere med betydelige helseplager som knapt er borte fra jobb, samtidig som det finnes mange eksempler på det motsatte. I en kunnskapsoppsummering fra noen år tilbake (Kostøl, 2010) understrekes det at for å finne effektive tiltak mot sykefravær er det arbeidsførheten og arbeidsevnen, mer enn helseplagene, det bør rettes et fokus mot. Det er med andre ord hva man kan gjøre på jobb «til tross for», som bør være det vesentlige.

Gjøsund og Størkersen (2009, s.111-112) henviser til undersøkelser om sykefravær som viser at arbeidstakere med det største fraværet gjerne kjennetegnes av forhold som subjektive helseplager, fysisk tungt arbeid, lav mestringsfølelse og jobbtilfredsstillelse. De er ofte røykere - i tillegg til at de driver mindre fysisk aktivitet. Andre undersøkelser viser imidlertid at arbeidstakere med lavt fravær ikke nødvendigvis er kjennetegnet av det motsatte. Det er med andre ord ikke et klart symmetrisk forhold mellom hva som gir sykefravær, eller ikke, men like gjerne miksen av belastningsfaktorer. Gjøsund og Størkersen (2009, s.116) skiller mellom tre typer fravær. Det hvite fraværet er det klart legitime fraværet der sykdom eller skade umuliggjør arbeid, selv om man gjerne ville. Det svarte fraværet er det illegitime, det som på godt norsk kalles skulk. Dette fraværet

antas ikke å utgjøre noen stor andel av totalfraværet. Den store sekken fravær ifølge forskerne er imidlertid det grå fraværet, der en som arbeidstaker må gjøre en subjektiv vurdering selv av om man er så syk at det beste vil være å være hjemme. Diffuse kroppssmerter, lettere psykiske plager, slapphet/trøtthet, familiære-/sosiale forhold havner gjerne i denne kategorien.

Det hvite fraværet er det med andre ord lite å gjøre noe med, det svarte er forsvinnende lite, og man står dermed igjen med det grå fraværet som det fraværet som det kan være mulig å gjøre noe med gjennom ulike tiltak på arbeidsplassen. Når det gjelder det grå fraværet er det den enkelte arbeidstaker som gjør individuelle vurderinger av hva som teller mest av nærværs- og fraværsfaktorer (Gjørsund & Størkersen, 2009, s.116).

Sykdom er ikke det samme som sykefravær. Det er mange i arbeidsstyrken som knapt er fraværende til tross for store helseutfordringer. Det kan derfor i en del sammenhenger være like hensiktsmessig å fokusere på nærværsfaktorer i stedet for på fraværsfaktorene (Mykletun, 2010, s.850-852).

Saksvik og Finne (2009) innfører en del nye begreper som sykenærvær, nærværspress og mestringsfravær. De definerer sykenærvær som en situasjon der arbeidsgiver legger forholdene til rette for at du skal kunne være på jobb selv om du er syk, og at det at du er på jobb ikke forverrer helseplagene.

Sykenærvær er når den enkelte ansatte går på jobb til tross for at de er syke. Valget om å gå på jobb på tross av sykdom kan være en følge av press fra arbeidsplassen, eller noe som den enkelte arbeidstaker selv avgjør. Sykenærvær er tett knyttet opp mot sykefraværsoppfølging og nærværsarbeid. I mange typer virksomheter vil det å være tilstede og gjøre en jobb til tross for forbigående helseutfordringer være uproblematisk. I andre sammenhenger vil det være mer utfordrende. En forkjølet medarbeider i et kontormiljø er noe helt annet enn en forkjølet helsearbeider i en helseinstitusjon, da man der ofte jobber med pasienter med nedsatt immunforsvar, der smitte kan utgjøre en helserisiko.

Nærværspress er et mer negativt ladet begrep som innebærer at du må på jobb selv om du egentlig ikke er i stand til det. Her kan det være en opplevelse av at man er uunnværlig, et press fra kolleger om å stille på jobb, man har ikke samvittighet til å være hjemme, eller rett og slett at man er redd for å miste jobben om man uteblir. Nærværspresset blir dermed det motsatte av sykenærvær gjennom at det er knyttet til

(negative) forhold på arbeidsplassen. Mestringsfraværet på sin side er en type fravær som har som hensikt å forebygge at helseplager forverres, og der en «time-out» kan være et riktig virkemiddel. Graden av bevissthet rundt tilrettelegging på arbeidsplassen kan være det som skiller mellom om det blir sykenærvær, eller mestringsfravær (Saksvik & Finne, 2009, s. 351).

Ose (2016, s.79) viser til at forklaringene på sykefraværet er å finne i private forhold, forhold på arbeidsplassen, eller en kombinasjon av de to. Eksempler på private forhold kan være egen helsesituasjon, livsstil, men også sosiale faktorer som omsorg for nærstående familiemedlemmer, ekteskapsproblemer eller svangerskap.

Folketrygdlovens bestemmelser (1997, §8-4) gir ikke uten videre rett på sykepenger i de sistnevnte tilfellene. Paragraf 8-4 1.ledd i folketrygdloven sier at:

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

Når legene allikevel i noen grad velger å sykmelde i slike tilfeller kan det skyldes mangel på gode handlingsalternativer. Dersom man har et funksjonshemmet barn, eller hjemmeboende eldre med stort hjelpebehov, faller mye av arbeidet på foreldrene/sønn/datter. Sykemelding vil i slike tilfeller kunne fungere som en sikkerhetsventil, for å unngå mer omfattende helseplager. I andre tilfeller vil det kunne være totalbelastningen som er blitt for stor, og som fører til sykdomstilstander som krever behandling. I begge tilfeller er det familiære/sosiale forhold som har vært den utløsende faktoren.

På arbeidsplassen er det forhold som manglende tilrettelegging, dårlig arbeidsmiljø, arbeidskonflikter, stort arbeidspress, lav grunnbemanning o.l. som kan være utslagsgivende for sykmeldinger. (Ose, 2016, s.91). Arbeidsmiljølovens bestemmelser (§§4.1 – 4.4) setter klare krav til hvordan arbeidsplassen skal være utformet. Når det avdekkes at sykefravær skyldes arbeidsrelaterte forhold vil det kunne være nødvendig å se på om bestemmelsene i loven er tilstrekkelig hensyntatt. Her vil det ofte være ulike oppfatninger mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

I noen tilfeller vil det være en blanding av private og arbeidsmessige forhold som utløser fraværet, og da vil det gjerne måtte arbeides på flere plan. I slike tilfeller vil dialog mellom arbeidsgiver, lege og NAV være hensiktsmessig.

Ose (2016, s.110) gjør et skille mellom nødvendig fravær og unødvendig fravær. Hun argumenterer for at arbeidsgivere bør ha fokus på det unødvendige fraværet som er fravær som ikke skyldes sykdom, fravær som varer lenger enn nødvendig, og fravær som kan forebygges.

Det generelle sykefraværet hvis vi tar med alle næringer har over tid ligget på i underkant av 6 prosent. Sykefraværet innen kommunale helse- og omsorgstjenester ligger imidlertid betydelig høyere. Her var det legemeldte sykefraværet i underkant av 10% i fjerde kvartal 2014, mens sykefraværet i kommunal sektor var 8,1% i samme kvartal (Bogen & Lien, 2015, s.8).

Hvorfor er så sykefraværet så mye høyere innen kommunal pleie- og omsorg? Arbeidet har vært betraktet som et både fysisk og psykisk tungt arbeid. I mange år hadde man fokus på de fysiske tilretteleggingene i arbeidet og mye ressurser ble brukt for å finne hjelpemidler som skulle redusere de største fysiske utfordringene. I de senere år er fokuset mer blitt dreid mot ledelse og arbeidsmiljøfaktorer, bl.a. psyko-sosiale faktorer. Ose og andre forskere innen sykefraværsområdet (Ose, S.O., Haus-Reve S., Mandal, R. & Pettersen, I., 2011) har de senere årene vært opptatt av at man ikke ensidig bør fokusere på faktorer knyttet til at arbeidet er fysisk tungt, at det til tider er et høyt tidspres og at det kan skorte på ressurser. Dette er helt klart risikofaktorer i forhold til sykefravær, men like viktig er det å trekke frem de positive sidene ved å jobbe på sykehjem, der en inkluderende og omsorgsfull arbeidskultur står sentralt, og vil kunne veie opp for mange av de negative sidene ved arbeidet (Ose et al., 2011, s.12).

Arbeidet i denne sektoren er brukerrettet, og det kan oppleves som psykisk belastende for mange arbeidstakere å måtte forholde seg til at man ikke enhver tid kan levere ønsket kvalitet på tjenestene på grunn av utilstrekkelige bemanningsressurser, utstyr m.m. Denne følelsen av utilstrekkelighet vil i gitte tilfeller kunne føre til sykefravær. Arbeidet foregår i tillegg døgnet rundt gjennom hele året. Arbeidet er organisert i ulike typer turnus, - noe som innebærer at man må jobbe både på dagtid og kveldstid, - og i noen tilfeller også natt. De stadige skiftningene kan over tid oppleves som slitsomme, og gi økt risiko for sykdom (søvnproblemer o.a.)

Ose og Slettebak (2013) har fokusert på at også sykefravær som relaterer seg til forhold av mer sosial karakter kan spille en rolle. Pleie- og omsorgssektoren er en typisk

kvinnearena. Tradisjonelt har det også vært kvinnene som har tatt et betydelig ansvar for omsorgen av barn og omsorgstrengende foreldre. Når det gjelder omsorgen for barn har det gjennom lovverket skjedd mye de siste årene som har styrket mulighetene for far til å være hjemme med barna – spesielt i de første årene. Selv om omsorg for nærstående er fraværsgrunder som etter Folketrygdlovens bestemmelser ikke utløser rett til sykemelding, fant Ose og Slettebak at dette ofte var den egentlige årsaken til det mer uavklarte sykefraværet (Ose & Slettebak, 2013).

I FAFO-rapport 2015-12 spekuleres det også i om pleie- og omsorgssektoren er en sektor som tiltrekker seg en større andel arbeidstakere med forhøyet sykdomsrisiko. Dette begrunnes i at statistikk fra Folkehelseinstituttet (2014 - 2015) viser at personer med lavere utdanning er tilbøyelig til å ha dårligere helse, enn grupper med høyere utdanning (Bogen & Lien, 2015). Organiseringen av arbeidet i denne sektoren kan også være avgjørende, da en opplevelse av å ha begrenset innflytelse på de oppgaver som skal utføres, høyt arbeidstempo og liten oppmerksomhet fra ledelse og arbeidskolleger, samt en opplevelse av å komme til kort i forhold til brukernes behov, lett kan føre til sykefravær. Mye av arbeidet i denne sektoren bærer nettopp preg av slike faktorer (Bogen & Lien, 2015, s.12).

Noen faktorer som kan gi forskjeller i sykefraværet mellom sykehjem som ikke uten videre er mulig å påvirke er alder og bygningsmessige forhold. Eldre arbeidstakere har statistisk noe høyere langtidsfravær enn yngre, noe som kan gi utslag på sykefraværsprosenten i perioder. Bygningsmessige forhold (gamle uhensiktsmessige lokaler) kan gjøre at enkelte sykehjem er mer tungdrevne enn andre, og dermed gi økt risiko for muskel- og skjelettplager (Bogen & Lien, 2015, s.20).

Av faktorer som det er mulig å påvirke på kort sikt er forhold knyttet til organisering. Hvordan er arbeidet og arbeidstiden organisert? Har virksomheten en forsvarlig kompetansemessig dekning? Andre påvirkbare forhold er av mer relasjonell karakter som kommunikasjonen og relasjonene mellom lederne og de ansatte, og de ansatte seg imellom. Målet med denne masteroppgaven er nettopp å kast lys over i hvilken grad disse faktorene fører til variasjon i sykefraværet mellom ellers «like» enheter.

1.5 Oppgavens videre oppbygging

I dette innledningskapitlet er intensjonen med forskningsstudien presentert og gjort rede for. Problemstillingen og forskningsspørsmålene er gjort rede for, og det er gjort nødvendige avgrensninger. I tillegg er det også gitt en kort beskrivelse av de to kommunene og de to sykehjemmene/helse- og velferdssentrene som er omfattet av undersøkelsen. Vi har i forskningsstudien valgt å anonymisere både de involverte kommunene og sykehjemmene (casene). For å skille de to kommunene og sykehjemmene har vi valgt å kalle dem hhv. Kommune Vest/Sykehjem Vest og Kommune Midt/Sykehjem Midt. I tillegg har vi introdusert begrepet sykefravær, og gitt en kort innføring i begreper og utfordringsbilde.

Kapittel 2 tar for seg den teoretiske tilnærmingen til forskningsfeltet og de sentrale organisasjonsteoretiske perspektivene - instrumentelt og institusjonelt perspektiv - før vi mer detaljert tar for oss organiseringen av pleie- og omsorgssektoren med fokus på arbeidstidsordninger, kommunikasjon/kommunikasjonskanaler og kompetanse. I slutten av kapitlet presenteres ulike perspektiver på ledelse, organisasjonskultur og arbeidsmiljøfaktorer.

Kapittel 3 beskriver og begrunner valget av forskningsmetode. I tillegg gis det en detaljert beskrivelse av forskningsprosessen, reliabilitet og validitet, før det avslutningsvis reflekteres rundt de etiske vurderingene og metodebruken.

I kapittel 4 presenteres og drøftes funnene fra undersøkelsen i lys av teorien og perspektivene presentert i teorikapitlet. Vi har valgt å behandle empirien i to steg. I dette kapitlet presenteres empirien og vi foretar en komparasjon av de to sykehjemmene (mest like casedesign), der vi først kartlegger likheter og ulikheter, før vi går videre og ser hva som skiller de to casene på områdene organisasjon, ledelse og organisasjonskultur. Dette tar vi med over i kapittel 5 som er analysekapitlet (selv om det også ligger en drøftingsdel i kapittel 4). Her vil vi trekke inn de viktigste forskjellene som ble avdekket etter komparasjonen i kapittel 4, og analysere dem i tråd med hovedperspektivene i denne undersøkelsen; instrumentelt og institusjonelt/kulturelt perspektiv/tilnærming. Analysen vil gjøres med utgangspunkt i de 5 dimensjonene (jfr. kapittel 1.2).

I Kapittel 6 vil vi presentere våre konklusjoner etter analysen, og knytte disse opp mot problemstillingen og forskningsspørsmålene.

2. Organisasjonsteoretiske perspektiver

I denne masteroppgaven har vi som hovedintensjon å se på hva som påvirker sykefraværet ved kommunale sykehjem. Det er valgt å ha fokus på organisering, ledelse og organisasjonskultur/arbeidsmiljøfaktorer. Det er ikke omfanget - størrelsen på fraværet/sykefraværsprosenten - men derimot å prøve å forstå hvilke mekanismer som gjør at det er så store *forskjeller mellom* virksomheter/enheter som sett utenfra fremstår med samme organisasjonsmessige oppbygning, samme regelverk og økonomiske rammebetingelser, som er fokuset.

Studien har tre hovedfokusområder: Det første er organiseringen av virksomheten og arbeidsprosessene, det andre er ledelse, og det tredje er organisasjonskulturen (arbeidsmiljø/psyko-sosiale forhold).

Slik studien er lagt opp beveger man seg i skjæringspunktet mellom organisasjonsteori og organisasjonskultur. Det innebærer at forskningsoppgavene har et bredt fokus, der vi ved å trekke inn ulike perspektiver og ulike forståelsesmodeller håper å kunne gi mer inngående kunnskap om kompleksiteten i de organisasjonsmessige rammene i denne typen organisasjoner, og hvordan dette påvirker sykefraværmønstret. Komparasjonen mellom de to enhetene er her essensiell. For å forstå hvordan ulik organisering og forskjellig type ledelse innvirker på organiseringen av driften av de undersøkte sykehjemmene vil Christensen (2015) sin modell basert på en strukturell – instrumentell tilnærming (instrumentelt perspektiv og forhandlingsperspektiv) og en institusjonell tilnærming (kultur- – og myteperspektivet) benyttes (Christensen et al., 2015, s.13). I denne oppgaven vil det legges hovedvekt på det instrumentelle perspektivet og kulturperspektivet. Dette er to perspektiver som etter vår vurdering vil kunne gi god innsikt i organiseringen av den enkelte virksomhet og hvordan ledelsen utøves i de undersøkte sykehjemmene, og hvordan dette influerer på sykefraværet. En finner igjen oppdelingen i instrumentelle og institusjonelle forhold også hos andre organisasjonsteoretikere, bl.a. Borman og Deal, Morgan m. flere.

Når det gjelder organisasjonskulturen vil det også suppleres med perspektiver fra organisasjonspsykologien. Her er organisasjonsteoretikeren Edgar Schein (1987) sine bidrag sentrale for å kunne sin noe om forholdet mellom den enkelte medarbeider og den rådende organisasjonskulturen.

2.1 Organisatoriske forhold – organisasjonsstruktur og design

Gjennom spesielt de siste to tiårene har det vært en utvikling i retning av å se på alle typer virksomheter som organisasjoner uavhengig av størrelse, bransje eller eierforhold. Gjennom å introdusere en universell systemide eller identitet som organisasjoner måles gjennom, fremstår de som like (Røvik, 2009, s.67). Prosessen dette skjer gjennom er abstrahering, komponentisering og rasjonalisering.

Gjennom tre abstraksjonsprosesser tømmes det som fremstår som relativt ulike virksomheter for sitt fysisk – materielle innhold, de avlokaliseres, dvs. fremstår med en stedløs identitet, før de av-historiseres, dvs. fremstår som relativt tidløse (Røvik, 2009, s.70).

Gjennom komponentisering gis organisasjonene innhold, dvs.et bilde på hvilke delsystemer/komponenter en organisasjon bør inneha knyttet til ledelse, formell organisasjonsstruktur, personalenhet, organisasjonskultur m.m. Det utvikles et bilde av at disse komponentene er noe «alle» organisasjoner bør ha. Gjennom dette vil organisasjoner som «mangler» enkelte komponenter prøve å tilpasse sin organisasjon, slik at disse kommer på plass (Røvik, 2009, s.71).

Gjennom rasjonalisering utvikles forestillinger om at organisasjoner er gjennomsyret av klare intensjoner og rasjonelle betraktninger. Organisasjoner betraktes å være redskaper for oppnåelse av mål, styrt av et profesjonelt lederskap med en klar forståelse av virksomhetens mål, og myndighet til å iverksette tiltak for å oppnå disse.

Den rasjonelle logikken antas å være felles for alle typer organisasjoner og selv om det finnes en rekke eksempler på at organisasjoner i varierende grad oppnår de ideelle kravene til rasjonalitet og klare intensjoner, er dette idealet noe en bør strebe etter (Røvik, 2009, s.72). Røviks tilnærming er å se organisasjoner på et svært høyt abstraksjonsnivå, og fokusere på det som er likt, mer enn det som skiller.

Denne retningen innen organisasjonsteorien avviser også at offentlig og privat virksomhet skiller seg fra hverandre på noen vesentlige punkter. De understreker i stedet at forhold som størrelse, oppgaver og teknologiske løsninger er det som skiller organisasjonene. New Public Management – tilnærmingen til offentlig sektor fokuserer nettopp på å bygge ned forskjellene mellom offentlig og privat drift, og ikke minst innføre organisasjonsmodeller og arbeidsmåter fra det private næringslivet over på offentlige virksomheter (Christensen et al, 2015, s. 15).

Christensen m.fl. er på sin side er klar på at offentlige organisasjoner på mange vesentlige punkter skiller seg fra private organisasjoner. De er *politiske* organisasjoner, de har *folkevalgt* ledelse og de er *multifunksjonelle* (Christensen et al., 2015, s.18).

Organisatoriske forhold betegner de strukturelle og formelle forholdene i den enkelte virksomheten. Det dreier seg om ansvarsforhold (hvem man rapporterer til), størrelsen på den enkelte enheten, avdelingen og team, arbeidstid og en arbeidsplass. Det er ansvarsforhold (rapporteringsveier), størrelse på enheter og grupper, team, kompetanse, arbeidstid (turnus og skiftordninger) og kommunikasjonskanaler.

En klar forutsetning for å få til både god ressursutnyttelse og måloppnåelse er at måten organisasjonen er organisert underbygger stabilitet og pålitelighet. I alle organisasjoner er grunnelementet at det er oppgaver som skal utføres. Det oppstår da et behov for koordinering på ulike nivåer. Enkeltpersoner i organisasjonen tillegges oppgaver og ansvar/myndighet for oppgavekoordinering, noe som til sammen gir organisasjonen den nødvendige strukturen. (Andersen & Abrahamsson, 1996, s. 57)

Organisasjonsstrukturen må være tilpasset den enkelte organisasjons behov og de oppgaver og tjenester som skal utføres. Organisasjonsstrukturen nedfelles vanligvis i et organisasjonskart, men må også suppleres med arbeids – og stillingsbeskrivelser, regler og rutiner. (Christensen et al., 2015).

En sentral teoretiker innen organisasjonsteorien er Henry Mintzberg. Han introduserte på slutten av 1970-tallet ideen om strukturelle konfigurasjoner. Hans utgangspunkt var en rekke empiriske observasjoner som viste at organisasjoner har ulike formelle strukturer. Disse skiller seg systematisk fra hverandre når det gjelder arbeidsdeling, koordinering og styring (Mintzberg, 1980). Mintzberg utviklet og presenterte et sett av ulike organisasjonsformer (konfigurasjoner) som han mente fanget opp hvordan de fleste virksomheter var organisert. Mintzberg hevdet at alle organisasjoner består av 5 hoveddeler; operativ kjerne, mellomledelse, toppledelse, teknostruktur og støttestruktur, der de tre første delene ivaretar den direkte vare- og tjenesteproduksjonen, mens de to siste tilhører stabsfunksjonene. Teknostrukturen ivaretar bl.a. oppgaver som produksjonsplanlegging, opplæring og personal, mens støttefunksjonene innebærer oppgaver som f. eks. renhold (Mintzberg, 1980).

Mintzberg introduserer 5 ulike typologier: entreprenørorganisasjonen, maskinbyråkratiet, det profesjonelle byråkratiet, den innovative organisasjonen og den divisjonaliserte organisasjonen.

Av disse fem konfigurasjonene er det maskinbyråkratiet og det profesjonelle byråkratiet som er mest aktuelle med tanke på organiseringen av kommunale sykehjem/helse- og velferdssenter.

Maskinbyråkratiet har en klar horisontal arbeidsdeling og spesialisering som sitt fremste kjennetegn. I tillegg er de fleste oppgaver underlagt klare, skriftlige regler for hvordan de skal utføres. Et hierarki definerer hvem som har beslutningsmyndighet og ansvar innenfor de enkelte områdene. Maskinbyråkratiet har en stor teknostruktur som etterser at regler blir fulgt. Dette er Webers klassiske byråkratimodell (Weber, 1922/2000). Fordelene med denne organiseringen er klare ansvarsforhold, forutsigbarhet og stabile rammer. Ulempene er manglende fleksibilitet ved behov for raske endringer i produksjon, eller oppgaveløsning. Selv om denne organisasjonsformen har fått mye kritikk, er det fortsatt svært mange virksomheter som har maskinbyråkratiske trekk (Mintzberg, 1980).

Det profesjonelle byråkratiet beskriver også karakteristika som vil kunne gjenfinnes i sykehjemsdrift. Her består den operative kjerne av høyt kvalifiserte, profesjonelle medarbeidere som gjennom utdanning og erfaring har skaffet seg den nødvendige kompetanse til å løse virksomhetens oppgaver på en god måte. Standardisering av oppgaver løses ved at medarbeiderne som rekrutteres har en felles fagbakgrunn, og dermed en felles plattform for hvordan oppgaver skal løses. Beslutninger tas i stor grad mellom likeverdige, høyt kvalifiserte medarbeidere. På minussiden kommer at det kan oppstå interessekonflikter mellom ulike fagmiljøer, noe som kan skape dårlig samarbeidsklima og styringsproblemer. Knivingen i helsevesenet mellom leger og sykepleiere og sykepleiere og annet pleiepersonell er et av mange eksempler. Det vil også kunne være utfordringer knyttet til kostnadskontroll når faglige vurderinger møter budsjettmessige hensyn (Mintzberg, 1980).

2.2 Perspektiver på organisasjonsutforming

Målet for alle offentlige organisasjoner er at de skal utføre oppgaver på vegne av fellesskapet. I dette ligger det at de fungerer som redskaper/instrumenter i utøvelsen av

ulke oppgaver i samfunnet. Organisasjonene handler formålsrasjonelt, dvs. de vurderer de ulike alternativene som foreligger, og velger det alternativet som fremstår som mest hensiktsmessig for å nå de oppsatte målene. Denne formålsrasjonaliteten gir virkninger både på selve organisasjonsstrukturen og innvirker på måten oppgavene blir utført på (Christensen et al., 2015, s.34).

Det vesentlige i et instrumentelt perspektiv på organisasjoner vil være å klarlegge mål – middel-forståelsen, og se på om resultatene er i tråd med målene for organisasjonen. En formell organisasjonsstruktur sier noe om posisjoner og regler for hvem i organisasjonen som skal gjøre hva og hvordan de enkelte oppgavene skal utføres (Christensen et al., 2015, s.35).

2.2.1 Det instrumentelle perspektivet

Den formelle organisasjonsstrukturen fastlegger hvilke formelle roller eller posisjoner de enkelte medlemmene av organisasjonen har. Organisasjonsstrukturen fremkommer vanligvis gjennom organisasjonskart og andre skriftlige rutiner og regelverk knyttet til organisasjonen. Organisasjonsstrukturen er upersonlig, dvs. at den ikke knyttet opp mot enkeltpersoner, men har fokus på posisjon. Den formelle organisasjonsstrukturen utformes ved at oppgavene knyttet til organisasjonen er satt sammen på en bestemt måte (samordnet) og med ulik grad av spesialisering. (Christensen et al., 2015, s.38).

Den byråkratiske modellen innebærer høy grad av hierarkisk oppbygning, arbeidsdeling og rutinisering av oppgaver. Videre vil en slik modell kjennetegnes av både vertikal og horisontal spesialisering. Den vertikale spesialiseringen innebærer at oppgaver blir fordelt på ulike nivåer i organisasjonen, mens den horisontale fordeler oppgaver på samme nivå. Christensen (2015) viser til at den horisontale spesialiseringen ofte deles inn etter fire ulike prinsipper. Det første prinsippet innebærer at man deler inn etter formål, eller sektor. Det andre prinsippet vil være å dele inn oppgavene etter fremgangsmåten, det såkalte prosessprinsippet. Det neste prinsippet er klientprinsippet, der man samler oppgaver som berører bestemt grupper i samfunnet. Dette er et prinsipp som kommunene i stor grad benytter gjennom en organisering av f. eks. oppvekstetat eller helseetat. Det siste prinsippet er en inndeling basert på geografiske prinsipper. Kommunal forvaltning og tjenesteyting skjer innenfor et definert geografisk område (vanligvis kommunegrensene) (Christensen et al., 2015, s.39-40).

Motstykket til hierarki er en helt flat struktur, der alle deler av virksomheten ivaretas på samme nivå. Etter 1993 har de fleste kommuner arbeidet for å redusere antallet ledernivå – spesielt gjennom å fjerne mellomledernivået - for å kanalisere flere ressurser ut i direkte tjenesteproduksjon. To-nivå – organiseringen i kommunene, der leddene mellom kommunens øverste administrative ledelse og enhetslederne ble tatt bort, er et eksempel på dette.

Den formelle organiseringen – organisasjonskartet – er med på å strukturere måten arbeidet i organisasjonen blir utført på, og graden og typen spesialisering i tillegg til beslutningsadferden, påvirker utfallet av sakene, noe som kan innebære at ulike oppgaver kan bli mer eller mindre godt ivaretatt.

Den instrumentelle tilnærmingen til organisasjoner forutsetter at ledelsen har et klart bilde av hva som skal utføres, og at dette følges opp av alle i organisasjonen. Dette behøver ikke å være tilfelle, og man vil da oppleve at enkeltgrupper eller interessenter skaper inngår interessefellesskap som åpent eller skjult, systematisk arbeider for å endre måten oppgavene løses på (Christensen et al., 2015, s. 50).

2.2.2 Det institusjonelle perspektivet

Organisasjonsforskeren Philip Selznick (1997) skiller klart mellom de formelle og de uformelle normene i en virksomhet. De formelle normene er de faste rammene, organisasjonskartet, rutiner og retningslinjer, mens de uformelle normene ikke er faste størrelser, men vokser gradvis frem. Man får institusjonaliserte organisasjoner. Organisasjonen blir gjennom dette mer sammensatt, noe som påvirker både arbeidsformer og veivalg. Fordi de fleste offentlige organisasjoner har mange ulike oppgaver vil også den interne kulturen – organisasjonskulturen - kunne være forskjellig fra avdeling til avdeling. Gjennom fysiske symboler vil en fra ledelsens side kunne signalisere hva man ønsker at skal gjennomsyre organisasjonen. Dette samme gjelder utvikling av visjoner og verdier for virksomheten. Normalt skjer disse prosessene i tett samhandling med de ansatte, og der man ønsker å komme frem til et felles sett av normer som man ønsker skal gjennomsyre virksomheten, og som de fleste har et eierforhold til.

Mens en handlingslogikk innenfor det instrumentelle perspektivet vil være å følge nøye opptrukne skriftlige retningslinjer og rutiner, ligger fokuset innen organisasjonskulturen

og kulturperspektivet på logikken om «passende adferd» (Christensen et al., 2015, s.54). Mens den instrumentelle logikken har fokus på avveininger av for – og motargumenter, vil det kulturelle perspektivet ifølge Christensen knyttes opp mot gjenkjennelse, identitet og handlingsregler. Logikken om «passende adferd» vil i sin natur være retrospektiv gjennom at man velger handlingsalternativer basert på hva som har fungert bra tidligere.

Gjennom denne typen læring gjennom erfaring vil det ofte være de som har vært lengst i organisasjonen som vil ha en fordel. En annen måte å benytte logikken om passende adferd vil være å se på hvordan en aktuell oppgave ble løst siste gang. Man vektlegger med andre ord erfaring av ny dato (Christensen et al., 2015, s.55).

Man kan også hente erfaring fra hvordan andre organisasjoner har løst tilsvarende oppgaver. Det er det som Røvik (2007, s.22) kaller dekontekstualisering, dvs. at andres erfaringer overføres til egen virksomhet uten at man det skjer store endringer, mens kontekstualisering innebærer at man henter erfaringer fra tilsvarende virksomheter og overfører praksisen til egen virksomhet med nødvendige tilpasninger (Røvik 2007).

Kategorisering er også en mulig måte å løse oppgavene på. Her vil det være sterke kulturelle normer og verdier som vil være retningsgivende for hvordan en aktuell problemstilling vil kunne løses.

Fordelen med å handle ut fra det som er passende adferd vil være at det gir et stort handlingsrom i utøvelsen av arbeidet, såfremt man er kjent med de rådende kulturelle normene og verdiene. I noen sammenhenger vil man også ha møtt normene for passende adferd allerede før man begynner i jobb. I pleie- og omsorgssektoren vil dette kunne gjelde helsearbeidere og sykepleiere som gjennom flerårige skoleløp er skolert i hva som anses for passende adferd. Utfordringen vil være når man introduserer nye yrkesgrupper, eller yrkesutøvere som har tatt profesjonsutdanningen der andre normer og verdier er mer fremtredende.

2.3 Viktige trekk ved organiseringen av pleie- og omsorgssektoren i kommunene

I dette kapitlet vil vi se nærmere på spesifikke trekk ved organiseringen av pleie- og omsorgssektoren som hver for seg, eller sammen vil kunne ha en påvirkning på sykefraværet i sektoren. Vi har valgt å se nærmere på arbeidstidsordningene, på

kommunikasjon og kommunikasjonskanaler og kompetanse. Disse faktorene vil stå sentralt i den senere drøftingen og analysen av organiseringen av virksomhetene.

2.3.1 Arbeidstidsordninger

Pleie- og omsorgssektoren, sammen med andre offentlige tjenester som politi, brannvesen og forsvaret er sammen med ulike typer industriproduksjon eksempler på virksomheter som drives helkontinuerlig, dvs. 24 timer i døgnet - alle årets dager. Ansatte innenfor denne typen virksomheter går inn i ulike typer turnus- eller skiftarbeid, som i vesentlig grad avviker fra normalt dagtidsarbeid.

Når det gjelder arbeidstidsordninger innen helsesektoren har det i de siste årene kommet flere ulike modeller. Pleiesektoren er en sektor som skal bemannes 24/7. Dette har tradisjonelt blitt løst gjennom en tre-delt turnus («rundturnus»), der vaktene fordeles på pleiepersonalet etter et avtalt mønster (noen dagvakter, noen ettermiddagsvakter/ aftenvakter og noen nattevakter). I de senere årene har løsninger der nattskiftene er skilt ut og bemannet med egne, dedikerte medarbeidere blitt mest vanlig.

Andre løsninger er såkalt nordsjøturnus (et visst antall 12 timers-vakter avløst av en lengre friperiode). Den todelte turnusen med dag/kveldsvakter og helgearbeid hver tredje uke har vært dominerende, men utfordres nå av «ønsketurnus», som innebærer at den enkelte medarbeider selv kan sette opp ønsker om arbeid, og det vanligvis for et kalenderår av gangen. Bakgrunnen for ønsketurnusen er å gi den enkelte medarbeider større innflytelse over sin egen arbeidstid. Ulemper med denne løsningen er at det i mange tilfeller overlates til de ansatte å bli enige om turnusen, noe som kan føre til at deler av personalgruppen kan bli skadelidende fordi deres behov ikke blir tilstrekkelig vektlagt. Klare avtaler om hva turnus må inneholde av dagvakter, ettermiddagsvakter og helgearbeid, samt organiseringen av helligdagsjobbing er her avgjørende. Ønsketurnus kan ellers lett bli «den sterkestes rett». Arbeidet med turnusen bør derfor skje i et tett samarbeid med ledelsen som har et hovedansvar for å sikre at arbeidstidsordningen er forsvarlig, både i forhold til driften og i forhold til den enkelte ansatte. (Lie, J.-A. S. et.al, 2014).

Begrepet skiftarbeid benyttes om arbeidstidsordninger der det etter bestemte arbeidsplaner arbeides på dagtid, på ettermiddag/kveld eller om natta. Skiftarbeid er karakterisert ved at arbeidstakeren arbeider på et skiftlag og at det arbeides like mange

timer på hvert skift i løpet av den avtalte skift-perioden. Dette er en mye benyttet ordning innen industri- og produksjonsrettet virksomhet.

Begrepet turnusarbeid på sin side benyttes derimot der behovet for arbeidskraft varierer gjennom døgnet, med størst behov for personell på dag/ettermiddag, og mindre på natta. Rytmen i arbeidsbelastningen blir dermed en annen. Dette er den arbeidstidsordningen som er mest dominerende i helsevesenet. Det finnes mange ulike turnusordninger (2-skift, 3-skift, «ønske»-turnus m.m.). 2-skiftsordning innebærer arbeid på dag/kveld med egne ansatte på natt, 3-skift innebærer at man jobber både dag, kveld og natt. Ønsketurnus innebærer at som arbeidstaker i større grad kan påvirke hvor mye og når man vil arbeide, så lenge man holder seg innenfor avtaleverket.

Alle mennesker har en biologisk klokke som styrer våkenhet og søvn, kroppstemperatur og hormoner som styrer mange av kroppens funksjoner. Disse hormonene, bl.a. kortison, er gjennom måten det utskilles på med på å lage døgnrytmer (circadiane rytmer) - en type døgnrytmeklokke.

Dersom vi har en jobb med normalarbeidstid, dvs. eks. fra 0800 – 1600, står vi gjerne opp til samme tid hver morgen. Når vi står opp og utsettes for lys, resettes døgnrytmeklokken. Når vi jobber til ulike tider gjennom døgnet (skiftarbeid og nattarbeid), stemmer ikke lenger døgnrytmeklokken, og kan være innstilt på lav aktivitet i en periode der jobben krever høy årvåkenhet (f.eks. ved arbeid i sykehus og pleie- og omsorgssektoren) Mange arbeidstakere sliter med omstillingen av døgnrytme (Sterud, T., Knardahl, S., Labriola, M. & Lund, T., 2010).

Arbeidstidsordninger kan ha betydning for en rekke forhold som er viktige for både ansatte og arbeidsgiver. Eksempler på dette kan være sikkerhet og prestasjonsevne, feilhandlinger, unnlater, effektivitet og problemløsning. Det vil også kunne ha store konsekvenser for helse gjennom økt risiko for helseplager og sykdom. Av mer personlige/sosiale faktorer er familie og venner, fritidsaktiviteter, trening og kosthold. Alle disse faktorene blir på en eller annen måte påvirket av en avvikende døgnrytme.

Det er i hovedsak tre forhold som bestemmer våkenhet eller søvnlighet. Den første faktoren er hvor man befinner seg i sin egen døgnrytme (tidlig eller sent på dagen), hvor lenge det er siden man sov sist, og hvor lenge og hvor godt man sov da man sov sist (Sterud et al., 2010).

Arbeidstidsordninger omfatter derfor mange faktorer:

- ✓ Hvor lenge varer arbeidsperioden?
- ✓ Når på døgnet arbeider man?
- ✓ Hvor raskt må man endre døgnrytme (rotasjonshastighet) og hvilken vei må man resette døgnrytmen (rotasjonsretningen)?
- ✓ Hvor lang hviletid har man mellom skiftene?
- ✓ Hvor mange måltider spiser man under hvert skift?

Mange virksomheter som er avhengig av å ha medarbeidere på plass døgnet rundt, helsesektoren, politiet o.a. reduserer planlagte aktiviteter på natt til et minimum. Dette for å ivareta sikkerhetshensyn og faren for feilhandlinger. En opplever imidlertid at noen virksomheter også reduserer antall medarbeidere til et minimum, noe som gjør at arbeidspresset likevel kan oppleves like intenst som på dagtid i mange tilfeller (Sterud et al., 2010). Dermed kan man raskt komme i en situasjon der man «nuller ut» effekten av lavere aktivitetsnivå. Innen pleie- og omsorgssektoren ser en eksempler på at det tidvis bare er en til to ansatte på jobb på natta, og som forventes å skulle ivareta sikkerhet og trygghet for et stort antall sykehjemsbeboere.

De to enhetene som er med i denne undersøkelsen har valgt å holde på en to-delt turnus med egen nattevakt-turnus. Den ene enheten har ingen planer om snarlige endringer, mens den andre er åpen for å se på alternative måter å organisere arbeidstiden på.

2.3.2 Kommunikasjon og kommunikasjonskanaler

I arbeidslivet er kommunikative ferdigheter blitt stadig viktigere. Effektiv kommunikasjon er være vesentlig for å kunne nå målene som er satt opp for virksomheten. Ved utformingen av gode organisasjonsformer innen pleie- og omsorgssektoren er effektive kommunikasjonsstrukturer helt avgjørende. Gjennom beslutninger i folkevalgte organer som kommunestyre/bystyre påvirkes rammevilkårene for de enkelte sektorene i kommunen. Ledelsen ved den enkelte enhet har ansvar for å bringe styringssignalene videre ut i organisasjonen, og til den enkelte ansatte. Dette krever en god kommunikative kompetanse som innebærer evne til å både forstå og videreformidle informasjon på en effektiv og god måte. (Kaufmann & Kaufmann, 2015, s. 393). Kommunikasjon er en av de viktigste samordningsprosessene i organisasjoner, der ny teknologi, nye arbeidsmåter og utfordringer knyttet til ressurser og ressursbruk, er sentralt. Dette merkes også innenfor pleie- og omsorgssektoren og sykehjemmene,

der de politiske signalene i forhold til ønsket standard på tjenestene ikke nødvendigvis samsvarer med de ressursene som stilles til rådighet. God kommunikasjon begge veier er derfor essensielt.

Kommunikasjonsformene kan være både gjennom språket (muntlig/skriftlig), men også non-verbal gjennom øyekontakt, kroppsbevegelser etc. Som arbeidstaker vil det fra tid til annen oppstå situasjoner der man ikke kan eller vil gi språklig uttrykk for misnøye/utilfredshet, men i stedet viser det gjennom væremåte og kroppsspråk.

Dette kjennetegner pleie- og omsorgssektoren der en ofte vil kunne møte brukere som i mindre grad klarer å gjøre seg forstått gjennom språket, og der pleierens evne til å lese kroppsspråket er helt avgjørende.

Kommunikasjonsretningen i organisasjoner er ofte et direkte resultat av organisasjonsplanen. I offentlig sektor er det å gå tjenestevei vesentlig – og inviterer dermed både til nedover-kommunikasjon og oppover-kommunikasjon. Fra politisk nivå, via enhetsleder og avdelingsledere til den enkelte ansatte, og samme vei tilbake. I tillegg vil det også være mye kommunikasjon som foregår på samme nivå (lateral kommunikasjon) (Kaufmann og Kaufmann, 2012, s. 407 - 409).

2.3.3 Kompetanse

Kunnskap og kompetanse er et begrep som i dagligtale brukes i mange sammenhenger, og ofte med vidt forskjellig betydningsinnhold. Kvalshaugen og Wennes (2012, s.202) definerer kompetanse som en samlebetegnelse på kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger. Kunnskap i denne sammenheng er den teoretiske kunnskapen som den enkelte medarbeider innehar. I hvilken grad du klarer å omsette denne kunnskapen til praktisk handling avspeiles i ferdighetene. Evner sier noe om den enkeltes potensiale for å kunne tilegne seg både teoretiske og praktiske ferdigheter. Holdninger inkluderer våre oppfatninger, følelser og handlingsintensjoner. De er relativt stabile og forandres vanligvis svært sakte.

Kompetanse kan også deles inn i formal – og realkompetanse. Formalkompetansen vil ofte vektlegges tungt i starten av en yrkeskarriere, mens realkompetansen (dvs. både teoretisk utdanning og praktisk erfaring fra arbeidslivet, organisasjonsdeltakelse og familieliv), teller mer senere i karriereløpet. I pleie- og omsorgssektoren er det et sterkt fokus på faglighet, noe som gjør at man i størst mulig grad ønsker faglærte inn i ledige

stillinger. Om lag en av tre ansatte i sektoren har enten høgskoleutdanning eller fagbrev innen relevant helsefag (Almlid et al, 2010). Samtidig ser man at ufaglærte med lang erfaring innen helsesektoren utgjør en betydelig ressurs for virksomhetene.

Ytterligere en måte å dele inn kompetanse på vil være å gjøre et skille mellom faglig kompetanse, lederkompetanse, personlig kompetanse og sosial kompetanse.

De ulike typene kompetanse vil være sentrale i drøftingen av funnene fra undersøkelsen ved de to sykehjemmene, da dette omfatter både organisasjonsmessige forhold (faglig kompetanse), ledelse (lederkompetansen), personlig og sosial kompetanse (både ledelse og organisasjonskulturen).

2.4 Ledelse

Christensen (2015, s.124) beskriver ledelse som organisasjonsatferd. Ledere arbeider innenfor et rammeverk der de både påvirkes av og nyttiggjør seg den formelle strukturen som omgir dem, samtidig som de også er påvirket av de verdiene og normene som kjennetegner organisasjonen. I en instrumentell kontekst innebærer dette styring *av*, mens styring *i* innebærer fokus på institusjonelle forhold gjennom et tydeligere medarbeider- og kulturperspektiv.

Ledelse innebærer å koordinere organisasjonens oppgaver og medarbeiderne. Yukl (2013, s. 26) har beskrevet ledelse som en prosess som har som formål å påvirke andre til å trekke i samme retning, slik at man oppnår organisasjonens mål. Mintzberg (1980) har en tredelt definisjon på lederrollen i organisasjoner – en informasjonsrolle, en beslutningsrolle og en relasjonsrolle. Informasjonsrollen innebærer at lederen målbærer informasjon både internt og eksternt som berører driften av organisasjonen.

Beslutningsrollen innebærer et ansvar for beslutninger knyttet til oppgaveløsning, organisasjonsendring, konflikthåndtering og ressursallokering. I relasjonsrollen ligger både det å være talerør utad, motivere ansatte til å gjøre sitt ytterste for å oppnå organisasjonens mål, men også fungere som «lim» i organisasjonen og sørge for at de ulike delene av staben jobber sammen på best mulig måte.

I organisasjonsvitenskapen har det vært et fokus på styring som innebærer å gjøre de nødvendige beslutninger og påvirke adferden i organisasjonen gjennom bruk av formelle styringsinstrumenter (Christensen, 2015, s.123). Ledelse vil i denne konteksten være sammenfallende med styring, der det er de formelle funksjonene/rollene til den

enkelte ansatte som står sentralt, mer enn den enkelte ansatte. I et instrumentelt perspektiv vil organisasjonskulturen være noe som *er* der, og som ledelsen kan påvirke i ønsket retning, mer enn noe som vokser frem, og er et speilbilde av de ansattes verdier og holdninger (Christensen, 2015, s.125).

Byrkjeflot (1997) beskriver en gradvis utvikling fra styring til ledelse gjennom 1990-tallet, noe han forklarer med større grad av konkurranseutsetting, også av offentlige tjenester, autoritetsforvitring, avhierarkisering, mer indirekte normativ styring og endret forståelse av demokratibegrepet. Han trekker også frem den økte profesjonaliseringen og ledelse som et eget fagfelt. Definert slik er ledelse forankret innenfor det institusjonelle perspektivet med sitt fokus på verdier og normer og medarbeiderne *i* organisasjonen. Innenfor offentlig sektor kan det oppstå et spenningsforhold mellom styring på den ene siden og ledelse på den andre gjennom at det forventes styring i tråd med politiske og administrative signaler, samtidig som virksomheten skal ledes på en god måte i forhold til de ansatte. I de senere årene har man igjen sett en dreining mot mer styring.

I den videre drøftingen av styring og ledelse ved de to sykehjemmene som er omfattet av undersøkelsen, vil vi se på hvilke virkemidler ledelsen bruker for å påvirke og relasjonen mellom ledelsen og de ansatte (Christensen, 2015, s.129).

Tabell 2.4.1 Påvirkning av atferd gjennom ledelse, styring, kontroll og fjernledelse

Trekk ved relasjonen påvirker/de som påvirkes	Virkemiddel		
		Formell	Uformell
	Direkte	1. kontroll	2. ledelse
Indirekte	3. styring	4. (Fjern) ledelse	

(Christensen, 2015, s.129)

Rute to og tre indikerer ideal - formene av styring og ledelse. Styring er her definert som den indirekte påvirkningen som er et resultat av det formelle rammeverket i virksomheten: organisasjonskart, prosedyrer og rutiner. Styringen kan være basert på tillit, men også på tilsyn og kontroll. Ledelse er den direkte påvirkningen som skjer i kommunikasjonen mellom leder og ansatt. Rute 1 og 4 er hybridformer. Kontroll kan innebære at styringen av den enkeltes adferd på arbeidsplassen også kan foregå direkte gjennom bl.a. kontroll og tilsyn. Rute 4 er knyttet til lederskap der leder er i stand til å påvirke de ansattes verdier og holdninger indirekte, dvs. uten å være tilstede geografisk.

2.5 Organisasjonskultur og arbeidsmiljø

Interessen for organisasjonskultur vokste frem på 1970- og 1980- tallet blant organisasjonsteoretikere og organisasjonsforskere som fattet interesse for hva som gjorde at enkelte virksomheter lyktes bedre enn andre selv om de hadde noenlunde de samme økonomiske rammebetingelsene.

Schein (1987) beskriver organisasjonskultur som både enkeltmenneskers adferd i organisasjoner men også som måten organisasjonene strukturerer sin egen virksomhet på, der det er viktig å se på samspillet mellom de disse faktorene. (Schein 1987:7). Gjennom måten bedriften organiserer sin virksomhet på (regler, rutiner, fysisk utforming, grunnleggende verdier) og de enkeltes medarbeideres forståelse av og oppslutning rundt disse elementene, skapes organisasjonskulturen.

Organisasjonskultur er siden da blitt definert på mange ulike måter, men det er organisasjonsteoretikeren Edgar Scheins definisjon som er blitt stående som den mest toneangivende. I boka «Organisasjonskultur – og ledelse (1987) definerer han organisasjonskultur som:

«Et mønster av grunnleggende antagelser skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer seg å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene. (s.7)

Schein var opptatt av at det å forstå den underliggende kulturen i organisasjoner var helt avgjørende for ledere for å kunne oppnå de ønskede målene for virksomheten.

Schein hevdet at de grunnleggende antakelsene utgjorde et mønster - en sammensatt og kompleks helhet med en rekke underliggende forstillinger som henger sammen. Til sammen skaper disse en identitet – en kjerne - som er karakteristisk for den enkelte virksomheten og menneskene som arbeider der – og som gjensidig påvirker hverandre. Bevissthet rundt denne komplekse helheten er avgjørende dersom man ønsker å endre kulturen.

Denne identiteten er tett knyttet til det overordnede formålet for virksomheten, som gjerne er nedfelt i en visjon.

Schein fokuserer videre i sin definisjon på at kultur dannes som følge av ekstern tilpasning og intern integrasjon. Løser man utfordringer skaper man kultur. Samtidig er man påvirket av kulturen som omgir virksomheten. Kulturen er med andre ord i stadig

endring. De verdiene og normene som kjennetegner samfunnet omkring dominerer også gjerne virksomhetene, samtidig som det også vil være noe som særpreger virksomheten. Schein (1987) utviklet en modell som delte kulturen inn i tre lag eller nivåer: artifakter, verdier og grunnleggende antagelser (assumptions).

Artifaktene er knyttet til det som er synlig; organisasjonskart, årsmeldinger, klesdrakt, fysisk utforming av lokaler m.m. Det er også hvordan de ansatte oppfører seg, utøver oppgaver sine, kommuniserer og samarbeider.

Verdiene er knyttet til hvordan man velger å utføre en bestemt oppgave. Dersom et nytt problem skal løses markerer det første løsningsforslaget en verdi. Forslagsstilleren kan være overbevist om at dette er den riktige måten å angripe problemet på, men vil ikke akseptere verdien før etter en grundig diskusjon. Schein beskriver at det da skjer en transformasjon der verdien går fra å være en verdi til oppfatning før den ender som en antagelse. Deretter går den inn som en ubevisst del av måten man agerer på i forhold til denne typen problemer i organisasjonen. Disse ikke-eksplisitte antagelsene og følelsene fungerer som motivasjonsfaktorer og driver både de ansatte og virksomheten fremover. Til sammen utgjør de et verdsett som preger virksomheten.

I helse- og sosialsektoren kan nettopp ulikheter i verdsett mellom ledere og de som arbeider «på golvet» kunne skape utfordringer. Helsearbeiderne har gjerne et verdsett knyttet til å ivareta enkeltpersoner, mens ledere har fokus på økonomi og rasjonell drift.

Det er i tillegg mange verdier som ikke gjennomgår denne transformasjonen, men forblir bevisste. Dersom de formuleres eksplisitt vil de kunne fungere som et normgivende og moralsk kompass i organisasjonen. Utarbeidede visjoner og verdier vil falle inn i denne kategorien, og fungere som retningslinjer for hva som er akseptable væremåte og adferd. Denne adferden er ofte synlig på artifakt-nivå.

Schein er imidlertid opptatt av at man skiller mellom de verdiene som sammenfaller med de underliggende antagelsene, og de som er mer et bilde på en ønsket situasjon. Visjoner og verdier utarbeidet i virksomheten vil ofte havne i den siste kategorien, såfremt de ikke er kommet som resultat av en transformasjonsprosess.

Schein (1987) har fokus på de positive sidene ved en sterk organisasjonskultur, men ser også at det i noen sammenhenger kan være utfordringer. I møte med andre kulturer kan det være vanskelig å «lese» kulturen riktig, ettersom de grunnleggende antagelsene er så

grunnfestet. Slike utfordringer kan oppstå i møte med fremmede kulturer, men også dersom man skifter arbeidsgiver, eller arbeidsplass. På den enkelte arbeidsplass kan det i tillegg finnes ulike subkulturer som avviker fra den rådende kulturen i virksomheten.

Psyko - sosialt arbeidsmiljø er ikke entydig definert i teorien. Man snakker gjerne om den delen av arbeidsmiljøet som ikke er av fysisk karakter, og der psykiske, sosiale og organisatoriske forhold er fremtredende og på ulikt vis påvirker menneskene som jobber der. Måten vi forholder oss til jobben på – våre jobbholdninger - er et område innen psykologien som det er blitt forsket mye på blant organisasjonspsykologene. Judge, Hulin og Dalal (2014) fremhever at *jobbholdning* er de mange holdningene av vurderende og følelsesmessig art vi har til jobben. Noe mer presist kan man si at jobbholdning er de mer gjennomtenkte tankene, følelsene og handlingene som er knyttet til arbeidet.

Jobbtilfredshet sier på den annen side noe om hvordan vi opplever jobben vår i dimensjonen negativ – positiv. En høy grad av jobbtilfredshet tilsier at de fleste behov, krav og forventninger til jobben er oppfylt.

Et annet sentralt begrep er *jobbforpliktelse* (organizational commitment). I dette ligger det at man identifiserer seg med jobben og arbeidsoppgavene og viser et positivt engasjement overfor jobben. Både jobbtilfredshet og jobbforpliktelse er holdninger som har vært sentrale når man ønsker å se på fravær, turn-over, trivsel og produktivitet (Judge, 2012).

I arbeidsmiljøloven er intensjonen å bidra til at alle har et arbeidsmiljø som hindrer sykdom og som tar vare på de enkelte arbeidstakernes fysiske, psykiske og sosiale helse. Dette er nedfelt i §§4.1 - 4.4. og som populært kalles «trivselsparagrafen». Paragrafen vektlegger mulighet for faglig og personlig utvikling, størst mulig grad av selvbestemmelse og påvirkning på arbeidshverdagen for å unngå ensformighet og fremme meningsfylte oppgaver. Den fremhever også at arbeidsgiver i sin planlegging skal ta hensyn til behovet for informasjon, opplæring og medbestemmelse, og ikke minst ivaretagelse av sikkerhet og beredskap (Arbeidsmiljøloven, 1997, §§4.1 - 4.4).

Kjennetegnet ved et godt psykososialt arbeidsmiljø preges gjerne av at man gir hverandre gjensidig anerkjennelse, konstruktiv kritikk og at den enkelte får utnyttet sin kompetanse. Målene for arbeidet er klare, og man vet hvilke oppgaver som skal prioriteres. Kommunikasjonen innad i organisasjonen er god både mellom

arbeidstakerne og mellom arbeidstakerne og ledelsen med preg av nærhet, åpenhet og trygghet. Den enkelte arbeidstaker har mulighet til å bruke sine evner, og utvikle seg i jobben. Dårlige arbeidsmiljøer kjennetegnes på sin side av høyt fravær, stor gjennomtrekk av personale og kommunikasjons- og samarbeidsproblemer både mellom den enkelte arbeidstaker, og i forhold til ledelsen. Dette er noe som i sin tur går utover servicegraden og produktiviteten.

2.6 Oppsummering av teorigrunnet og empiriske forventninger

Gjennom dette teorikapitlet har vi presentert relevant teori knyttet til de tre hovedområdene: organisering, ledelse og organisasjonskultur. Det overordnede teoretiske rammeverket er de to hovedperspektivene til Christensen (2015): instrumentell og institusjonell tilnærming/kulturperspektivet. I kapittel 2.3 har vi belyst tre hovedområder innenfor organiseringen av pleie- og omsorgssektoren (arbeidstidsordninger, kommunikasjon og kompetanse) som vil bli trukket inn i drøftingen og analysen av organiseringen ved sykehjemmene. I tillegg har vi sett nærmere på noen lederteorier og ulike teorier knyttet til organisasjonskultur og arbeidsmiljø. Lederteoriene og Scheins beskrivelse av organisasjonskultur er tatt med for å vise bredden i teoritilfanget, og for å kunne supplere vårt valgte hovedperspektiv på enkelte områder (bl.a. når det gjelder psyko-sosialt arbeidsmiljø).

I dette forskningsprosjektet skal vi se nærmere på hvordan sykefravær kan påvirkes av organisering/organisasjonsstruktur, ledelse og organisasjonskultur/arbeidsmiljø. Vi ønsker gjennom de 17 intervjuene å bruke de to hovedperspektivene som det er redegjort for i teoridelen til å få et klarere bilde av hva som kan være utløsende for sykefravær ved kommunale sykehjem. Vi har ingen klare hypoteser vi ønsker å teste, men vil i stedet bruke de to hovedperspektivene som «briller». På denne måten bruker vi perspektivene til å se etter formelle og uformelle trekk ved organiseringen, ledelsen og organisasjonskulturen.

Gjennom å bruke det instrumentelle perspektivet har vi en forventning om å finne ut mer om hvordan formelle elementer/aspekter knyttet til organisering, ledelse, visjoner/verdier, regler og prosedyrer innvirker på sykefraværet. Hvordan påvirker f.eks. de formelle rutinene rundt sykefravær og sykefraværsoppfølging på enhetene

sykefraværet? Hvordan påvirker ledelse sykefraværet? Har det noen betydning om leder er tett på, eller mer tilbaketrukket?

Samtidig vil vi gjennom det institusjonelle perspektivet/kulturperspektivet kunne avdekke mer uformelle elementer/aspekter knyttet til kultur, vaner, uformell struktur, uformell ledelse etc.) Hva har et godt og inkluderende arbeidsmiljø å si for sykefraværet? Hva har tette personlige relasjoner i avdelinger og team å si for sykefraværet? Har kulturelle aspekter som: «Slik har vi alltid gjort det hos oss» noen betydning?

Gjennom å bruke de to hovedperspektivene i komparasjonen og i analysen av funnene fra empirien, håper vi dermed å kunne bidra til at det er mulig å gi gode svar på oppgavens hovedproblemstilling og forskningsspørsmål.

3. Metode

3.1 Valg av forskningsmetode

De fleste av oss har som privatpersoner, som medarbeidere i ulike virksomheter, eller som deltakere i ulike aktiviteter stilt spørsmål ved hvordan ulike forhold eller fenomener henger sammen. Av dette følger gjerne løse antagelser basert på enkeltstående opplevelser og/eller erfaringer. Sykefravær og årsakene til det er noe de fleste har en formening om, - mer eller mindre godt fundert. Skal vi oppnå sikker kunnskap vil det være avgjørende å fremskaffe relevante data. Det kan skje ved å gjennomføre en undersøkelse av det fenomenet en ønsker å vite mer om. På denne måten kan en avdekke hvordan forholdene faktisk er, og samtidig få svar på hvilke forklaringer og oppfatninger som er best. Målet er å gå fra mer eller mindre vage antagelser om hvordan forhold henger sammen, til konkret kunnskap (empiri), m.a.o. data om hvordan virkeligheten egentlig ser ut (Jacobsen, 2005, s.14).

James G. March (1991) opererer med to typer av ny kunnskap. Den ene typen er fullstendig ny kunnskap – revolusjonerende nytt – som utfordrer annen kunnskap på feltet. Darwin evolusjonsteori fra siste halvdel av 1800-tallet er et eksempel på det. Den andre typen kunnskap er den som bygger på kunnskaper og erfaringer som allerede er gjort. Når undersøkelser gjøres tas det utgangspunkt i et spesielt fenomen og en konkret gruppe, eller organisasjon. Funnene som gjøres er lokalt forankret, men vil kunne ha overføringsverdi til andre tilsvarende organisasjoner.

Ved gjennomføring av empiriske undersøkelser er det viktig å tilfredsstille to krav; undersøkelsen må være valid (gyldig og relevant), og den må være reliabel (pålitelig og troverdig) (Jacobsen, 2005, s.19). Validiteten går på at vi må forsikre oss om at vi faktisk måler det vi ønsker å måle, og at det er mulig å generalisere funnene.

Reliabiliteten går på at undersøkelsen må være gjennomført på en måte som gjør at en kan stole på de funnene som er gjort. Dersom andre gjør en tilsvarende undersøkelse, vil de da komme frem til (noenlunde) samme resultat?

I samfunnsvitenskapene er det to ulike vitenskapsteoretiske retninger/metoder. Positivismen har som grunnleggende antagelse at du finner generelle lovmessigheter i sosiale systemer på samme måten som du finner det i naturvitenskapen. I motsetning til dette synet står konstruktivismen som forfekter at det finnes ingen objektiv sosial virkelighet, bare ulike forståelser av virkeligheten, og at denne best kan kartlegges ved

at forskere avdekker hvordan mennesker fortolker sin virkelighet (Jacobsen, 2005, s.27). Dette innebærer en hermeneutisk tilnærming (gresk: forståelse/fortolkning).

Ved planleggingen av en samfunnsvitenskapelig undersøkelse må det gjøres en rekke metodiske valg. Hvordan skal datainnsamlingen foregå? Skal man ha en individualistisk tilnærming, eller skal man se på hvordan mennesker fungerer i ulike sosiale sammenhenger? Gjennom deduktiv datainnsamling danner man seg en hypotese/forventning om hvordan verden ser ut, og sjekker deretter gjennom innsamling av empiri om dette stemmer med virkeligheten. Kritikken mot denne måten å gjøre det på er at man lett fokuserer på det som understøtter hypotesen, og at annen viktig informasjon overses. (Jacobsen, 2005, s.28).

Den induktive tilnærmingen går motsatt vei, der forskeren samler inn relevante opplysninger og informasjon, og ut fra en systematisering av funnene, så danner seg teorier.

I undersøkelsen om årsaker til sykefravær var utgangspunktet antagelser knyttet til ulike forhold ved sykehjemmene; organisering, ledelse og arbeidsmiljø. Dette innebærer at det var naturlig å ha et induktivt utgangspunkt. Induktive metode åpner i større grad for ny informasjon underveis i forskningsprosessen, og fremstår dermed som mest egnet når man skal studere et fenomen som sykefravær, der hovedmålet vil være å få frem ulike forståelser og fortolkninger (Jacobsen, 2005, s.37).

Som ledd planleggingen av forskningsstudien ble det utarbeidet et semi-strukturert intervjueskjema for å kunne ha en åpen tilnærming til andre innspill og forhold som måtte komme opp under undersøkelsen, og dermed åpne for et rikere tilfang av empiri. Spørsmålene ble derfor mer å se på som en ramme for samtalen/intervjuet, og svarene som ble gitt kunne variere en god del ut fra hvilke kunnskaper den enkelte informant satt med.

Spennende innspill førte til oppfølgingsspørsmål som i mange tilfeller ga ny kunnskap. Hvilke analyseenheter skulle det fokuseres på? Den individualistiske tilnærmingen innebærer at det er det enkelte mennesket gjennom det som sies eller gjør som er viktig. En holistisk (helhetlig) tilnærming fokuserer mer på samspillet mellom enkeltindivider og den sammenhengen de inngår i. (Jacobsen, 2005, s.29). I forskningsstudien var det et ønske om å se hvordan ulike faktorer ved sykehjemmene spilte inn på sykefravær – ikke sykefravær.

For på best mulig måte å kunne nærme seg spørsmålet om hvordan man kan forklare forskjeller i sykefravær ble det vurdert som avgjørende å få klarlagt de sosiale fenomener som påvirker dette. Det ble konkludert med at dette best kunne skje gjennom å studere et fåtall studieobjekter/caser, - i dette tilfellet to.

Alternativt kunne en også trekke trukket inn caser fra flere storbykommuner, noe tidsrammen og ressursene i denne undersøkelsen dessverre ikke ga rom for. I stedet ble det valgt å fokusere på de to kommunene som på undersøkelsestidspunktet hadde den største prosentvise forskjellen i sykefraværspersent blant sine ansatte på sykehjem/helse- og velferdssenter.

Gjennom å velge en kvalitativ tilnærming var ønsket også å oppnå en nærhet til det som ble studert, tett på deres arbeidshverdag (naturlige omgivelser) og med mulighet til en fleksibel tilnærming til intervjuobjektene gjennom uformelle analyseteknikker (Ringdal, 2001, s104).

Forskningsstrategier deles gjerne inn i fem ulike fremgangsmåter; eksperimentell, tverrsnitt, langsgående, casestudier og komparativ tilnærming (Ringdal 2001, s.106). Denne undersøkelsen ble gjennomført med elementer både fra to siste tilnærmingene - casestudie og komparativ tilnærming. Målet ble å sammenligne de to sykehjemmene på tvers av caser for å finne ut hva som var fellesnevnerne, og hva som skilte dem med hensyn til organisering, ledelse og arbeidsmiljøfaktorer.

Hovedskillet mellom denne typen flercase-design går gjerne på om man ønsker å sammenligne caser som fremstår som mest homogene (like), i dette tilfellet samme prosentvise sykefravær, eller mest heterogene (ulike) case, dvs. størst prosentvise forskjell i sykefravær. I forskningslitteraturen gjerne omtalt som «most similar system design» (MSSD) eller «most different system design» (MDSD) (Denk 2002).

Begrunnelsen for å bruke mest like casedesign er at forskjeller kan forklares med forskjeller. Forskjellene blir med andre ord potensielle forklaringer på hva som påvirker den avhengige faktoren (sykefraværet). I det andre tilfellet med mest ulike casedesign, er det derimot likhetene som forklarer likheter. Gjennom å finne likheter mellom ellers ulike case, vil det være likhetene som er potensielle forklaringer til hva som påvirker den avhengige faktoren (sykefraværet) (Denk 2002).

3.2 Utvalgskriterier, intervjuer og datainnsamling

I denne forskningsstudien har jeg valgt å se på to storbykommuner som i ulik grad har lyktes med sykefravær- og nærværarbeidet på sykehjemmene i sine kommuner.

Kommune Midt hadde i 2015 et fravær i snitt på 13,9%, mens kommune Vest lå på en fjerde plass med et fravær på 9,4%.

Det ble derfor tidlig klart at det ville være interessant å foreta en kvalitativ intervjuundersøkelse ved sykehjem i disse kommunene for å avdekke om det var systematiske forskjeller i hvordan virksomhetene var organisert og drevet, og på hvilken måte man håndterte sykefraværspromblematikken ved sykehjemmene.

Av tids- og ressursmessige årsaker måtte en konsentrere seg om kun to av de fire største bykommunene. I en større undersøkelse ville det vært aktuelt å også se på sykehjem i flere større byer i Norge, som ligger mellom Kommune Midt og Kommune Vest når det gjelder sykefraværspromsent. Av samme årsak ble det valgt å gjøre å konsentrere intervjuene ved ett sykehjem i hver kommune.

Forskningsstudien med prosjektbeskrivelse ble meldt inn til Norsk Senter for forskningsdata 30.11.16, og senere godkjent (09.01.17).

Ved valg av aktuelle sykehjem i Kommune Vest og Kommune Midt ble det i planleggingen av undersøkelsen bestemt at de skulle være kommunalt eid og drevet, da en la til grunn at kommunale sykehjem alle var underlagt det samme regelverket fra kommunens øverste ledelse og helsemyndighetene, mens det antas å være en del flere frihetsgrader i hvordan private og ideelle sykehjem kan drives.

Andre forhold som ble opplevd som viktige var at sykehjemmene i de to kommunene måtte være om lag like store, og organisert på samme måte. For å unngå tilfeldige utslag i sykefraværspromsenten, dvs. at enkeltansattes fravær ville gi store utslag på statistikken, ble det valgt mellomstore enheter med mellom 50 og 60 beboere, og med minst 80 – 100 ansatte (både heltids- og deltidsansatte).

Ved valget av såpass store enheter ville det også være lettere å ivareta anonymiteten knyttet til den enkelte respondent.

For å finne aktuelle sykehjem ble det gjort nettsøk på de to kommunenes hjemmesider, der alle sykehjem var godt beskrevet. Ut fra dette søket ble det identifisert 2-3 sykehjem i hver kommune som det ville være aktuelt å foreta intervjuer ved.

For å finne frem til enheter som representerte gjennomsnittet i hver kommune ble hovedtillitsvalgt i Norsk Sykepleierforbund i de to kommunene forespurt om å komme med forslag til enheter. Enhetene som ble valgt burde ha et nokså stabilt nivå på sykefraværet (høyt/lavt), og der det nylig ikke var gjennomført store organisasjonsmessige endringer. Målet var å finne enheter der sykefraværet avspeilet nivået under «stabil drift». Hovedtillitsvalgte for sykepleierforbundet i begge kommuner stilte velvillig opp og identifiserte hver sine enheter som det kunne være aktuelt å rette en formell henvendelse til. Grunnen til at vi valgte å gå via de hovedtillitsvalgte, i stedet for å rette en henvendelse direkte til helseadministrasjonen i kommunene, var for å unngå at det ble foreslått enheter som kunne mistenkes å fremstå som «flaggskip» i hver kommune.

Et kommunalt sykehjem i hver kommune ble valgt ut. Det ble deretter sendt henvendelser på epost/mail til de aktuelle enhetene, først til Kommune Vest, og noe senere til Kommune Midt med informasjon om forskningsstudien. I mailen ble bakgrunnen for studien presentert, og ønsket om å foreta en kvalitativ intervjuundersøkelse. Etter oppfølging på telefon med lederne for enhetene, ønsket begge virksomheter å stille opp.

Enhetslederne ble anmodet om å bistå med å finne aktuelle informanter. For å prøve å minimalisere risikoen for et skeivt utvalg (gjennom å overlate utvalgsprosessen til ledelsen ved virksomheten), ble det skissert hvem det var ønskelig å intervju; ledelsen, verneombud, fagforeningsrepresentanter, «vanlige» sykepleiere, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere og assistenter/ufaglærte. Dette var en strategi som så ut til å fungere. Informantene ble opplevd å svare oppriktig på de stilte spørsmålene, og var åpne om både positive og negative forhold ved virksomheten - sett fra deres ståsted. Lederne ga uttrykk for at de hadde sendt ut forespørsler til alle i organisasjonen, og ut over å følge opp henvendelsen, ikke hadde lagt press på den enkelte om å delta. Dette ble også sjekket ut i forkant av det enkelte intervjuet, der alle bekreftet at de deltok på frivillig basis.

Fordelingen av informanter fremgår av tabellen under:

Tabell 3.2.1 Informantoversikt

	Kvinner	Menn	Ledere	Verneombud	Sykepleiere	Helsefagarbeidere	Assistenter
Sykehjem Vest	7	1	2		3	2	1
Sykehjem Midt	9	0	3	1	2	2	1

Selve intervjuene ble gjennomført over fire dager – to dager ved hver virksomhet - i perioden desember 2016 – januar 2017. Intervjuene fant sted på et nøytralt kontor/møterom på hvert sykehjem, og i ordinær arbeidstid. Alternativt kunne intervjuene vært lagt utenfor virksomheten, men det ble valgt å legge vekt på å «alminneliggjøre» intervjusituasjonen i størst mulig grad, noe som dermed talte for denne løsningen. Hvert intervju ble gjennomført innenfor en ramme på 1 – 1 ½ time.

Under intervjuene ble det benyttet en semi-strukturert intervjumal. Bakgrunnen for dette var at man ønsket å kunne undersøke sykefraværsårsakene i dybden gjennom å få tak i informantenes opplevelser, holdninger og forklaringer. Gjennom denne åpne tilnærmingen var håpet å få et bredest mulig bilde av hvordan lederne og arbeidstakerne opplevde sin arbeidshverdag. Dette ville ikke vært mulig ved å bruke et spørreskjema med ferdig utarbeidede spørsmål og svarkategorier. Samtidig var det viktig å sikre en best mulig struktur i samtalene/intervjuene, slik at man fikk dekket de områdene som var utgangspunktet for denne undersøkelsen.

Intervjumalen/spørreskjemaet ble utarbeidet i to varianter. Et skjema beregnet på ledelsen (enhetsleder og avdelingsledere) og et for de øvrige ansatte. Begge skjemaene hadde innledningsvis noen kartleggingsspørsmål knyttet til funksjon, utdanning, arbeidserfaring og ansettelsestid ved enheten. Dette ble gjort for å kunne danne seg et bilde av hvor representativt utvalget av informanter ved den enkelte enheten var.

Lederne ble stilt spørsmål rundt organiseringen på virksomhetsnivå, og på hvilken måte denne organiseringen påvirket sykefraværet ved enheten. De ble videre spurt hvordan de vurderte seg selv som ledere, om organisasjonskulturen, sykefraværet/sykefraværsoppfølgingen, og om hvordan de opplevde at disse forholdene påvirket sykefraværet ved deres enhet.

På denne måten fikk informantene muligheter til selv å trekke frem det som de anså som viktig innenfor de enkelte hovedtemaene, noe som gjorde at det var lett å kunne stille oppfølgingsspørsmål når de dukket opp utsagn og beskrivelser av spesiell interesse. Gjennom dette var det også mulig å unngå at intervjuers forforståelse og antagelser ble styrende for intervjuet.

Intervjumalen for de øvrige ansatte hadde de samme hovedtemaene som malen beregnet for ledelsen, men spørsmålsstillingene var noe annerledes. Her var hovedhensikten å få de enkelte informantene til å reflektere over sin egen arbeidshverdag i relasjon til sykefravær, og der spørsmål om handlingsrom, rammevilkår og ledelse var sentrale under punktet organisering/verdigrunnlag. De ansatte ble også bedt om å si noe om hvordan de opplevde organisasjonskulturen/de psyko-sosiale forholdene. Her var oppfølgingsspørsmålene generelle i formen, for ikke å presse den enkelte ansatte, dersom teamet ble opplevd som ømtålig. De ansatte fikk som ledelsen også anledning til å reflektere over sykefraværet ved enheten, sykefraværsopplegget, og mulige faktorer som kunne være utslagsgivende for sykefraværet.

Gangen i intervjuprosessen var at ledelsen ble intervjuet først. Dette var gjort helt bevisst, da dette ga et godt overblikk over virksomheten, og det dermed ville være lettere å kunne komme med relevante oppfølgingsspørsmål i intervjuene med de øvrige ansatte.

3.3 Databehandling – transkribering og kategorisering

Etter å ha gjennomført de 17 intervjuene på de to enhetene var det et omfattende datamateriale som måtte klargjøres for videre analyse. For å få en oversikt var det derfor nødvendig å sammenfatte og strukturere materialet. Det semi-strukturerte spørreskjemaet hadde en del hovedtema som dannet naturlige hovedkategorier; organisering, ledelse og verdigrunnlag/organisasjonskultur. Samtidig ga den åpne strukturen et vell av informasjon som ikke uten videre falt inn under hovedkategoriene, og der en måtte vurdere om informasjonen var av så stor betydning at den skulle trekkes med videre, eller utelates.

Den kvalitative analysen innebærer at man hele tiden veksler mellom enkeltdetaljer og helheten. I Jacobsen (2005, s.186) beskrives den hermeneutiske spiral som viser hvordan denne stadige skiftningen mellom detaljer og helhet kan skje.

Alle intervjuene ble transkribert i perioden desember 2016 – februar 2017. Det ble nedlagt et betydelig arbeid i å få en så nøyaktig transkribering av intervjuene som mulig, slik at det skriftlige materialet i størst mulig grad avspeilet intervjusituasjonen. Under transkriberingen ble det i enkelte tilfeller lagt inn intervjuers opplevelse av informantens reaksjoner under intervjuet (nøling, omgåelser av temaer osv.)

Selve kategoriseringen startet med de ulike hovedtemaene i intervjumalen. Disse var organisering, verdigrunnlag, organisasjonskultur, sykefravær. I intervjumalen for lederne var det i tillegg temaet leders rolle.

Det ble også opprettet to kategorier som omfattet kommunens rolle og organisasjonsdemografiske data. Disse kom i tillegg til de tre hovedtemaene organisering, ledelse og organisasjonskultur.

3.4 Analyse av datamaterialet

Analysen av det omfattende datamaterialet, 18 timer med opptak fra samtaler med informanter og om lag 170 sider med tekst, ble lagt opp som en to-trinns analysemodell. Første trinn innebar en komparasjon av empirien fra de to sykehjemmene, knyttet til følgende fem dimensjoner:

- 1.1 Kommunens rolle (overordnede føringer, budsjettammer, styringssignaler, grad av oppfølging av enhetene i forbindelse med sykefravær).
- 1.2 Organisasjonsdemografi – grad av homogenitet (kjønn, alder, stillinger, utdanning, alder).
- 1.3 Enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur (ledelsesstruktur, delegasjon, kompetanse, ressurser og arbeidstid).
- 1.4 Ledelse (ledelsestiler, fokus på nærværs-/fraværsfaktorer, oppfølging av sykmeldte, prioritering av sykefravær mv.).
- 1.5 Organisasjonskultur og arbeidsmiljø.

Hensikten var å på en oversiktlig måte lage en oversikt over likheter og ulikheter ved virksomhetene som grunnlag for en komparasjon av enhetene langs disse dimensjonene. I empirikapitlet (kapittel 4) vil komparasjonen følge denne strukturen, før det i kapittel fem blir gjort en analyse av funnene i lys av de to hovedperspektivene; instrumentelt perspektiv og institusjonelt perspektiv/kulturperspektivet, der betydningen av formelle/uformelle trekk ved organisering, ledelse og organisasjonskultur vil stå sentralt (Christensen 2015).

3.4 Reliabilitet og validitet

Reliabiliteten sier noe om i hvilken grad undersøkelsen er gjennomført på en pålitelig og tillitsvekkende måte (Silverman, 2014, s.83). En viktig premisse er om undersøkelsen er gjort på en måte som gjør at andre kan feste tillit til de resultatene som fremkommer. Det er også et viktig poeng om andre forskere vil kunne komme frem til de samme resultatene om undersøkelsen gjentas. Jacobsen (2005, s.227) skiller mellom konteksteffekter og undersøkelseeffekter. For å styrke reliabiliteten i undersøkelsen har det vært viktig å følge en bestemt metodikk ved gjennomføringen av undersøkelsen - både ved den enkelte enhet, og enhetene sett under ett.

Alle intervjuene både ved sykehjemmene ble gjennomført på samme måte. Ved Sykehjem Vest fant alle intervjuene med de ansatte - bortsett fra de to lederne - sted på et møterom som ble stilt til rådighet ved sykehjemmet. Ved Sykehjem Midt fant alle intervjuene, bortsett fra intervjuet med enhetsleder - sted på et ledig kontor på sykehjemmet, som ble stilt til rådighet. Det ble lagt stor vekt på å skape en så naturlig ramme som mulig. Arbeidsplassen er for de fleste en arena der de er kjent, og føler seg trygg.

Når det gjelder undersøkelseeffekter ble det tilstrebet å gi alle informantene den samme informasjonen, de samme hovedtemaene ble presentert som informantene fikk anledning til å reflektere over. Intervjuet ble gjennomført på en nøytral måte fra intervjuers side for å unngå at intervjuers synspunkter/væremåte farget informantenes svar og tilbakemeldinger.

Et annet forhold ved reliabiliteten er i hvilken grad innsamlingen og analyseringen av dataene er foretatt på en tillitsvekkende måte. Unøyaktigheter under transkribering og analyse vil kunne gi resultater som ikke avspeiler realiteten i de innsamlede dataene (Jacobsen, 2005, s.228). Som det fremgår av kapitlet foran ble det lagt ned et stort arbeid i å foreta en så nøyaktig transkribering som mulig som grunnlag for analysen.

Validiteten av undersøkelsen sier på sin side noe om i hvilken grad de resultatene som fremkommer gir et riktig bilde av situasjonen på de to sykehjemmene, og at vi faktisk har målt det vi ønsker å måle.

Det skiller vanligvis mellom tre typer validitet (Jacobsen, 2005, s.214) Det er *intern gyldighet* som sier noe om i hvilken grad man har dekning for resultatene i den innsamlede empirien. En måte å sjekke dette på - respondentvalidering - ville vært å

presentere analysen og resultatene for informantene, og se om de kjenner seg igjen i beskrivelsen. Et annet alternativ vil kunne være å legge undersøkelsen frem for andre som kjenner feltet godt.

Den *eksterne gyldigheten* sier noe om i hvilken grad resultatene er mulige å generalisere. I denne undersøkelsen er det gjort en kvalitativ intervjuundersøkelse blant et lite utvalg informanter. En måte å prøve å øke den eksterne gyldigheten på er å tilstrebe et mest mulig representativt utvalg.

I kvalitative undersøkelser som denne er det ny kunnskap om begreper og fenomener som er essensielt, noe som tilsier en generalisering fra empiri til teori (Jacobsen, 2005, s.222).

Begrepsgyldigheten sier noe om i hvilken grad rammene og måten undersøkelsen er gjort på har gitt de aktuelle resultatene. Ved presentasjonen og gjennomføringen av undersøkelsen har man vært bevisst på å *ikke* flagge noen form for førforståelse, men vært åpen på at man ønsker å se etter svar på sykefraværproblematikken innenfor hovedtemaene organisering, ledelse og organisasjonskultur.

3.5 Etiske vurderinger og refleksjon over metodebruken

Gjennom å åpne for en intervjuundersøkelse knyttet sykefravær - et tema som i mange sammenhenger kan oppleves som et ømtålig, har sykehjemmene og de enkelte informantene vist en åpenhet og tillit til at synspunkter og refleksjoner som er fremkommet, blir behandlet på en etisk og forskningsmessig forsvarlig måte.

Utgangspunktet for denne forskningsstudien var at det var registrert til dels betydelige forskjeller mellom sykehjem i de fem største bykommunene i Norge. Av ressursmessige årsaker ble det valgt å ta utgangspunkt i de to kommunene som avvek mest fra hverandre med hensyn til sykefraværprosent. Det ville kunnet styrke undersøkelsen om en også hadde gjort intervjuer med de øvrige kommunene, da dette kunne fått frem ytterligere aspekter og nyanser som kunne underbygd hovedkonklusjonene i undersøkelsen. I denne undersøkelsen har man valgt å være anonymisere både de involverte kommunene og sykehjemmene som er omfattet av undersøkelsen. Dette er gjort for å bevare anonymiteten til den enkelte informant. For å unngå at enkeltutsagn referert i studien ikke kan knyttes direkte til informantene, er det ikke gitt annen referanse enn at en eller flere av informantene har uttalt dette. Når det gjelder lederne av

virksomhetene - totalt 5 av de 17 informantene - har vi valgt å skille mellom hvem i ledergruppa som har uttalt hva, uten at prinsippet om anonymitet brytes. Utsagnene er da valgt med omhu, og er tatt med fordi de på en god måte tydeliggjør fenomener og funn. Det er videre vektlagt at alle informanter har deltatt på frivillig basis, og når som helst har kunnet trekke seg. Ingen av informantene har gitt uttrykk for at de opplevde intervjusituasjonen som vanskelig. I et tilfelle ba en av informantene om at et bestemt utsagn gitt i intervjuet skulle strykes.

Den grundige informasjonen i forkant og tydeliggjøringen av at informantene er sikret full anonymitet, ser ut til å ha skapt engasjement rundt undersøkelsen på hvert av sykehjemmene, med den følge at de som fikk anledning til å delta i undersøkelsen oppleves å ha gjort sitt ytterste for å gi et så selvopplevd og «riktig» bilde av arbeidsplassen, og sine egne opplevelser i arbeidssituasjonen som mulig.

4. Presentasjon av empiri og komparativ drøfting av funn ved de to sykehjemmene

Siktemålet med forskningsstudien er å foreta en komparasjon mellom to sykehjem i to ulike kommuner som over tid har hatt ulik utvikling i sykefraværet, og se på i hvilke forhold knyttet til organisering, ledelse og organisasjonskultur/arbeidsmiljø som kan bidra til å forklare dette. Forskjellene som avdekkes vil deretter bli underlagt en nærmere analyse i kapittel 5.

Innledningsvis i dette kapitlet vil empirien fra de 17 gjennomførte intervjuene og den innhentede bakgrunnsinformasjonen fra kommunene og sykehjemmene bli systematisert/kategorisert, og deretter presentert. Statistikk og bakgrunnsinformasjon fra det enkelte sykehjemmet og informantenes subjektive opplevelse/forståelse av sin egen arbeidshverdag, vil deretter danne grunnlaget for en komparativ drøfting.

Som vi tidligere har vært inne på vil de overordnede tilnærmingene være knyttet til instrumentelle og institusjonelle forhold/kulturperspektivet slik de er beskrevet i teorigapitlet foran (Christensen et al., 2015).

Ved komparasjonen vil følgende faktorer/dimensjoner tas med i drøftingen:

1. Kommunens rolle (overordnede føringer, budsjettammer, styringssignaler, grad av oppfølging av enhetene i forbindelse med sykefravær).
2. Organisasjonsdemografi – grad av homogenitet (kjønn, stillinger, utdanning, alder).
3. Enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur (ledelsesstruktur, delegasjon, kompetanse, ressurser og arbeidstid)
4. Ledelse (ledelsestiler, fokus på nærværs-/fraværsfaktorer, oppfølging av sykmeldte, prioritering av sykefravær mv.)
5. Organisasjonskultur og arbeidsmiljø.

Som det fremgår av metodekapitlet vil analysen baseres på komparasjon der vi innledningsvis ser på hvilke fellestrekk/likheter det er mellom de to casene/sykehjemmene. Gjennom dette forventes det å finne en del ulikheter/forhold som skiller knyttet til organisering, ledelse og arbeidsmiljøfaktorer. Disse vil så bli underlagt en nærmere analyse.

4.1 Kommunens rolle

4.1.1 Sentrale føringer. Kommune Vest – Sykehjem Vest

Driftsansvaret for enheten er delegert fra rådmannen via direktøren for oppvekstsektoren i kommunen, noe som innebærer at enhetsleder har resultatansvar for både enhetens budsjett og personalet. Totalbudsjettet er på ca. 44 millioner kr. i 2017. Enhetsleder opplyser at de har opplevd en reell nedgang i ressurstilgangen de siste årene. For 5-6 år siden var det en nedskjæring i bemanningen på 10 årsverk som berørte 18 ansatte. En økning i budsjettet for 2017 på kr. 100.000 innebærer i praksis uendret ressursbase fra året før. Enhetsleder ga uttrykk for at rammene er stramme, men forsvarlige.

Når det gjelder utførelsen av de pleiefaglige oppgavene følger man en sentral kvalitetshåndbok, - i tillegg til at man har utarbeidet sin egen ved sykehjemmet. Ledelsen gir uttrykk for at det arbeides systematisk for å ivareta kvaliteten i tjenesten gjennom blant annet årlige sertifiseringer og stor velvilje knyttet til å sende ansatte på kurs innen relevante emner. Disse kvalitetshåndbøkene utfyller hverandre og danner rammen rundt det pleiefaglige arbeidet. Enhetslederne følges opp fra sentraladministrasjonen gjennom månedlige direktørmøter der det informeres begge veier, og føringer blir lagt for driften innen sektoren. Det finnes en egen stabsenhet som enhetslederne kan søke bistand hos ved behov. Enhetsleder beskriver en hverdag med stor lokal frihet der de overordnede føringene ikke er til hinder for å finne gode løsninger tett på brukerne og de ansatte. Enhetsleder har normalt to avdelingsledere med ansvar for hver sin avdeling/etasje. På grunn av permisjon var kun den ene avdelingslederstillingen besatt da intervjuene ble gjennomført. Dette var et bevisst valg fra enhetsleders side som ble begrunnet i at den aktuelle permisjonen ville bli relativt kortvarig, og at det ville skape utrygghet i staben å for en kort periode bringe inn en vikar for avdelingsleder.

Begge avdelingene ville derfor bli ivaretatt av den andre avdelingslederen en tid fremover. Enhetsleder opplevde at lederteamet – enhetsleder og begge de to avdelingslederne – kompletterte hverandre på en god måte både i lederstil og i faglige spørsmål.

Organiseringen av tjenesten synes å ha klare instrumentelle trekk gjennom den tydelige ansvarsdelingen fra administrativ ledelse/rådmannen, via leder i Oppvekstenheten og

ned til enhetsleder og avdelingsleder. De ulike nivåene har gjennom ulikt ansvar og ulike oppgaver en vertikal spesialisering, der formålet er å realisere tjenestetilbudet; nemlig å tilby heldøgns plasser for pleietrengende brukere som ikke kan nyttiggjøre seg andre tjenester. Arbeidet er styrt gjennom ulike retningslinjer og rutiner som bl.a. fremgår av kvalitetshåndbøkene. Kvalitetshåndbøkene ivaretar de kjente problemstillingene knyttet til sykehjemsdriften, og hvilke handlingsalternativer som blir vurdert som aktuelle i hvert tilfelle, og konsekvensene av de ulike valgene. Selv om organiseringen legger klare føringer for hvordan oppgavene skal utføres og av hvem ved sykehjemmet, åpner dette for en rasjonell og effektiv drift. Det både setter rammer for, men også muliggjør formålsrasjonell handling i tråd med det instrumentelle perspektivet. Utfordringen med en såpass stramt instrumentelt organisert tjeneste og hierarkiske oppbygging, vil være når nye behov eller utfordringer oppstår som en ikke uten videre vil kunne ivareta gjennom det aktuelle regelverket. Dette kan f.eks. være oppfølging av brukere med sammensatte behov, der samhandling med eksterne aktører vil være både nødvendig og avgjørende for å komme frem til gode løsninger.

4.1.2 Sentrale føringer. Kommune Midt - Sykehjem Midt

Sykehjemmet har 64 pasienter som er tilknyttet 4 avdelinger fordelt på to etasjer. Totalbudsjettet i 2017 er på kr. 37.000.000.-. Det er nylig ansatt to avdelingsledere som har ansvar for hver sin etasje (to avdelinger).

Ordningen med avdelingsledere er ny. Tidligere ble disse oppgavene, bortsett fra personalansvaret - ivaretatt av gruppesykepleiere. Endringen er innført som ledd i en sentral avtale – enhetsplanen - som omfatter alle sykehjem i kommunen, og som gjelder for 4 år av gangen. Enhetsplanen skisserer opp en del virksomhetskritiske områder, bl.a. sykefravær, som skal være fokusområder. I tillegg til at det er ansatt en egen kommunalsjef for sykehjemmene er det også etablert en faglig møtearena for dialog mellom de enkelte enhetslederne ved sykehjemmene i bydelen. Enhetsleder omtaler dette som det «lille» enhetsmøtet. I tillegg gjennomføres det «store» enhetsmøter der man ofte har innledere utenfra, og der overordnede retningslinjer blir gitt, og planer diskutert. Her er også kommunaldirektøren jevnlig til stede.

Organisasjonsendringene er kommet som et resultat av et internt utviklingsprosjekt kalt Helhetlig Ledelse. Enhetsleder opplever å ha stor frihet i utøvelsen av det operative

lederansvaret der man fokuserer på fasthet om mål – frihet i tilnærming. Enhetsleder beskriver stort handlingsrom i måten det daglige arbeidet kan organiseres og utøves, så lenge man oppnår de fastlagte målene.

På samme måte som ved Sykehjem Vest fremstår organiseringen rundt dette sykehjemmet som klart hierarkisk med tydelig oppgavefordeling fra administrativ ledelse i kommunen og ned til lokal ledelse. Kommunen har dessuten lagt inn et ledernivå til - noe som er med på å understreke/tydeliggjøre organisasjonshierarkiet. Innføringen av et nytt mellomliggende ledernivå er kommet som et resultat av et ønske fra kommuneledelsen om å oppnå bedre resultater økonomisk og driftsmessig, og øket brukertilfredshet på enhetsnivå. Det nye ledernivået ser ikke ut til å ha ført til «overstyring» av enhetsleder ved sykehjemmet, men heller fungert som et effektivt virkemiddel for økt lederstøtte. Så lenge driften skjer innenfor gitte rammer, og tjenestene oppleves å ha en «god nok» kvalitet, kan det se ut som det nye ledernivået mer fungerer som et faglig forum, med kommunalsjefen som inspirator og samtalepartner. Det ligger imidlertid også et betydelig element av kontroll og oppfølging av den enkelte enhet i en slik organisering, noe som innebærer at den handlingsfriheten som enhetsleder betoner vil kunne være innenfor relativt stramme rammer.

4.1.3 Komparativ drøfting

Begge enheter beskriver et overordnet rammeverk fra både statlig hold, fra den administrative ledelsen i kommunen, og egne rutiner utarbeidet for enheten. I rammeverket ligger både de ressursene som er avsatt til den enkelte enheten, og føringene knyttet til organiseringen av arbeidet. De sentrale føringene oppfattes som godt innarbeidet, og ingen av de intervjuede lederne ga uttrykk for at de opplevde disse som spesielt problematiske å forholde seg til i det daglige arbeidet. Fra den administrative ledelsen i kommunen, som omfatter både rådmannsteamet og de underliggende helseenhetene, ble samarbeidet vurdert som godt og støttende. Det samme gjelder de administrative fellestjenestene (personaltjenesten, lønnsenheten etc.). I intervjuene med ledelsen ved Sykehjem Vest ble forholdet til sentral ledelse i kommunen i liten grad berørt. De månedlige direktørmøtene ble trukket frem som det viktigste forumet, men da mer som et erfaringsforum/tilbakemeldingsforum, enn som et styringsorgan. Så lenge enheten holdt seg innenfor gitte budsjetterammer, og det ikke

forelå store avvik i driften forøvrig, viser intervjuene en stor grad av opplevd frihet i organiseringen av virksomheten. Noe av årsaken til dette kan forklares med at det på intervjuetidspunktet verken ble meldt om spesielt høyt sykefravær, eller andre forhold (organisasjonsendringer, personal- eller arbeidsmiljøproblematikk) som krevde spesielle tiltak. I motsetning til Sykehjem Midt kom det ikke frem opplysninger under intervjuene om at det var etablert felles faglige og driftsmessige møtearenaer for sykehjemmene i kommunen, eller et utvalg av disse. Ved Sykehjem Midt var situasjonen noe mer nyansert. Det har nylig blitt etablert et nytt ledernivå i kommunen som skal ha et spesielt ansvar for oppfølgingen av det enkelte sykehjemmet, og den enkelte enhetsleder. Etableringen av det nye ledernivået er kommet som et resultat av et pågående ledelsesprogram kalt Helhetlig Ledelse, som omfatter alle sykehjemmene i kommunen. Det aktuelle sykehjemmet har det siste året også vært underlagt en spesiell oppfølging fra sentralt hold i kommunen på grunn av et svært høyt sykefravær. Dette gjelder alle sykehjemmene i kommunen med et fravær på over 12 prosent. Det er etablert to drifts- og fagmøter. Det ene er kalt det «lille» fagmøtet beregnet på lederne for sykehjemmene i samme geografiske del av kommunen, der faglige spørsmål, drifts- og personalutfordringer blir tatt opp. I tillegg kommer det «store» fagmøtet, med større fokus på mer overordnede faglige spørsmål innen feltet. Organisasjonsmessig kan det se ut til at det enhetsleder beskrev som: (sitat) «*Fasthet om mål – frihet i tilnærming*» gir handlingsrom for ledelsen, men samtidig er et handlingsrom innen relativt stramme rammer. Det kan synes som Sykehjem Midt har en noe sterkere oppfølging fra overordnet nivå i kommunen, enn det som var mulig å registrere i intervjuene med ledelsen ved Sykehjem Vest. Selv om lederne ved begge sykehjem gir uttrykk for både handlingsrom og frihet i utøvelsen av driften, er det ut fra intervjuene med ledelsen grunn til å konkludere med at graden av involvering fra kommunal administrativ ledelse – kommunalsjefen - er betydelig større ved Sykehjem Midt.

4.2 Organisasjonsdemografi

4.2.1 Kommune Vest – Sykehjem Vest

Kommune Vest har valgt å legge det totale ansvaret for økonomi og personal til den enkelte enhetsleder. Stabsfunksjonene i sentraladministrasjonen gir bistand på enkeltområder som lønn og pensjon, og ellers på anmodning fra den enkelte enhet. Den

enkelte enhetsleder følges opp i forhold til på forhånd oppsatte indikatorer knyttet til bla. budsjett, fravær, brukertilfredshet m.m.) Sykehjemmet er blant de mellomstore i kommunen med 54 brukere og med totalt 74 ansatte i ulike stillingsstørrelser. Av dette er kvinneandelen ca. 95%, noe som er litt høyere enn for den kommunale pleie- og omsorgssektoren i Norge som helhet. Antall årsverk er 50. Aldersmessig er det en overvekt av ansatte i gruppen 18 – 40 år. De utgjør 77% av de ansatte, og er alle kvinner.

Tabell 4.2.1 Kjønn og alder Sykehjem Vest

Sykehjem Vest	Kjønn	Alder > 40	Alder < 40
Kvinner	70	-	-
Menn	4	-	-
Antall ansatte	74	57	17

Når det gjelder utdanningsbakgrunn er det valgt å gjøre en tredeling av tabellen. De som har høyere utdanning fra høyskole/universitet (sykepleiere og andre med høyere profesjonsutdanning), videregående skole (helsearbeidere, hjelpepleiere og omsorgsarbeidere) og ufaglærte (dvs. de uten fullført fagutdanning innen pleie- og omsorg, eller annen relevant utdanning). Gjennom dette får vi et klarere bilde av kompetansespekteret ved sykehjemmet.

Tabell 4.2.2 Utdanning Sykehjem Vest

Sykehjem Vest	Kjønn	Høgskole/ universitet	Videregående skole	Ufaglærte
Kvinner	70	16	19	35
Menn	4	2	1	1
Antall ansatte	74	18	20	36

Når det gjelder utdanning er det flest ansatte – 19 medarbeidere - med lavere pleie- og omsorgsutdanning (27%). Gruppen med høyere profesjonsutdanninger - 18 medarbeidere – utgjorde 24% av staben. Her var det i hovedsak sykepleiere med bachelorutdanning i sykepleie, men også personer med masterutdanning/etterutdanning i tillegg til grunnutdanningen.

I gruppen ufaglærte finner vi 49 % av staben. En av avdelingslederne ved sykehjemmet understreket at selv om denne gruppen manglet formell pleiekompetanse, var dette gjerne medarbeidere med svært lang fartstid ved sykehjemmet og omfattende praktisk erfaring fra pleie, og som kjente rutinene og brukerne svært godt. De ble opplevd å ha en bred realkompetanse som i stor grad kompenserte for manglende formelle kvalifikasjoner.

Avdelingsleder og enhetsleder fremhevet at kompetansen var god og at man dekket alt fra de klassiske pleieoppgavene knyttet til vask, stell og mat til spesialkompetanse innen «avansert» medisinsk oppfølging, og kunnskap om medisinsk – teknisk utstyr.

4.2.2. Kommune Midt – Sykehjem Midt

Kommune Midt har over mange år hatt en tilsvarende organisering som Kommune Vest med utstrakt delegasjon av ansvar for både budsjett/økonomi og personal. Erfaringer gjort de siste årene med vedvarende høyt sykefravær innen deler av pleie- og omsorgssektoren, gjorde at kommunestyret i 2016 vedtok at det skulle innføres et nytt administrativt ledd mellom sentral administrativ ledelse/rådmannsteamet, og den enkelte enhetsleder innen virksomhetsområdet Helse. Det er nå ansatt kommunalsjefer med et spesielt ansvar for å bistå den enkelte enhet i spørsmål knyttet til driften, samtidig som en fast gruppe enhetsledere og kommunalsjefen møtes for å ta opp felles utfordringer knyttet til drift, personal og sykefravær på de enkelte enhetene. Resultatansvaret for den enkelte enhet ligger imidlertid fortsatt hos den enkelte enhetsleder.

Sykehjemmet er et mellomstort sykehjem med totalt 73 ansatte på undersøkelsestidspunktet. Av disse utgjør kvinnene 87,6%, dvs. at 7 av 8 ansatte er kvinner. Dette samsvarer godt med det som er tilfelle for sektoren som helhet, mens kvinneandelen er noe lavere enn ved Sykehjem Midt.

Tabell 4.2.3 Kjønn og alder Sykehjem Midt

Sykehjem Midt	Kjønn	Alder > 40	Alder < 40
Kvinner	64	-	-
Menn	9	-	-
Antall ansatte	73	52	21

Aldersmessig er betydelig flere ansatte under 40 år, enn over. Hele 71% av staben er oppgitt å være under 40 år. Dette kan ha flere årsaker. Sykehjemmet ble opprettet for få år siden gjennom at et tidligere sykehjem geografisk plassert et annet sted i kommunen, ble omorganisert og fikk ansvar for andre tjenester innen pleie- og omsorgssektoren, mens sykehjemsdelen ble flyttet.

I denne prosessen valgte en del av de ansatte å søke seg bort, noe som medførte et behov for nyrekruttering. Utfordringer knyttet til flytteprosessen og reorganiseringen et annet sted i kommunen, har gjort at det har vært en større utskifting/turn-over enn normalt.

Tabell 4.2.4 Utdanning Sykehjem Midt

Sykehjem Midt	Kjønn	Høgskole/ universitet	Videregående skole	Ufaglærte
Kvinner	64	-	-	-
Menn	9	-	-	-
Antall ansatte	73	25	28	20

Ved sykehjem Midt har 34,2% høyskole/universitet, mens 38,4% har videregående skole/fagutdanning (helsearbeider, hjelpepleier, omsorgsarbeider), dvs. at 72,6% av staben har formell helsefaglig utdanning.

Den resterende gruppen - som utgjør 27,4% - er assistenter med enten annen utdanningsbakgrunn, eller ingen utdanning utover videregående skoles nivå. På grunn av den relativt store utskiftningen i staben, og den relativt høye andelen medarbeidere under 40 år ved dette sykehjemmet, er det grunn til å anta at det i motsetning til det andre sykehjemmet, vil være en større andel ufaglærte med relativt kort fartstid innen pleie- og omsorgssektoren.

4.2.3 Komparativ drøfting

Kjønnsforskjellene i sykefravær er som tidligere omtalt store, der kvinner har et sykefravær som er om lag 70% høyere enn for menn. Dette gjelder for alle aldersgrupper, utdanningsgrupper, næringer og sektorer (Ose 2016: 66). Forskjellen kan forklares både med biologiske forskjeller, større andel som oppgir smerteplager og muskel-skjelettplager, hodepine og asteni. I tillegg jobber kvinner i stor grad innen

omsorgsyrker, noe som gir både fysiske og psykiske belastninger. I sum fører dette til at sykefraværet hos kvinner er betydelig høyere enn hos menn.

Ved Sykehjem Vest utgjør andelen kvinner 95% av staben, mens det for Sykehjem Midt er en andel på drøyt 87 prosent. Mer enn sju av åtte fast ansatte på begge enheter er med andre ord kvinner. Kjønn kan derfor i liten grad forklare årsakene til variasjonen i sykefraværet mellom de to enhetene.

Ved en gjennomgang av SSBs sykefraværsstatistikk for de siste årene ser en imidlertid at alder kan ha betydning for sykefraværet. Ose (2016) viser til at mens aldersgruppen 55 – 64 år har et legemeldt sykefravær på 7 % - alle næringer sett under ett - i 4. kvartal 2014, har ansatte i aldersgruppen 30 – 39 år et legemeldt sykefravær på 5.5%. (Ose, 2016, s.70). Hvorvidt den samme tendensen gjelder egenmeldt fravær er uklart, da det ikke er funnet tilgjengelig statistikk for dette.

En høy andel ansatte i aldersgruppen 40 + vil derfor kunne være en forklaringsfaktor med hensyn til sykefraværet ved de undersøkte enhetene. Ved Sykehjem Vest utgjør aldersgruppen 40+ 23 prosent av staben, mens den for Sykehjem Midt utgjør 29 prosent. Pleie- og omsorgsoppgaver er av natur fysisk krevende, og over tid vil dette kunne føre til ulike typer muskel-skjelettplager og slitasjeskader. Det er allikevel ikke sikkert at påvirkningen på sykefraværsprosenten vil være svært utslagsgivende, da kun om lag en av fire ved de undersøkte sykehjemmene tilhører denne gruppen. Ulike typer seleksjonsmekanismer kan også føre til at de som ikke er fysisk skikket til yrket, faller ut på et tidligere tidspunkt (går over i andre yrker, innvilges uføretrygd), slik at det kun er de med best helse som blir værende i yrket. Ettersom forskjellen mellom aldersgruppene ved de to sykehjemmene utgjør 4 prosentpoeng, er det allikevel grunn til å anta at dette vil kunne ha en noe større negativ innvirkning på sykefraværet ved Sykehjem Midt.

Når det gjelder formell utdanning skiller de to sykehjemmene seg klart. Mens gruppen faglærte utgjorde 51% av de de ansatte ved Sykehjem Vest, utgjør de drøyt 72% ved Sykehjem Midt. En forskjell på over 20 prosentpoeng er betydelig, og innvirker i stor grad på sammensetningen av den totale kunnskapsbasen (formal-/realkompetansen). Gjennom intervjuene med leder ved Sykehjem Midt kom det frem at policyen med hensyn til rekruttering var å få flest mulig ansatte med bachelorutdanning (fortrinnsvis sykepleierkompetanse). Ved Sykehjem Vest beskrev leder en situasjon med en stor

gruppe ansatte som har vært med over mange år. Ettersom det dermed har vært mindre turn-over, og mindre behov for nyrekruttering, er variasjonsbredden i både formal- og realkompetansen større. Det kan synes som mange ble rekruttert inn i en periode da realkompetansen – livets skole - ble vektet høyere. Ufaglærte kvinner rekruttert inn i deltidsstillinger, en jobb de ofte kombinerte med husmorrollen. Det kan synes som om ledelsen i Sykehjem Vest i stor grad verdsetter denne bredden i kompetansen, og at de i større grad enn Sykehjem Midt sørger for intern skoling/kurs for å holde oppe den pleiefaglige kompetansen.

4.3 Enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur

4.3.1 Kommune Vest – Sykehjem Vest

Under ledergruppa er det to fagsykepleiere – en i hver etasje – med en del av stillingen sin definert til ulike typer faglig oppfølging og opplæring.

Det er videre knyttet en primær- og en sekundærkontakt til hver bruker. I de fleste tilfellene er primærkontakten sykepleier, men det er også eksempler på at ansatte med fagutdanning har denne rollen. Avdelingsleder var opptatt av at personlig egnethet også måtte tillegges vekt ved valg av brukerkontakter.

Hver avdeling er også inndelt i team. Avdelingsleder er opptatt av at medarbeiderne skal ha tilknytning til en avdeling, men ikke nødvendigvis samme team hver dag. Arbeidsoppgaver og teamorganisering blir avgjort hver morgen.

Sykehjemmet har en vanlig todelt turnus med dag/kveld og en egen nattvaktturnus. Det har ikke vært gjort forsøk med andre måter å organisere arbeidet på. Lederteamet har vurdert dette, men har kommet til at den forutsigbarheten og fleksibiliteten som ligger i den nåværende turnusen er viktig å ta vare på. Det ble i intervjuet gitt uttrykk for at de ansatte verdsatte tryggheten knyttet til en stabil turnus.

Enhetsleder fortalte at de tar opp turnusspørsmål ved ansettelse, og den enkeltes holdning til dette, da turnusarbeid er noe som kjennetegner det å arbeide i pleie- og omsorgssektoren. Å jobbe i turnus (inkl. helgearbeid) er noe man må akseptere som en del av ansettelsesvilkårene. Enhetsleder opplever at nåværende turnus gir stor fleksibilitet til å imøtekomme enkelt-ansattes ønsker, samtidig som man er opptatt av rettferdighet.

På dagvakter er i turnusen satt opp med 8 ansatte. En ansatt kommer kl. 0700 og tar rapporten fra nattevaktene, - de øvrige 7 kommer kl. 0730. Arbeidet avsluttes på tre tidspunkter på ettermiddagen (kl. 14.30 – 15.00 – 15.30). Det er nå bestemt å innføre middag på ettermiddagen. Dette skal skje uten at man øker ressursen, noe som har vært omdiskutert blant de ansatte. I og med at sykehjemmet var i startgropa i forhold til dette, ville erfaringene ifølge enhetsleder etter hvert kunne innebære justeringer/endringer i ressurstilgangen. På aftenvaktene er de +- 6 stykker på jobb. Det jobber tre medarbeidere på natt.

Gjennom intervjuene kommer det frem at sykehjemmet oppleves å ha gode rutiner og retningslinjer for arbeidet – rutiner som lett kan oppdateres ved behov for endringer.

Sykehjemmet har ikke hatt problemer med å rekruttere fagpersonell som f.eks. sykepleiere. Ledelsen beskriver kompetansen i ansattegruppa som god, både når det gjelder formal- og realkompetanse. En av fagsykepleierne trekker frem at god tilgang på fagkompetanse gir trygghet i det daglige arbeidet. Det understrekes imidlertid at formalkompetansen kun gir den nødvendige grunnmuren, og at jobben i vel så stor grad læres i praksissituasjoner. Realkompetansen til den enkelte, og viljen til å oppdatere seg og lære nye metoder trekkes frem som vesentlig.

Utsagn fra en av informantene (sitat): «Vi har valgt et yrke der du aldri er ferdig utlært». «Må regne med endringer. Endringer kan være veldig bra!»

Det oppleves som avgjørende for å sikre en forsvarlig drift at alle ansatte resertifiseres hvert år. Resertifiseringen innebærer at alle skal være kjent med medisinsk-tekniske prosedyrer, rapportskrivning og avviksrapportering, - også synergiavvik. Ansatte gir et bilde av resertifiseringen som litt «skummel», da det kan ha preg av prøve/eksamen, selv om fagsykepleierne som står ansvarlig forteller at de gjør sitt ytterste for å ufarliggjøre situasjonen.

Flere av informantene trekker frem at det er mange tilbud om relevante kurs, og noe som prioriteres av ledelsen. Det stilles imidlertid spørsmål ved om man får optimalt ut av ressursene som brukes, da det i mindre grad settes av tid slik at de som drar på kursene kan videreformidle kunnskapen til resten av de ansatte på sykehjemmet. Det samme gjelder mye av det tekniske utstyret som er anskaffet. Uten tilstrekkelig opplæring blir det ikke brukt så mye som ønskelig.

Flere av informantene trekker frem styrken av å ha stabile team der mange har vært ansatt lenge, og kjenner hverandre ut og inn. En av informantene forteller at man er flinke til å legge til rette dersom noen har behov for spesiell helsemessig tilrettelegging. Dette skjer uten å involvere ledelsen, men gjerne uformelt medarbeiderne i mellom. Praksisen har nedfelt seg som et uformelt trekk ved organiseringen, og har blitt en integrert del av samhandlingen i teamene. Praksisen er forankret i en erfaring av at dersom jeg hjelper deg i dag, kan jeg forvente å få hjelp om jeg trenger det i neste omgang. Denne uformelle organiseringen av arbeidet, i en organisasjon som ellers har et svært instrumentelt preg, med klar arbeidsfordeling og ansvar, er interessant med tanke på hvordan dette innvirker på sykefraværet.

Når det gjelder teamorganiseringen trekker en av informantene frem utfordringer i samhandlingen mellom sykepleiere og det øvrige pleiepersonalet. Dette er en velkjent problemstilling ved mange sykehjem. Teamene består gjerne av en sykepleier, en hjelpepleier og en assistent. Sykepleieren har også ansvar for å gi medisin, noe som av de øvrige pleierne i teamet periodevis oppleves kan gå utover pleieoppgavene. Det er aksept for at sykepleier kan trekke seg ut, men informantene ga uttrykk for at det ofte hadde det vært bedre om sykepleieren kunne vært erstattet av en hjelpepleier, og i stedet gått «oppå».

Et annet forhold som trekkes frem som en kritisk faktor, er at man ikke bør ha primæransvar for flere enn man klarer å ivareta på en god måte. Primærkontaktansvaret innebærer både oppfølging rundt den enkelte brukeren, rapportskrivning og dialog/samhandling med de pårørende, noe som krever mye tid.

Informantene betoner at stor ansvarsfølelse for brukerne og forholdet til kollegene gjør at de fleste kvier seg for å bli sykemeldt.

Et gjennomgående trekk i tilbakemeldingene fra informantene er at man er mer opptatt av å gjøre det beste ut av de ressursene som er stilt til rådighet, enn å understreke behov for flere ansatte/mer ressurser. Flere av informantene trekker frem bedre organisering av driften som et mer virksomt tiltak. Allikevel gir flere av informantene både direkte og indirekte et bilde av en drift med lite rom for det «lille ekstra». Med mer ressurser vil en kunne gitt enda bedre tjenester. Tempoet er høyt, og driften er avhengig av at alle er på plass.

Det oppleves likevel ikke at manglende ressurser eller tempoet på avdelingen er det som potensielt utløser sykefravær. God organisering trekkes frem som viktigere enn antallet på jobb til enhver tid. En av informantene uttrykte det slik (sitat): «Kan være seks på jobb og dagen går som bare det. Så kan du ha sju på jobb, - og det er mye stress.

Avhenger veldig av hvem som er på jobb».

Når det gjelder ressursbruken er det imidlertid flere av informantene som trekker frem en tidligere organisasjonsendring som ble opplevd som klart negativ, der pleiepersonalet fikk et utvidet ansvar for oppgaver som ikke var direkte knyttet til pleie. Eksempler på dette er forberedelse av måltider, vasking av brukernes tøy, dokumentasjon, pårørendeinformasjon og møter. En av informantene følte sterkt på dette dilemmaet; opplever vanskelige prioriteringer mellom vareleveranser og brukerkontakt (sitat): «Skal jeg gi pasienten medisin, eller skal jeg sette varer på kjøla?» Begge typer oppgaver har konsekvenser dersom de ikke blir utført som forutsatt. Mat som blir stående i varmen, kan innebære en økt helserisiko i forhold til brukere med nedsatt immunforsvar. Medisin bør/skal gis til bestemte tidspunkter. Savnet av noen til å ivareta ikke direkte pasientrettet arbeid påpekes av flere av informantene. Sykehjemmet hadde dette tidligere, men denne ressursen er tatt bort.

En av informantene sa det slik (sitat): «Du må vente litt. Du er nr. 3 i køen». «Skulle ønske vi hadde mer tid».

Ved sykefravær skal innleie av vikarer godkjennes av ledergruppa. En av informantene trekker frem at man fra ledelsen har fått beskjed om å være tilbakeholden med å ringe etter vikar, og først vurdere hvorvidt man kan klare seg uten. Det er i tillegg en klar føring på at man skal leie inn på lavest mulig nivå dersom mulig, noe som kan innebære at en fraværende sykepleier erstattes av en assistent. Dette oppleves å skape en utrygghet i teamene, som ved gjentatte fraværstilfeller kan føre til en slitasje som vil kunne gi sykefravær.

Emosjonelt stress trekkes også frem som utfordrende i forhold til sykefravær. Man utfører en forsvarlig tjeneste ved sykehjemmet, men ser at det er mye mer man i en ideell situasjon kunne gjort. Eksempler på dette er blant annet knyttet til den enkelte brukers sosiale behov. Selv om mange pårørende er flinke til å følge opp sine, og det er fellesaktiviteter for brukerne fra tid til annen, er det å sette seg ned med den enkelte, noe man sjelden klarer å finne tid til. En av informantene uttalte at (sitat): «Ikke en jobb du

lett legger fra deg. Det går mye på samvittigheten». Flere informanter ga uttrykk for at spriket mellom ideelle målsettinger og hva som er mulig å få til innenfor de gitte rammene, kan være store.

4.3.2 Kommune Midt – Sykehjem Midt

Enhetsleder er opptatt av at alle ansatte skal oppleve tilhørighet til «sin» avdeling. Innen hver avdeling er de ansatte delt inn i grupper, og her fordeles de ansatte noe mer etter behovet den enkelte dag. 3 – 4 medarbeidere er tilknyttet hvert team på dagtid, av disse er 1-2 sykepleiere/ vernepleiere. Dette opplyser enhetsleder er gjort for å fordele den pleiefaglige kompetansen best mulig.

Kommunen har definert vernepleiere som «tilnærmet» likestilt med sykepleiere. En av avdelingslederne fortalte at dette er gjort for å styrke miljøarbeidet ved sykehjemmet. Det ble presisert at kompetansemessig har ikke vernepleieren like mye anatomi og medisinhåndtering i sin utdanning, men kan ellers gjøre mye av det samme som sykepleierne. Avdelingsleder gir uttrykk for at de ønsker flest mulig sykepleiere, men ser også positivt på at andre yrkesgrupper som vernepleiere og ergoterapeuter kommer inn. Helsearbeidere (faglærte på videregående skoles nivå) er også viktige å ha på plass, men sykepleiere blir prioritert. Andelen ufaglærte prøver man å holde på et lavest mulig nivå.

Enhetsleder opplever at ved fravær blant sykepleierne er det vanskelig å få tak i kompetent personell til å steppe inn. Dette sees på som en potensiell risiko for sykefravær blant øvrige ansatte, da tryggheten i at teamene er oppsatt med tilstrekkelig kompetanse svekkes. Enhetsleder opplyser at de har jobbet systematisk for å øke andelen sykepleiere.

Når det gjelder sykepleiere/vernepleiere ble det vektlagt at alle hadde fått innfridd sine ønsker med hensyn til stillingsstørrelse, - mange i full stilling. Blant det øvrige pleiepersonalet er det mange som fortsatt ønsker større stillinger enn det som pr. i dag er mulig å imøtekomme. Enhetsleder ser at det i en del sammenhenger kunne vært bedre å «samle» småprosent stillinger/deltidsstillinger, og heller kunnet tilby en 50% eller 100% - stilling, men retten til økning i stillingsprosent for de som går i små-stillinger, kan oppleves som et hinder for dette.

De enkelte teamene er satt opp med ulike ansvarsområder. Hvem som skal ha ansvar for hva avgjøres av avdelingsleder, og skrives inn i vaktboka som den enkelte medarbeider sjekker når han/hun kommer på jobb. Den såkalte ansvarsvakta med bla. ansvar for medisindeling ivaretas normalt av en sykepleier, eller en helsearbeider med rett til å dele ut medisin. Etersom hver avdeling har 16 pasienter kan denne oppgaven ta mye tid. Dette skaper fra tid til annen gnisninger mellom sykepleierne og de øvrige pleierne, da helsearbeiderne og assistentene opplever at mer av det ordinære pleiearbeidet faller på dem. Dette er en klassisk problemstilling ved de fleste sykehjem.

Andre ansvarsoppgaver er knyttet til kjøkken, skyllerom og post/aktivisering. Den siste oppgaven ivaretas sammen med aktivtør i full stilling. Disse ekstraoppgavene oppleves av flere av informantene å ta fokuset bort fra de «egentlige» oppgavene.

En prøveordning med ansettelse av 2 «service-verter» i 60% stilling – en i hver etasje er nylig iverksatt. Serviceverten skal ivareta en del av ekstraoppgavene beskrevet ovenfor, og det stilles store forventninger til ordningen.

Arbeidet foregår helkontinuerlig. Arbeidstiden er imidlertid organisert gjennom en todelt turnus som innebærer arbeid fra kl. 07.30 – 14.45 på dagtid og fra kl. 14.30 – 22.00 på ettermiddagstid, i tillegg til en egen nattvaktturnus. En vanlig turnus for en ansatt i full stilling består gjerne av tre dagvakter og to ettermiddagsvakter i uka, og arbeid hver tredje helg. I tillegg er det egne medarbeidere som går i nattvaktturnus.

Det er en regel om å ikke leie inn første dag. Dette medfører ifølge flere av informantene mange dager med underbemanning, noe som øker risikoen for at andre blir sykemeldt. Som en av informantene uttrykte det: «Ofte uklart hvor mange vi skal være på jobb på kveld; 5 eller 6. 5 er beinhardt!»

Enhetsleder ser utfordringer knyttet til at det er lite samarbeid mellom de som jobber på dag og de som jobber på natt, og gir uttrykk for at man her har et forbedringspotensial. Alle lederne ved enheten er opptatt av at turnusen skal være mest mulig lik for alle. Hensikten er at turnusen skal oppleves som rettferdig og forutsigbar. Samtidig er man med denne turnusordningen avhengig av å ha hjelpeplaner i forbindelse med blant annet høytider og sommerferieavvikling. Da vil det fra tid til annen være nødvendig å beordre medarbeidere for å få turnusplanen til å gå opp, gjerne på kort varsel, noe som naturlig nok er lite populært.

Det har vært drøftet om en skal prøve kalenderplan/ønsketurnus som et alternativ til dagen arbeidstidsordning. Kalenderplanen vil i så fall gjelde for et helt år av gangen. Enhetsleder opplever at dette er noe som må «selges inn», og at medarbeiderne foreløpig ikke er klar for det. En slik plan ville imidlertid ha gitt et års forutsigbarhet, og man hadde sluppet hjelpeplanene.

Enhetsleder har her valgt en handlingslogikk som innebærer at ledelsen velger å ta tida til hjelp for å endre den kulturelle motstanden mot endringen, i stedet for å innføre den umiddelbart - med de spenningene i arbeidsmiljøet det fort vil kunne gi. Strategien er sannsynligvis et resultat av at sykehjemmets ansatte i en tidligere fase har opplevd å ha liten innflytelse over egen arbeidshverdag.

4.3.3 Komparativ drøfting

Ved begge de to undersøkte enhetene har det vært et stort fokus på kompetente medarbeidere. Sykehjemmene var opptatt av å ha faglærte ansatt både på videregående skoles nivå, og på bachelornivå. Tilgangen på arbeidstakere med fagbrev som helsearbeidere ble opplevd som god ved begge sykehjem.

Når det gjelder høyere utdannet personell var situasjonen noe forskjellig mellom sykehjemmene. Sykehjem har tradisjonelt ikke vært førstevalget for nyansatte sykepleiere, og det er derfor gjort mye for å øke attraktiviteten gjennom bla. lønn. I studentundersøkelser svarer kun 1 av 10 sykepleierstudenter at de kan tenke seg å begynne å arbeide på sykehjem. Dette begrunnes i både lønn, arbeidsoppgaver og karrieremuligheter. Arbeid ved sykehus har derfor vært førstevalget for de fleste.

Ved sykehjem Vest ble det ikke opplevd problemer med å skaffe riktig kompetanse (sykepleiere) til sykehjemmet, eller vansker med å holde på arbeidskraften, selv om det også her er noe avgang til det lokale sykehuset. Dette kan skyldes at det over mange år har vært gode lønsmessige betingelser for nyansatte sykepleiere i kommunen, og at gode lønnsbetingelser har vært en viktig faktor i rekrutteringsarbeidet.

Ved sykehjemmet ble det også lagt vekt på faglig utvikling og oppdatering, og mulighetene for å få delta på relevante kompetansehevende kurs var gode. Man var også svært bevisst på at kunnskapen måtte dokumenteres jevnlig gjennom praktiske prøver/autorisering. Noe av dette er sentralt initiert, men sykehjemmet ser også ut til å ha et eget fokus på dette. Fokuset på kompetanse – både teoretisk og praktisk – er

sannsynligvis medvirkende til å trygge den enkelte ansatte i arbeidssituasjonen, gjennom en opplevelse av å til enhver tid ha tilgang til riktig kompetanse.

Sykehjemmets betydelige andel av ufaglærte tilsier også at sykehjemmet i større grad har måttet være bevisst på intern skolering og «on-the-job-training». Fordelene med dette er at man har fått en betydelig bredde i både formal- og realkompetansen, noe som gjør det lettere for avdelingsleder å finne den rette personen med riktige kompetanse til aktuelle arbeidsoppgaver. Et annet forhold er at man gjennom dette også har måttet samarbeide på tvers av profesjongrensler, og lært å sette pris på hverandres kompetanse.

Ved Sykehjem Midt har det vært fokus på å tiltrekke seg flere sykepleiere. Kommunen konkurrerer om arbeidskraften med et nærliggende sykehus, og tilgangen på sykepleiere har vært lav, noe som har gjort at man periodevis har vært avhengig av vikarbyråer for å dekke behovet.

Sykehjemmet har flere sykepleiere med utenlandsk fagbakgrunn. I mangel av ansatte med sykepleierfaglig bakgrunn har en også valgt å åpne for andre med helsefaglig bakgrunn som vernepleiere/ergoterapeuter.

Utfordringene knyttet til den ustabile tilgangen på faglært personell er at det skapes en utrygghet rundt om man til enhver tid har nødvendig kompetanse på plass. Flere av informantene trakk frem dette som en potensiell faktor som kunne være utløsende for sykefravær. Gjentatte vakter der man ikke har nødvendig kompetanse på plass, sliter på de øvrige i teamet og avdelingen. Flere informanter trakk frem praksisen med at det ved sykefravær hos sykepleiere eller helsearbeidere leies inn vikarer på assistentnivå for å spare penger. Vikarkostnader er høye, men resultatet vil fort kunne bli at man ikke får utført medisinsk oppfølging og andre oppgaver som krever fagkompetanse, - noe som gir ringvirkninger videre gjennom at planlagte oppgaver/aktiviteter må avlyses/utsettes.

Felles for begge sykehjem var understrekingen av at riktig kompetanse var viktigere enn antall ansatte på jobb til enhver tid. Flere ansatte på hver vakt/team ville ikke nødvendigvis være det mest aktuelle tiltaket. Flere av informantene understreket at en god organisering og en sammensetning av teamene der de ansatte i større grad kunne påvirke hvem de ville arbeide sammen med, så ut til å telle mer. Dette tilsier at det fortsatt vil være mye å hente på en bedre organisering.

Et viktig unntak fra dette var bemanning på natt og i helger. Her kom det frem fra flere informanter en opplevelse av at bemanningen fra tid til annen kunne være på grensen til det uforsvarlige (1 – 2 ansatte med ansvar for hele sykehjemmet). Da skal det ikke mye til før det oppstår uønskede hendelser.

Det sterke fokuset på kompetanse og systematiske oppdatering av de ansatte har klare instrumentelle trekk. Sykehjem Midt har imidlertid åpnet for at også andre faggrupper som det ikke har vært tradisjon for i sykehjemmene. Dette utfordrer de etablerte faggruppene og skaper spenning rundt de vedtatte verdiene og normene for hvordan sykehjem skal drives. Dette vil etter hvert kunne endre organisasjonskulturen, og kunne skape nye samarbeidsrelasjoner og arbeidsmetoder.

Begge sykehjem har valgt å holde fast på en todelt turnus med egen nattvaks-turnus. Turnusspørsmålet var noe som opptok begge sykehjemmene, men ledelsen tok ulike standpunkt forhold til ønsket om endringer. Ledelsen ved Sykehjem Vest trakk frem forutsigbarhet, stabilitet og rettferdighet som viktige årsaker til å beholde turnusen som den var, mens ledelsen ved Sykehjem Midt i større grad fokuserte på ulempene med denne måten å organisere arbeidet på, og så flere fordeler ved ulike typer ønsketurnus.

De øvrige informantene var noe delte i forhold til mulige endringer. Enkelte fryktet at en endring til ønsketurnus ville kunne bli «den sterkestes rett», og at det dermed ville kunne bli store forskjeller i den enkeltes arbeidsbelastning. Enkelte trakk frem at en slik turnus ville medføre at man mistet den fleksibiliteten som man opplevde i forhold til å kunne bytte vakter. Andre var opptatt av at en endring av turnus til «ønsketurnus» ville kunne styrke ledelsens påvirkning på arbeidstiden på bekostning av fagforeningene. Flere trakk imidlertid frem fordelene og mulighetene som lå i å kunne jobbe mer konsentrert, - arbeide på tidspunkter som passet bedre med familienes behov.

4.4 Ledelse i sykehjemmene

4.4.1 Kommune Vest - Sykehjem Vest

Ved dette sykehjemmet har man ordinært en ledergruppe bestående av en enhetsleder og to avdelingsledere. På intervju tidspunktet var en av avdelingslederne ut i permisjon, og man hadde valgt å ikke erstatte vedkommende, men overføre oppgavene til den gjenværende avdelingslederen.

Ledergruppa ga uttrykk for at åpenhet, rettferdighet og tydelighet i ledelsen av sykehjemmet var viktig. Enhetsleder betonte at man som team (alle tre) representerte ulike lederstiler og at dette var med på å skape en god dynamikk, og ble opplevd som et pluss. Arbeidsfordelingen i ledergruppa gjør at enhetsleder ivaretar overordnede oppgaver og strategiske beslutninger, mens det operative daglige ansvaret er lagt til avdelingsleder(ne).

Informanter trekker frem som positivt ledelsens evne til å ivareta de arbeidsmessige betingelsene når det gjelder fysisk tilrettelegging, gjennom å skaffe mye nytt utstyr, og oppgradere den bygningsmessige standarden. Fra flere av informantene som tilhørte avdelingen der avdelingsleder var ute i permisjon, ble det nåværende lederspennet, der en avdelingsleder skulle favne begge avdelinger/etasjer, og ha ansvaret for oppfølging av alle ansatte, sett på som problematisk. Informantene beskriver at de tidligere har hatt en tett dialog med sin nærmeste leder, men at dette nå ikke var mulig å opprettholde. Det lange lederspennet oppleves å skape frustrasjon og mistriivsel. I hvilken grad ledelsen oppfattes å være systemorientert, eller medarbeiderorientert, ser ut til å avhenge av den enkelte medarbeiders relasjon til ledelsen.

En åpen og direkte tilbakemelding fra avdelingsleder med klare forventninger og krav trekkes frem både som et pluss, men også som kilde til frustrasjon. Denne dualiteten ble synliggjort på følgende måte blant informantene (sitat): «Avdelingen er litt «hjemme alene» akkurat nå.», mens en av de andre informantene beskrev ledelsen på denne måten (sitat): «Direkte og ærlig ledelse. Ser avdelingsleder at vi har det vanskelig - setter NN seg ned».

Det lange lederspennet ser likevel ut til å gi utfordringer i forhold til kommunikasjonen med ledelsen gjennom at det er vanskelig å få avklart saksforhold og henvendelser innen rimelig tid, noe som skaper usikkerhet og uforutsigbarhet. Dette beskrives som en risikofaktor i forhold til sykefravær.

Hovedansvaret for sykefraværet og sykefraværsoppfølgingen er lagt til avdelingsleder. Avdelingsleder betonte det å være til stede i hverdagen, og følge med i det daglige arbeidet som svært viktig. Samtidig har man en policy på at alt fravær skal meldes enten til enhetsleder, eller avdelingsleder første fraværsdag. Dette for å gå i dialog med den syke for å se om ulike tiltak, eller tilrettelegging fra sykehjemmets side kan gjøre sykefraværet overflødig, eller medvirke til å forkorte det.

Ut fra enkelte av informantenes tilbakemeldinger kan det virke som at ledelsens uttalte ønske om å være tett på i sykefraværsarbeidet, nødvendig ikke oppleves på samme måte av alle ansatte. En av informantene uttalte: «Vært vant med leder som var tidlig på banen i forhold til sykefravær. Ikke det samme nå. Opplever ikke samme «nærheten» som tidligere». Andre beskriver ledelsen som tett på i sykefraværsarbeidet, men i mindre grad lyttende, og heller mer instruerende. Det lange lederspennet oppgis som en forklaring på dette.

Avdelingsleder var klar på at man strekker seg langt i å finne muligheter for tilrettelegging for den enkelte, dersom dette må til for å få den ansatte raskt tilbake. Avdelingsleder påpekte at kravet om å melde sykefravær første fraværsdag har vært en medvirkende faktor til å redusere omfanget av sykefraværet ved sykehjemmet.

Avdelingsleder viste til at man hadde hatt et sykefravær ved sykehjemmet på ca. 13% for noen år siden. Det var nå nede i ca. 8,5 % på årsbasis, og helt nede i 5% prosentpoeng i enkeltmåned. Målet var komme ytterligere ned, noe avdelingsleder anså som realistisk ved å ha et fortsatt fokus på sykefraværsarbeidet.

På spørsmål om i hvilken grad ledelsen medvirker til å trekke frem gode hendelser og historier i hverdagen, og trekke frem enkeltansattes innsats, er det overveiende inntrykket at dette ikke var tilfelle. Dersom man trekker frem positive forhold, er dette knyttet til den enkelte avdeling som sådan, og ikke i forhold til enkeltpersoner. Å vise at man ser den enkelte ansatte gjennom å gi konkret anerkjennelse under avdelingsmøter eller lignende fora, blir trukket frem som noe som kunne medvirket positivt til å styrke arbeidsmiljøet.

4.4.2 Kommune Midt - Sykehjem Midt

Enhetsleder er relativt ny i jobben, med mindre enn et års erfaring fra dette sykehjemmet. Etter en omorganisering i 2016 er det først nå at enhetsleder har fått et komplett lederteam på plass – det vil si med to avdelingsledere. Tidligere har gruppesykepleier/fagsykepleier fylt deler av denne rollen.

I intervjuene med ledergruppa gis det uttrykk for at ledelse ikke er en en-mannsjobb, men at det er viktig å fremelske en «vi»- tenkning i tilnærmingen til arbeidsoppgavene og gjøre-målene ved sykehjemmet. Det jobbes mye med tillitsskapende arbeid, og fokus

på å gi de ansatte faglige utfordringer når de viser at de er kompetente til å gjennomføre dem.

Ledergruppa forteller at de ønsker å skape en kultur rundt ledelse der den enkelte skal oppleve å bli sett og hørt, og at alle viktige endringer blir drøftet med de berørte parter før beslutninger tas. Enhetsleder er tydelig på at det endelige ansvaret ligger hos seg, men at det også er viktig å innse at man fra tid til annen kan ta feil, og være villig til å innrømme det. Ledergruppa forteller at det er jobbet mye med forutsigbarhet og trygghet rundt ledelsen ved sykehjemmet.

Et viktig område det legges vekt på er tilgjengelighet. Ledelsen skal oppleves som nærværende begge veier, ikke bare gjennom formelle møter, men også gjennom at de ansatte skal kunne stikke innom, og drøfte saker. Enhetsleder forteller at vedkommende prøver å signalisere dette gjennom å ha kontordøra åpen i størst mulig grad, samt sin kalender tilgjengelig på kontordøra, slik at de som ønsker en samtale lett kan se når vedkommende er ledig.

Synlighet/tilgjengelighet er noe som fremheves også av avdelingslederne. Det å være tilstede på avdelingen, men også tilgjengelig på telefon. På denne måten klarer man som oftest å få avdekket om det er forhold som krever inngripen fra ledelsens side.

Ledergruppa gir uttrykk for at de har tillit til at den enkelte ansatte tar opp forhold som de opplever som vanskelige i jobbsituasjonen. Å være synlig og tilstede - uten å virke instruerende, er viktig. Som lederteam ønsker man å styre i stort, og la den enkelte medarbeider selv, og i samarbeid med andre kolleger, finne de riktige løsningene i hverdagen.

Enhetsleder er imidlertid klar på at det er viktig med tilbakemeldinger - både positive og negative. Ros gis gjerne i fellesskap, mens kritikkverdige forhold blir tatt opp i enerom.

I forhold til sykefravær fremhever enhetsleder det grepet man har tatt i forhold til å innføre en egen «fraværstelefon», et bestemt mobilnummer som alle ansatte må ringe dersom de er syke. Fraværstelefonen går på rundgang i ledergruppa. Tidligere var det nok at den syke varslet på avdelingen, noe som gjorde at det var vanskeligere å få oversikt over sykefraværet til enhver tid. Fraværstelefonen fremstilles som viktig for raskt å kunne avklare om det er tiltak/alternative oppgaver/tilrettelegging arbeidsgiver kan gjøre umiddelbart, og som kanskje gjør det mulig for den ansatte å komme på jobb allikevel. Andre fordeler med fraværstelefonen er ifølge ledergruppa at man raskt får

avklart om det er snakk om korttidsfravær, eller eventuelt et sykefravær av lengre varighet. Dette er viktig i forhold til mulig innleie av vikarer/omrokking ved avdelingen.

En av avdelingslederne fremhever sin lederrolle som en støttende funksjon. Ansatte kan komme og spørre, men avdelingsleder oppfordrer til at medarbeiderne prøver å finne løsninger selv. Det jobbes en del med samarbeidet mellom enkeltmedarbeidere og avdelinger – ønskelig at det hentes hjelp på andre avdelinger ved behov. Det gjelder både faglig kompetanse og praktisk støtte.

Avdelingsleder ønsker ikke å være den som gir ordre om hva som skal gjøres – jobber for at avdelingen skal bli mest mulig selvhjulpent. Avdelingsleder beskriver sin lederstil som (sitat): «Tilstedeværelse. Være synlig. Tenker at dette er viktig. Være nær dem». Gjennom dette forsøkes det aktivt å redusere skranken for å ta opp ting, samtidig som en kan føle på stemningen på avdelingen. Er det travelt? Hvordan er konfliktnivået? Avdelingsleder oppfatter seg som en demokratisk leder, men samtidig også som tydelig og bestemt.

Når det gjelder sykefravær beskrives et fokus på forebygging, der medarbeidere som sliter med helseproblemer/andre utfordringer oppfordres til å komme å snakke med ledelsen før en eventuell sykmelding. Avdelingsleder uttrykker det slik (sitat):

«Det er viktig å holde dem på jobb. De kan gjøre det de klarer. Det er ikke noe problem å tilrettelegge!».

Avdelingsleder trekker også frem bruken av en egen fraværstelefon. Målet er å raskt kunne ta opp fraværet med den enkelte. Kan noe gjøres slik at de allikevel kan komme på jobb?

Det er et spesielt sterkt fokus på å ta opp høyt korttidsfravær, eller spesielt fraværsmønster (samme dager etc.) med den enkelte. Gjennom dette har man avdekket transportutfordringer (spesielt søndag morgen med dårlig offentlig kommunikasjon), eller familiære årsaker som utfordringer knyttet til fravær begrunnet i sykdom. Da prøver man å finne løsninger slik at den enkelte allikevel kan ivareta arbeidet.

Den andre avdelingslederen beskriver sin måte å lede på som en laid-back lederstil. Andre stikkord i forhold til lederstilen er strukturert, medarbeiderfokustert og direkte.

Avdelingsleder har fått tilbakemelding på at hun er flink til å sette seg ned og lytte til det den enkelte medarbeider, og bidrar til å finne løsninger.

Å være mye ute i avdelingene ses på som viktig, ikke bare for å lede, men også for å ta i et tak om nødvendig. Også denne avdelingslederen trekker frem fraværstelefonen som viktig. Det ble understreket at ønsket ikke er å presse noen til å opplyse om selve bakgrunnen for fraværet (diagnose m.m.), men avdekke om det er noe som kan gjøres for at den syke allikevel skal kunne komme på jobb, helt eller delvis. Avdelingsleder formulerte seg slik (sitat): «Å gå gradert prøver vi å få til å bli en slags hovedregel».

Avdelingsleder opplever at det finnes et tilstrekkelig handlingsrom til å finne gode løsninger ved sykefravær. Tilbakemeldingene fra de øvrige informantene er at ledelsen oppleves som trygge faglig, og opptatt av å skape best mulig rammebetingelser for sykehjemmet, og de ansatte.

Det ble gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse for en tid tilbake initiert fra sentral ledelse i kommunen. Her ble det bl.a. avdekket utfordringer knyttet til kommunikasjon.

Ansattgruppen er sammensatt av personer med ulik etnisk bakgrunn. Noen er utdannet innen pleie- og omsorgsfeltet fra hjemlandet, og har fått norsk autorisasjon. Andre er ufaglærte. I begge grupper er norsk-kunnskapene varierende, noe som kan gi en del utfordringer i kommunikasjonen, både de ansatte imellom og mellom den ansatte og brukerne/de pårørende. En av informantene uttaler (sitat): «Vi kan få beskjed om at beskjeden er mottatt, og så viser det seg at den ikke er mottatt, eller ikke forstått. Måten vi snakker til hverandre på»

Samtidig er kulturelle ulikheter i måten ansatte omgås på en utfordring som flere av informantene trekker frem. Den skandinaviske modellen med lite fokus på hierarki og stor grad av samarbeidsorientering, kolliderer av og til med en arbeidskultur basert på ulike typer over- og underordning. Det er laget en handlingsplan og satt inn tiltak for å bedre kommunikasjonen.

Forholdet til ledergruppa fra de øvrige informantene er noe preget av at de alle er nye i sine roller, og at man ennå er i en fase der man lærer hverandre å kjenne. Fremdeles sitter det mange erfaringer fra tidligere i veggene, - en periode som beskrives som turbulent når det gjelder organisering og ledelse. Denne erfaringen har ført til en skepsis til ledelsen, der informantene gir uttrykk for at man ikke helt tror på at ledelsen vil man

vel. Allikevel oppleves ledelsen gjennomgående som positiv, og svært medarbeiderorientert.

På spørsmål om informantene har fått personlig anerkjennelse fra ledelsen for spesielt god innsats er tilbakemeldingen klar på at det er man ikke vant med. Flere uttrykker et savn i forhold til at det ikke blir fokusert på det positive som skjer, men ofte blir et fokus på det negative. En av informantene sa det slik (sitat): «Viktig å rose først! – deretter forbedringsområder». «Hovedråd til ledergruppa: «Få oss litt høye på oss selv!»

Et annet forhold som trekkes frem av informantene er at ledelsen bestreber seg på å skape et eierforhold til beslutningene. Viktig at større beslutninger begrunnes, og ikke innføres over hodet på de ansatte.

4.4.3 Komparativ drøfting

I den komparative drøftingen vil vi først se på hvordan ledelsen ved de to sykehjemmene plasserer seg i forhold til styring og ledelse og dernest relasjonen mellom ledelsen og de ansatte.

Ved Sykehjem Vest kan en se konturene av en todelt tilnærming, der enhetsleder i liten grad involverer seg i det daglige arbeidet, og ivaretar de overordnede trekkene ved virksomheten. Enhetsleder ivaretar kontakten med sentral ledelse i kommunen, følger opp budsjett- og økonomispørsmål, men deltar i liten grad i personalspørsmål. Dette bekreftes av informantenes tilbakemeldinger.

Måten enhetsleder har valgt å utøve sine oppgaver bærer preg av en betydelig grad av formell, indirekte styring, og en instrumentell tilnærming, selv om vedkommende er opptatt av å se den enkelte medarbeider, og være nærværende i arbeidsmiljøet.

Avdelingsleder har en utøvende funksjon, der det å være tett på i hverdagen, og følge opp alle sider ved den praktiske sykehjemsdriften, er det vesentlige. Relasjonen er uformell, og tett på den enkelte ansatte. Samtidig er det mange av informantene som trekker frem trekk som passer mer med instrumentell styring. Totalt sett vil en derfor måtte beskrive måten kommunikasjonen mellom ledelsen og de ansatte skjer på som mer instrumentell/strukturell, selv om en også ser trekk fra det institusjonelle perspektivet.

Ved Sykehjem Midt ser man sterke institusjonelle trekk ved ledelsen, der tillit og åpenhet trekkes frem som viktige elementer. Enhetsleder involverer seg ikke bare i den overordnede styringen av sykehjemmet, men er også sterkt til stede i den daglige driften. Gjennom en rekke tydelige symboler understrekes den tillitsbyggende og åpne kulturen. Eksempler på dette er «åpen – dør - politikk» og at leders kalender er tilgjengelig for alle ansatte. Ledelsen er også svært åpen i forhold til å innhente synspunkter i viktige saker før beslutning tas.

Leders arbeidsform ser ut til å være godt kommunisert ut i organisasjonen, og har vunnet tilslutning. Avdelingslederne har en mer operativ funksjon, der tillit og betydelig delegering av ansvar til den enkelte, kjennetegner arbeidsformen. Også her er tilgjengelighet og åpenhet begreper som brukes både av lederne selv, men også av de øvrige informantene.

Det som er påfallende ved gjennomgangen av ledelsen ved de to enhetene, er at det er sykehjem Vest som har det laveste sykefraværet, mens sykehjem Midt sliter med et høyt sykefravær, selv om det er på vei ned. Dette kan skyldes at situasjonen med en avdelingsleder i permisjon er av ny dato, og at ulemper med det betydelig lengre lederspennet ikke har slått ut i øket sykefravær. Det er imidlertid grunn til å anta at den frustrasjonen som enkelte informanter føler på, etter hvert vil kunne ha en negativ effekt på både forholdet til ledelsen, og på sykefraværet. Ved Sykehjem Midt er lederteamet nylig etablert, og det er derfor rimelig å anta at ledergruppas innflytelse på sykefraværet først vil vises om noen måneder.

4.5 Organisasjonskultur og arbeidsmiljø

4.5.1 Kommune Vest - Sykehjem Vest

Enhetsleder beskriver en kultur ved sykehjemmet som kjennetegnes av dedikerte medarbeidere som trives på jobb, noe som også smitter over på beboerne. En kjerne er veldig «pro – sykehjemmet», noe som gjør at de drar med seg andre. Enhetsleder forteller at det har vært arbeidet mye med kulturen og det at alle skal føle seg inkludert, også de som ikke er like synlige i arbeidsmiljøet.

Mange er svært dedikerte i jobben sin, noe ledelsen prøver å belønne gjennom å gi mer ansvar. Dette bekrefter også avdelingsleder, og trekker frem den entusiasmen som

oppleves i arbeidsmiljøet. Avdelingsleder er også opptatt av at arbeidsmiljøet skal være «romslig», gjennom å ikke fremdyrke en spesiell arbeidskultur, men skape en «bredde» i kultur-uttrykkene. Det viktige er en underliggende positiv holdning – hvordan dette slår ut i arbeidsmiljøet er ifølge avdelingsleder underordnet. Fokuset er på hva man kan bidra med i arbeidshverdagen, mer enn i sosiale sammenhenger utenfor jobben, selv om begge deler er viktige.

Avdelingsleder uttaler at (sitat): «Trekke frem de gode traverne - de som ikke nødvendigvis lyser så høyt. De som lyser best er ofte de som også slukner først!»

Avdelingsleder er opptatt av å ha fokus på både stort og smått av det som det er positivt i arbeidsmiljøet. Enhetsleder opplever at den enkelte er stolt over å jobbe ved sykehjemmet. Det er etablert en egen velferdsgruppe blant ansatte som fra tid til annen tar initiativ til aktiviteter utenfor arbeidsplassen.

Et forbedringsområde som trekkes frem er samarbeidet mellom avdelingene og teamene. Det er lett å bli for fokusert på kun sitt eget team og sine egne arbeidsoppgaver. Målet må være at jobben ikke er gjort før alle teamene har avsluttet pleieoppgavene/stellet. En av informantene uttalte at (sitat): «Ingen er ferdig, før alle er ferdig» - er ikke like selvsagt hos alle». Allikevel er det ifølge informantene den positive samarbeidsholdningen som i størst grad kjennetegner arbeidsmiljøet. Det er lite surmuling, og lett å få hjelp. Det er også allment akseptert at man kan si fra om man har hatt en dårlig dag. Det skal være ok kollegialt. Informantene er klare på at dette ikke hadde vært mulig hvis man ikke hadde hatt team som var godt sammensveiset, og trygge på hverandre. En stabil stab der mange har vært ansatt lenge, og kjenner hverandre ut og inn. En av informantene forteller at man er flinke til å legge til rette dersom noen har begynner å føle på vondt i ryggen eller lignende. Da er det greit å kunne gå to sammen, og bytte på oppgaver (slippe de tyngste takene). Dette gjøres medarbeiderne i mellom, og er i liten grad styrt fra toppen. Informantene gir også et bilde av at det er lett å ta opp vanskelige ting med kollegene på alle plan, både jobbmessig og familiært. Informantene mener at det er en gjennomgående praksis mellom medarbeiderne at uoverensstemmelser tas opp direkte med dem det gjelder. Negativ omtale blir i liten grad tolerert.

Ingen av informantene gir uttrykk for at det å trekke frem enkeltpersoner som har gjort en spesiell innsats, eller gode historier, er noe som er vanlig i miljøet. Når de gode

historiene trekkes frem er de som oftest knyttet til brukerne, og ikke kollegene. Dersom man får positive tilbakemeldinger fra de pårørende, blir dette informert om til ledelsen, men de blir sjelden trukket frem under avdelingsmøter o.l. Flere informanter viser til at det er mer ris, enn ros fra ledelsen i hverdagen. En av informantene formulerte seg slik (sitat): «Når alt er stabilt, er det ok. Det er ros i seg selv».

I de enkelte teamene er det derimot mye rom for positive tilbakemeldinger og trivsel. Informantene opplever at kollegene er flinke til å fortelle om de gode opplevelsene, rose og oppmuntre hverandre. Arbeidsmiljøet beskrives som svært inkluderende. En av informantene fortalte at (sitat): «Når du har vært sykemeldt ønskes du velkommen tilbake!».

Andre forteller at selv om du er sliten, er det godt å komme på jobb. Informantene betoner miljøet i teamene og avdelingene som viktigere i forhold til sykefraværet, enn tiltak fra ledelsens side. Rammeverket fra ledelsen er viktig, men miljøet i teamet er det som ofte avgjør om det blir sykefravær eller ikke.

4.5.2 Kommune Midt - Sykehjem Midt

Enhetsleder opplever at det internt ved sykehjemmet er betydelig forskjell mellom avdelingene. De ansatte ved den ene av de to avdelingene ved sykehjemmet oppleves som svært omsorgsfulle og inkluderende i forhold til hverandre, og det er et sterkt fokus på samarbeid i utførelsen av arbeidsoppgavene. Det er også lite konflikter mellom de ansatte ved denne avdelingen. Avdelingsleder beskriver miljøet slik (sitat): «I første etasje snakker vi med hverandre i stedet for om hverandre».

De ansatte her oppleves som svært engasjerte i alt som foregår ved sykehjemmet, og har behov for å til enhver tid være oppdatert på smått og stort av det som skjer.

Avdelingsleder/fagleder er opptatt av å bringe informasjon raskt videre til de ansatte. Uten at det er sagt i klartekst antydes det at den åpne informasjonsflyten mellom de enkelte medarbeiderne, og mellom medarbeiderne og ledelsen også lett kan føre til en «rykteflom» som kan ta fokuset bort fra de mer langsiktige strategiene og prosessene.

Enhetsleder beskriver den andre avdelingen som betydelig mer konfliktfylt. De er flere sterke personer som vil bestemme, og som ikke uten videre innretter seg etter de beslutningene som blir tatt. Det oppleves også eksempler på at ansatte legger feller for hverandre. Avdelingsleder beskriver en situasjon der nye medarbeidere blir «testet ut»,

og at feil som gjøres påpekes på en måte som gjør det vanskelig å være ny i miljøet. Samarbeidsorienteringen og den inkluderende stilen som kjennetegner den andre avdelingen er ikke så godt utviklet. Innslaget av pleiere med utenlandsk profesjonsutdanning er større ved denne avdelingen, og noen av disse – men slett ikke alle - opplever å ha med seg en kultur som er svært ulik den norske samarbeidskulturen. Arbeidsformen mellom medarbeiderne har preg av en «kommando – kultur» med sykepleierne på toppen av hierarkiet. Enkelte av informantene beskriver mye bruk av kroppsspråk og «høylytt» kommunikasjon. Ledelsen understreker at det har vært arbeidet systematisk med kulturendring, samtidig som man prøver å ordne opp i konflikter mellom medarbeidere så raskt som mulig. Det antydes at det er et mer negativt fokus i denne avdelingen, noe som klart påvirker arbeidsmiljøet.

En av informantene trekker frem at arbeidsmiljøet derfor er noe varierende over tid og mellom ansatte, slik at det skal lite til før man «detter ned».

En annen informant trekker frem et annet forhold som vedkommende mener å se ved begge avdelinger, nemlig at utdanningsbakgrunn og antallet studiepoeng den enkelte kan skilte med, i en viss grad styrer i hvilken grad innspill og synspunkter blir hørt, og verdsatt. Det beskrives også et arbeidsklima der enkelte ikke ønsker å utføre arbeidsoppgaver fordi de mener at det skal gjøres av «underordnet» personale (hjelpepleiere/helsearbeidere/assistenter).

Flere av informantene trekker frem at de i liten grad ser at spesiell innsats fra enkeltpersoner blir sett av ledelsen. Samtidig er det bestandig noen på jobb som man kan ha det «greit» med. En av informantene forteller om en del klikkdannelser på jobb. Disse klikkene er såpass sterkt sammensveiset at det er vanskelig å komme inn som ny.

Informantene fra begge avdelinger er usikre på om de kan si at det er en kultur for å «framsnakke» hverandre. Dersom skryt skal gis må den være svært konkret. En av informantene uttalte at (sitat): «Men – det er mye fliring på avdelingen så det balanserer seg litt ut. Gode historier - ja, men da kan det det fort bli oppfattet som selvskryt. Lite ros generelt – ser det som oftest i takkeannonser i forbindelse med begravelser. Tror pårørende er veldig fornøyde ...».

Det er lite i datamaterialet som gir støtte for at det finnes en kultur for at de gode historiene, og at disse danner basis for en felles organisasjonskultur. Dette gjelder begge avdelinger. En av informantene sier det slik (sitat): «Vet ikke om det er noen egen

kultur innen helse? Vi gir for lite ros. Arbeidsmiljøet preget av for mye kritikk, og ikke løsninger».

Både ledelsen og flere andre av informantene trekker frem at det er jobbet en god del med kjøreregler som skal hjelpe til med å klargjøre hva som er akseptabelt å gjøre i arbeidsmiljøet, og hva som er uakseptabelt. Det å jobbe med kommunikasjonen oppleves som vesentlig, slik at alle synspunkter kommer frem, og ikke bare de som roper høyest. En annen av informantene trekker frem at arbeidsmiljøet synes å være påvirket av at det generelt er knapt med ressurser, og høyt sykefravær. I en stresset hverdag er påvirket dette samhandlingen mellom de ansatte. En av informantene sier at (sitat): «Vi som er på jobb må ha mye mer oversikt. Du mister oversikten fordi de fast ansatte er borte»

Informanten antyder at man dermed mister litt av arbeidsgleden, og blir mer likegyldig. Det å signalisere at man har en dårlig dag blir på informantens avdeling ikke nødvendigvis tatt positivt imot, da alle opplever et høyt arbeidspress.

Tilbakemeldingene rundt arbeidsmiljøet fra informantene spriker en god del, fra de som opplever kollegial støtte og mye trivsel i arbeidsmiljøet, til de som beskriver det som til dels konfliktfylt, og lite inkluderende. Det kan se ut som at det er spesielt fremtredende i forhold til en av de to avdelingene, noe som er i tråd med uttalelsene fra ledergruppen.

4.5.3 Komparativ drøfting

Ved en gjennomgang av uttalelsene fra ledergruppen ved de to enhetene ser en at begge sykehjemmene har et fokus på å være tett på i arbeidsmiljøet. Ved sykehjem Vest kan det synes som at man har en «romslig» kultur der det er aksept for individuelle forskjeller, samt at man ikke nødvendigvis jobber for en spesiell, enhetlig kultur. Det har vært arbeidet med en ny overordnet visjon og verdier for virksomheten, og disse har det vært et fokus rundt. Samtidig må hver enkelt finne ut hva de betyr for seg i arbeidshverdagen. Det store fokuset på visjonen og verdiene gjenspeiles i empirien, der alle informantene hadde et aktivt forhold til dem og hva de kunne innebære i hverdagen. Denne pluralistiske tilnærmingen ser ut til å gjennomsyre begge avdelingene. Det er ikke støtte i empirien for verken spesielle klikkdannelser, eller samarbeidsproblematikk med utgangspunkt i profesjon.

Ved sykehjem Midt kan det synes som det er større forskjeller mellom avdelingene. Heller ikke her er det mulig å identifisere en spesiell kultur som kjennetegner virksomheten. Sykehjemmet har ingen egen visjon eller verdier, men forholder seg til de som er vedtatt i kommunen. Det er ingen støtte i empirien for at disse verdiene trekkes frem i arbeidshverdagen, eller at man har et aktivt forhold til dem. Informantene fortalte at visjonen og verdiene var tema ved ansettelsen, og av og til gjennom medarbeidersamtaler, men ikke noe mer.

Informantene ved Sykehjem Vest beskriver et tett arbeidsmiljø, der man er opptatt av at man har et felles ansvar for de oppgavene som skal løses, og at det i utstrakt grad ytes hjelp - særlig mellom teamene - men også mellom avdelingene, slik at jobben blir gjort. Dette gjøres ofte uten at ledelsen er involvert, og som en naturlig del av gjøremålene for den enkelte. Denne type fellesskapsfølelse, «vi er i samme båt»-følelse er det lite støtte for i empirien fra Sykehjem Midt. Her kan det se ut som at de enkelte avdelingene og teamene er fokusert på sitt, og at bistand til andre i stor grad må styres gjennom beslutninger fra ledergruppa.

Det synes også å være en vesentlig forskjell mellom sykehjemmene når det gjelder ansatte som signaliserer at man har utfordringer helsemessig, eller familiært/sosialt, dersom dette innebærer at man trenger bistand/støtte under utførelsen av arbeidsoppgavene. Ved Sykehjem Vest er det akseptert av kollegene at man har en «dårlig dag», og de øvrige ansatte gjør det de kan for å avlaste, uten at det nødvendigvis koordineres med ledelsen. Ved Sykehjem Midt kan det se ut som om dette er mindre akseptert. Dette kan skyldes at sykehjemmet over tid har hatt et høyt arbeidspress på grunn av bl.a. sykdom, og at de ansatte av den grunn er «slitne», og dermed mindre villige til å påta seg mer enn sin del.

Mens man ved Sykehjem Vest ser omrisset av en inkluderende kultur der de ansatte respekterer hverandres kompetanse og erfaring, kan det se ut som kulturen ved sykehjem Midt er noe mer preget av klikkdannelse, og av mer uttalt profesjonskamp. Samtidig ser en også her at deler av sykehjemmet, enkelte avdelinger, har en kultur der inkludering og respekt for hverandres kompetanse står sterkt.

Ingen av sykehjemmene ser ut til å ha en kultur der det å trekke frem det positive som skjer i arbeidshverdagen er særlig fremtredende. Å trekke frem enkeltpersoner, eller avdelinger skjer bare unntaksvis. Flere av informantene opplever at dette fort kan bli

oppfattet som selvskryt, selv om ledelsen ved begge sykehjemmene gir uttrykk for at de er opptatt av å gi ros og positive tilbakemeldinger på godt utført arbeid. Det ser imidlertid ikke ut som om dette skjer når flere ansatte er samlet, f.eks. under avdelingsmøter, men heller direkte til den enkelte medarbeider. Selv om ledelsen opplyser at de har fokus på dette kan det synes som det i liten grad er blitt en naturlig del av den daglige oppfølgingen i arbeidet. Flere av informantene antyder at en «rose»-kultur i liten grad har vunnet innpass ved sykehjemmene.

Det å trekke frem gode historier/opplevelser knyttet til enkeltbrukere - som inspirasjon for andre ansatte - ser heller ikke ut til å være noen allmenn praksis. Når det gjelder sosiale aktiviteter utenfor ordinær arbeidstid er det ingen av informantene som gir uttrykk for at dette er noe det fokuseres på, utover kanskje et sommerarrangement, eller julebord. Den typen aktivitet er også gjerne initiert fra ledelsen. Det hender at man går ut sammen, men da er det gjerne på initiativ fra enkeltpersoner ved sykehjemmene, og gjelder ansatte i et bestemt team, eller avdeling. Det er ingen av informantene som signaliserer at dette sosiale aktiviteter utenfor jobb/arbeidstid er noe som blir prioritert. Det kan se ut som om holdningen ved begge sykehjem er at det gode arbeidsmiljøet i hovedsak skapes gjennom det daglige arbeidet.

4.6 Oppsummering av empirikapitlet og oppgavens videre oppbygging

Gjennom de foregående sidene har vi gjort en komparasjon og drøfting langs de valgte dimensjonene, og med fokus på formelle (instrumentelle) og uformelle /institusjonelle trekk ved de to sykehjemmene. Den omfattende empirien fra de 17 intervjuene gjør at det har vært nødvendig å gjøre et ytterligere utvalg blant de temaene som ble tatt opp langs de 5 dimensjonene. Det er avdekket svært mange forhold som hver for seg, eller sammen vil kunne ha innvirkning på sykefraværet ved de to enhetene. I denne masteroppgaven vil det av ressursmessige årsaker være nødvendig å fokusere på de mest sentrale forskjellene i den videre analysen. I neste kapittel vil de valgte forskjellene bli analysert langs de to hovedperspektivene instrumentell/formell og institusjonell/uformell (kulturperspektivet) og sett opp mot hovedproblemstillingen og forskningsspørsmålet.

De utvalgte forskjellene vil bli presentert i tabell 5.1 i starten av neste kapittel - kapittel 5.

5. Analyse av utvalgte forskjeller mellom sykehjemmene

I kapittel 4 ble det gjort en komparasjon mellom sykehjemmene på grunnlag av empirien fra de 17 intervjuene med de ansatte ved begge sykehjem, herav fem lederintervju. Komparasjonen ble gjort langs de fem dimensjonene som tidligere er presentert. Formålet med komparasjonen var å identifisere forskjeller ved organiseringen, ledelsen og organisasjonskulturen som kan ha betydning for forskjellene i sykefravær. Det ble samtidig gjort en innledende drøfting/analyse langs de to hovedperspektivene.

De viktigste forskjellene vil vi nå ta med oss i den videre analysen, der vi fortsatt benytter oss av de to hovedperspektivene knyttet til instrumentelle (formelle) og institusjonelle (uformelle trekk) ved virksomhetene i tråd med modellen presentert tidligere (Christensen et al. 2015). I tabellen under er forskjellene som ble avdekket mellom sykehjemmene gjennom komparasjonen langs de valgte dimensjonene oppsummert.

Tabell 5.1.1 **Forskjeller mellom sykehjemmene. En oppsummering og oversikt**

Dimensjon	Forskjeller mellom sykehjemmene
Kommunens rolle	<ul style="list-style-type: none">• Ulik grad av involvering fra kommunens helseadministrasjon• Ulik bruk av møtearenaer («stort» og «lite» enhetsmøte, «direktør»-møte)• Ulikheter i praksis i forhold til tiltak i sykefraværsoppfølgingen
Organisasjonsdemografi (grad av homogenitet (kjønn, alder, stillinger, utdanning))	<ul style="list-style-type: none">• Forskjeller med hensyn utdanningsnivå og bredden i formalkompetanse• Ulikheter i forhold til å skaffe tilstrekkelig kompetanse, og å opprettholde kompetanse.• Ulikheter med hensyn til rekrutteringsstrategi
Enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur (ledelsesstruktur, kompetanse, ressurser og arbeidstid)	<ul style="list-style-type: none">• Ulik praksis med hensyn til delegasjon til avdelingsledere• Ulikheter i teamsammensetning• Ulikt behov for bruk av vikarer• Ulik tilnærming til spesialisering av oppgaver/serviceverter• Ulik tilnærming til endringer i turnus
Ledelse	<ul style="list-style-type: none">• Ulikheter i forhold til fokus på visjoner og verdier• Ulikheter i lederstil (fjern/nær-ledelse)
Organisasjonskultur og arbeidsmiljø	<ul style="list-style-type: none">• Forskjeller i stabiliteten i ansattegruppa• Forskjeller i opplevd grad av trygghet rundt oppgaveutførelse kompetanse.• Forskjeller i grad av forutsigbarhet med hensyn til arbeidstid og avtaler.• Forskjeller i uformell støtte og inkludering i teamene

Gjennom den videre analysen vil vi se på i hvilken grad forskjellene oppsummert i tabellen over vil ha kunne ha betydning for sykefraværet ved de to enhetene.

5.1 Kommunens rolle

Når det gjelder kommunens rolle ser vi at det er avdekket forskjeller mellom sykehjemmene i Kommune Vest og Kommune Midt når det gjelder antall ledernivå mellom øverste administrative ledelse i kommunen, og det enkelte sykehjem. I tillegg ser vi at bruken av ulike møtearenaer kan se ut å ha forskjellig hensikt/intensjon.

I et instrumentelt perspektiv er formålsrasjonalitet og mål-middel-vurderinger sentrale. For begge kommuners sentrale ledelse vil det være sentralt å bygge en overordnet formell organisasjonsstruktur som definerer en arbeidsfordeling mellom de ulike nivåene som er formålsrasjonell (Christensen et al., 2015, s.35). Kommunene som tjenesteytende enheter ønsker primært å flytte mest mulig av ressursbruken til det direkte tjenesteytende leddet i dette tilfellet sykehjemmene.

Opprinnelig var begge kommuner likt organisert. Når det i Kommune Midt er innført et ekstra ledernivå, vil dette måtte knyttes opp mot et ønske om å være tettere på den enkelte enhet for å kunne styre og kontrollere enhetene i større grad. Endringene som er gjort når det gjelder organisasjonsstrukturen er ikke utelukkende knyttet til helseområdet i kommunen, men gjelder alle tjenesteytende enheter. Samtidig er det iverksatt et prosjekt i kommunen gjennom KS i samarbeid med NAV (NED med sykefraværet – IA-ledelse 2.0) med fokus på å få ned sykefraværet. Sett i sammenheng med dette er det grunn til å tro at nettopp det høye sykefraværet over tid innen sektoren har økt behovet for en tettere oppfølging og kontroll på dette feltet. I et institusjonelt perspektiv/kulturperspektivet vil det ekstra ledernivået kunne ses på som en styrking av kapasiteten til å drive en mer aktiv formidling av normer og verdier innen sektoren, da kommunalsjefen vil være tett på mange ulike sykehjem, og dermed kunne fungere som en idespreder.

Begge sykehjem har faste møter med administrativ ledelse i kommunen («direktørmøte»/enhetsmøte), - møter som gjennomføres månedlig etter en fast plan og agenda, der formålet er å følge opp den enkelte enhet og enhetsleder. Samtidig er begge enhetsledere klare på at de er delegert ansvar for både rasjonell organisering, personell og økonomi («Fasthet til mål - frihet i tilnærming») Ut fra et instrumentelt perspektiv vil det være vesentlig for øverste administrative ledelse å ha en best mulig dialog med sykehjemmene, samtidig som man i mindre grad kan detaljregulere den enkelte enhet. I

en kontekst der det er stabile rammebetingelser vil de faste møtepunktene fungere som fora for informasjonsutveksling og faglig utvikling. Ved Sykehjem Vest kan det synes som om det er dette som er tilfellet, og at det ikke brukes aktivt som styringsverktøy av overordnet ledelse, men at styringssignaler gis via andre kanaler.

Når det gjelder «enhetsmøtet» i Kommune Midt fremstår også dette som et forum for utveksling av informasjon, men oppfølgingen og kontrollen av driften ved sykehjemmet fra nærmeste leder i helseadministrasjonen – kommunalsjefen, synes å være mer fremtredende. Selv om møtearenaen fremstår å være av mer uformell karakter, er det er grunn til å tro at signaler vedrørende driften gitt her, forventes iverksatt av enhetsleder ved sykehjemmet.

Ut fra et institusjonelt/kulturelt perspektiv vil det at det er satt fokus på oppfølging og sykefraværspromblematikk, kunne innvirke positivt på sykefraværspromblematikken, såfremt dette fører til operative tiltak på det sykehjemmet. Ifølge Christensen (2015, s.58) vil det at det skapes oppmerksomhet rundt et felt som berører mange av de ansatte kunne gi en følelse av å «bli sett», og ivaretatt som medarbeider.

5.2 Organisasjonsdemografi

Under dette punktet ser vi på forskjeller sykehjemmene imellom i forhold til utfordringer knyttet til å skaffe tilstrekkelig antall medarbeidere med ønsket kompetanse, turn - over og vikarbruk. Vi ser av empirien i kapittel 4 at rett kompetanse og stabilitet i ansattegruppa over tid er viktig for å unngå sykefravær.

I et instrumentelt perspektiv vil tilstrekkelig kompetanse være avgjørende for å fylle de ulike funksjonene som skal dekkes innen sykehjemssektoren. Uten tilstrekkelig kompetanse vil man ikke kunne yte de tjenestene som er forventet innen sektoren. Dette kan imidlertid gjøres på flere ulike måter, noe de to undersøkte sykehjemmene er gode eksempler på.

Ved Sykehjem Midt kan det se ut som om det er et sterkt fokus på høyest mulig formalkompetanse. Det vil i praksis si sykepleiere, - og i noen tilfeller andre med sosial – og helsefaglig høyskoleutdanning. Det kan se ut som flere års utfordringer med å skaffe sykepleierkompetanse har gjort at man etter hvert har åpnet for å rekruttere fra andre grupper med helse- og sosialfaglig bakgrunn fra høyskoler og universitet.

Argumentasjonen er at kjernekompetansen innen disse profesjonene er de samme. Den endrede rekrutteringsstrategien ser ikke ut til å være initiert fra sykehjemmene basert på faglige vurderinger og ønsker, men kommet fra administrativt hold som et svar på problemene med å skaffe sykepleiere.

Gjennom intervjuene er det fra informantene stilt flere spørsmål ved om dette er en god strategi som fast ordning, da det ikke løser hovedutfordringen; nemlig å ha tilstrekkelig med sykepleierkompetanse på sykehjemmet til enhver tid. På vanlig dagtid – når sykepleierdekningen er god - vil en slik løsning kunne fungere, men i tider på døgnet da det gjerne bare er en høyskoleutdannet medarbeider på plass, eller i helger, vil denne gruppen kunne komme til kort, da de ikke innehar den nødvendige bredden som finnes i sykepleierfaget. I et institusjonelt/kulturelt perspektiv vil en kunne hevde at endringer på dette feltet utfordrer den rådende kulturen på arbeidsplassen, der sykepleierne gjennom mange ti-år har vært den toneangivende utdanningsgruppa. Motstanden mot å inkludere nye utdanningsgrupper kan nettopp ligge i at det utfordrer sykepleiernes hegemoni. Samtidig er det viktig å ta inn over seg at det å ha «riktig» kompetanse på plass til enhver tid er noe som understrekes av svært mange av informantene, også de med lavere pleier - utdanning og ufaglærte.

På Sykehjem Vest, som oppgir å ikke ha problemer med å skaffe ønsket kompetanse (heller ikke sykepleierkompetanse), er rekrutteringsstrategien mer rettet mot bredde i kompetansen, basert på hva som har vist seg å fungere over tid. Sykehjemmet er på mange måter i en særstilling gjennom at man klarer å fylle de formelle kravene knyttet til sykepleierkompetanse, samtidig som man kan sette sammen den øvrige staben mer etter hvilke oppgaver som skal utføres.

Fokuset på formell sykepleierkompetanse ved Sykehjem Midt kan nettopp være motivert i at man til enhver tid må «toppe laget», fordi man på grunn av høyt sykefravær, hele tiden står i fare for å stå uten tilstrekkelig kompetanse.

Et sentralt poeng som er trukket frem fra mange av informantene er at teamene er satt opp med «riktig» kompetanse til enhver tid og gjerne stabile team, der man er kjent med hvem man skal arbeide med på forhånd. Dette ser ut til å vektlegges noe sterkere enn antall «hoder». Det kan synes som at ledelsen ved sykehjemmet i Kommune Midt i større grad har sett på de formelle kravene til pleierdekning (grunnbemanning), enn miksen av nødvendig kompetanse og relasjonene de ansatte i mellom. Den utryggheten

som flere ved sykehjemmet føler på knyttet til dette vil over tid kunne bidra til et høyere sykefravær. Flere av informantene trakk dessuten frem den til dels tøffe tonen mellom de ulike profesjonsgruppene som problematisk, og en kime til frustrasjon og oppgitthet.

Fra sykehjemmet i Kommune Vest var stabile team et av de forholdene som ble trukket frem som et suksesskriterium av både ledelse og ansatte. Dersom du vet hvem du skal jobbe med, og er trygg på at den nødvendige kompetansen er tilstede, vil det kunne føre til at man stiller på jobb selv om man ikke er i toppform. En ser her konturene av en institusjonell tilnærming (kulturperspektivet) der tryggheten knyttet til faste team vektlegges sterkere enn større fleksibilitet i bruken av ansatte-ressursen. I tillegg ser det ut til at dette sykehjemmet ikke sliter med interessekonflikter mellom profesjonene, og at man i mye større grad har vært i stand til å se verdien av at flere faggrupper jobber sammen. På mange måter kan en her snakke om en tverrfaglig tilnærming i stedet for flerfaglighet.

5.3 Enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur

En annen forskjell mellom sykehjemmene er knyttet til organiseringen av lederressursen. Både Sykehjem Vest og Sykehjem Midt har begge en avdelingsstruktur pr. i dag, men i Kommune Midt var det frem til årsskiftet 2016/2017 gruppeledere og fagsykepleiere som ivaretok mye av det operative arbeidet i enheten, mens personalansvaret var lagt til enhetsleder. Ønsket om en avdelingsstruktur kom som ledd i en prosess for å styrke lederressursen, og muliggjøre et sterkere medarbeiderfokus.

I et instrumentelt perspektiv ser en at en utbygging av lederstrukturen ved sykehjemmet er med på å formalisere ansvaret og fordele arbeidsoppgavene i ledergruppa på en måte som forventes å kunne gi en bedre oversikt og kontroll over driften (herunder sykefraværet) (Christensen et al., 2015). Det at lederspennet reduseres, vil i et institusjonelt perspektiv kunne være et tydelig signal om at man ønsker å ha et større fokus på hver enkelt medarbeider.

Et annet forhold ved organiseringen av sykehjemmene som skiller er fagsykepleiernes rolle. På Sykehjem Vest viser de innsamlede dataene at disse fyller en viktig rolle som bidragsyttere i forhold til å avdekke behov for mer kompetanse, og opprettholde den eksisterende kompetansen. Selv om funksjonen er formalisert i organisasjonskartet, ser det ut som om det er mye opp til den enkelte fagsykepleier å definere rollen.

Personalansvaret er knyttet til avdelingsleder, og de er ikke en del av lederteamet, selv om enkelte av de ansatte opplever det slik. Ved Sykehjem Midt har man valgt å samle både personalansvaret og fagansvaret på samme person.

Når det gjelder sykefraværsoppfølgingen viser empirien at denne oppgaven er forankret i lederteamet, og med regler og rutiner utarbeidet av kommunens ledelse i tråd med sentrale føringer (IA-avtalen). Begge virksomheter har sykefravær som et prioritert område, og det er utarbeidet lokale rutiner. Ved begge sykehjem var det et fokus på å komme tidlig inn. Det er innført et krav om at alle ansatte skal ringe en i lederteamet ved sykehjemmet for å melde om sykefravær. Dette er en klar formalisering av en praksis som tidligere gikk ut på at man vanligvis tok kontakt med den ansvarlige på avdelingen. Dette er et instrumentelt trekk som ser ut til å være gjort for derigjennom å være tett på den enkelte ansatte som blir sykemeldt..

Gjennom empirien ser vi imidlertid at denne muligheten til dialog, ofte kan oppfattes som kontroll og nærværspres. Av ledelsen ved Sykehjem Vest ble dette tiltaket trukket frem som et av de mest effektive for å få ned sykefraværet. Det er imidlertid grunn til å stille spørsmål ved om en for offensiv tilnærming lett kan føre til at syke presser seg på jobb når de i stedet burde være hjemme. Som enkelttiltak i sykefraværsoppfølgingen ser dette ut til å ha hatt den ønskede effekten gjennom at terskelen for å melde seg syk har blitt betydelig høyere.

Når det gjelder oppgavespesialisering ser vi også forskjeller sykehjemmene imellom. Mens Sykehjem Vest har fjernet de som tidligere ivaretok oppgaver som kjøkken/vaskeri m.m., og lagt disse inn blant de ordinære arbeidsoppgavene, har Sykehjem Midt valgt å gjeninnføre en spesialisering av oppgaver gjennom å introdusere serviceverter. Informantene fra Sykehjem Vest ga uttrykk for at disse ekstraoppgavene tok fokus bort fra det de opplevde som hovedoppgavene sine, og fungerte på mange måter som en «stress-faktor» i hverdagen. Det samme synet var gjeldende ved Sykehjem Midt. Uten at en har sett virkningen av denne endringen over tid er det vanskelig å si i hvilken grad dette vil innvirke på sykefraværet, men kombinasjonen av å bli lettet for enkelte oppgaver, samtidig som man opplever å «bli hørt», kan ha en positiv innvirkning på det totale arbeidspresset, og derigjennom sykefraværet.

5.4 Ledelse

Christensen (2015) viser til at ledelse utøves i ulike kontekster, der kombinasjonen av struktur og kultur opptrer ulik grad og med ulik styrke (Christensen et al., 2015, s.143). Å drifte et sykehjem gjøres innenfor stramme formelle rammer der klare mål, høy grad av struktur og klare stillingsinstruksjoner er sentrale. Samtidig spiller også tradisjon og kulturelle aspekter en stor rolle. Enhetsleder og ledergruppas utfordringer blir dermed å finne en god kombinasjon mellom styring (formell/instrumentell tilnærming) og ledelse (uformell institusjonell tilnærming).

Ved sykehjemmet i Kommune Vest har man vært opptatt av å utarbeide ny visjon og nye verdier som ledelsen ønsker skal gjennomsyre organisasjonen. Den nye visjonen og verdiene er utarbeidet av et eksternt konsulentfirma og ledergruppa i fellesskap. Deretter har man gått ut til ansattegruppa for å skape entusiasme og eierskap. Som vi tidligere har vært inne på i kapittel 4 er den valgte fremgangsmåten preget av en instrumentell tankegang, der man i liten grad bygger på den allerede eksisterende kulturen. En alternativ fremgangsmåte ville vært å starte med de ansatte og jobbet frem visjonen og verdiene som personalgruppa som kollegium finner at skal kjennetegne organisasjonen. På denne måten hadde man på en bedre måte kunnet sikre at det ville vært et størst mulig samsvar mellom den uformelle, underliggende organisasjonskulturen og den formelle, nedskrevne visjonen og verdiene.

Ved Sykehjem Midt kan det synes som at man ikke er opptatt av å fokusere på en overordnet visjon med tilhørende verdier. I denne kommunen har ingen av sykehjemmene egne visjoner og verdier, men forutsettes å forholde seg til en sentral, kommunal visjon og verdier utarbeidet for flere år tilbake. Gjennom empirien ser vi at den ikke har noen særlig forankring i organisasjonen, bortsett fra i ledergruppa. Samtidig ser vi et klart bilde av en ledergruppe som gjennom egen væremåte og praksis understreker hva som gruppen ønsker skal gjennomsyre organisasjonen. (Christensen, 2015, s.142). Vi har tidligere bl.a. vist til praksisen med «åpen dør» som et symbol på tilgjengelighet. Gjennom dette synliggjøres en lederstil med et klart kulturperspektiv.

I den komparative drøftingen i foregående kapittel var det særlig to forhold som skilte måten ledelse ble utøvd på ved de to sykehjemmene. Ved sykehjemmet i kommune Vest dannet det seg et bilde av en todeling av ledelsesfunksjonene av mer tradisjonell, hierarkisk type, der enhetsleder i stor grad ivaretok de mer overordnede og strategiske oppgavene ved sykehjemmet, mens avdelingsleder hadde en noe tydeligere operativ

rolle. Ved sykehjemmet i kommune Midt var ikke dette like tydelig, men mer preget av at man arbeidet som et kollegium, der oppgavene og ansvaret for driften ble ivaretatt i fellesskap. I kapittel 2.5 presenterte vi tabellen i Christensen (2015, s.129) knyttet til nær/fjernledelse som beskriver forholdet mellom styring og ledelse, indirekte og direkte relasjoner mellom ledelsen og de ansatte, og vi vil nå bruke den som en støtte i den videre analysen.

Ved sykehjemmet i Kommune Vest ble enhetsleder beskrevet som noe tilbaketrukket, og ikke like synlig i den daglige driften. Påvirkningen enhetsleder har ut i organisasjonen synes å være av mer formell art, og mer instrumentelt innrettet. Vi ser bl.a. gjennom tilbakemeldinger fra enkelte av informantene om at de ofte ble henvist videre dersom de ønsket å ta opp forhold ved driften direkte med enhetsleder – i dette tilfellet avdelingsleder og/eller fagsykepleierne. Noen av tilbakemeldingene knyttet til avdelingsleders lederstil gikk ut på at det ble utøvd en direkte, instruerende og kontrollerende form for ledelse, mens andre understreket en direkte, men mer uformell relasjon. Det kan synes som lederstilen er et resultat av et svært langt kontrollspenn (alle ansatte ved sykehjemmet).

Beslutningen om å ikke erstatte den ene avdelingslederen som var ute i en tidsbestemt permisjon, kan både knyttes til en kost-nytte vurdering av instrumentell type, der ressursbruken knyttet til rekruttering og ansettelse, samt muligheten for å redusere lønnskostnadene en periode, kan ha vært en del av motivasjonen. I intervjuene med ledelsen og informantene ved sykehjemmet var det derimot en begrunnelse av mer uformell, institusjonell type som ble gitt. Her ble det fremhevet at man hadde et ønske om å skape minst mulig uro og bekymring i ansattegruppa knyttet til å bringe inn en ledervikar for noen måneder. Her ser vi en institusjonell/kulturell forklaring der trygghetsbehovet og ønsket om å ikke skape uro i organisasjonen er fremtredende. At det nettopp er dette som allikevel ser ut til å ha blitt resultatet, var sannsynligvis ikke forutsett av ledelsen. Gjennom empirien ser vi at det nettopp er de tette båndene mellom leder og medarbeider som har vært trukket frem som positivt ved dette sykehjemmet.

Som medarbeider er forholdet til leder gjerne tosidig; den formelle, og den mer uformelle/relasjonelle. I det bildet som her tegnes vil begge aspektene av lederrollen kunne påvirkes negativt. Lederen blir mer utilgjengelig for medarbeiderne på grunn av

det mye lengre lederspennet, samtidig som lederen av samme grunn heller ikke klarer å opprette det mer uformelle/relasjonelle forholdet til medarbeiderne sine. I valget mellom de to måtene å lede på kan det se ut til at situasjonen har gjort at leder har måttet fokusere på de mer formelle sidene av jobben, noe som blant annet innebærer en del oppgaver av mer instruerende og kontrollerende karakter.

Når det gjelder oppfølging av sykmeldte vil den direkte lederstilen ofte bli oppfattet som «tøff», ettersom man i en slik fase kan være sårbar, noe som gjør at sykmeldte gruer seg til å ta kontakt for å melde fra om at de ikke kommer på jobb.

Samtidig synliggjøres et sterkt engasjement fra avdelingsleders side i forhold til å ivareta den enkelte ansatte, bl.a. gjennom innkjøp av ulike hjelpemidler. Avdelingsleder synliggjør gjennom det gjennomførte intervjuet et sterkt fokus på sykefraværsoppfølging, men det kan synes som fokuset på de formelle sidene, og kontrollaspektet er mest fremtredende, og gjør at en i mindre grad klarer å fange opp de mer underliggende årsakene til fravær. Det er grunn til å stille et spørsmål ved om den meget direkte og det enkelte beskrev som en «tøff» dialog med den enkelte sykmeldte tidlig i et sykefravær, gjør at terskelen for å bli fraværende fra jobb er høyere enn den ellers ville vært. Det kan synes som at enkelte vil føre det som Saksvik og Finne (2009) beskriver som en type nærværspres, som i motsetning til sykenærvær, er negativt ladet, og som i en del tilfeller kan føre til lengre (legemeldt) sykefravær.

Når det gjelder ledelsen i Kommune Midt kan det synes som man ikke i like stor grad har det samme skillet mellom strategiske og operative oppgaver som en kan se ved sykehjemmet i Kommune Vest. De tre lederne ved sykehjemmet fremstår som en samkjørt gruppe i forhold til de ansatte, noe som også er godt kommunisert ut i organisasjonen. De oppleves som mye mer tilgjengelige for den enkelte medarbeider enn tilfellet er i Kommune Vest. Gjennom dette fremstår ledelsen mer fokusert på ledelse, enn på direkte styring. Åpenheten og den tillitsbyggende strategien gir i større grad trygghet for den enkelte som står i fare for å bli sykemeldt, eller sykemeldt, - en visshet om at man vil bli ivaretatt og lyttet til.

5.5 Organisasjonskultur og arbeidsmiljø

Organisasjonskulturen er noe som gjennomsyrrer alt som skjer i en organisasjon.

Kulturen er noe som skapes sammen og over tid. I alle bransjer har en nedfelte både

formelle og uformelle regler for hvordan man skal oppføre seg. Å skulle endre en etablert organisasjonskultur er noe som både tar tid og ressurser. For ledelsen vil det å involvere og ansvarliggjøre de ansatte være avgjørende.

Som det fremgår av empirikapitlet har de to sykehjemmene ulik tilnærming til hvordan de ivaretar organisasjonskulturen. Sykehjem Vest har valgt en «topptung» tilnærming der visjonen og verdiene er blitt utviklet av ledelsen med hjelp fra et konsulentselskap, for deretter å bli «solgt inn» som en ferdig pakke. Dette fremstår som en instrumentell og formell fremgangsmåte, der det er små spor etter en prosess der det er den eksisterende kulturen over tid som synliggjøres i visjonen og verdiene (Christensen, 2015, s.66). I Scheins modell vil en finne nedskrevne visjoner og verdier blant artifaktene – det som er synliggjort og nedfelt i organisasjonskart og virksomhetsplaner. Samtidig viser dette fokuset fra ledelsen et klart forsøk på å signalisere hva man ønsker at organisasjonen skal stå for, noe som vil ha klare implikasjoner på hvordan man innretter virksomheten, rekruttering og ivaretagelse av medarbeiderne. Her spiller man på kulturelle aspekter gjennom at man som ledelse ønsker å vise vei.

Ved sykehjemmet i Kommune Midt har man ikke utarbeidet en egen visjon og egne verdier knyttet til sykehjemmet, men det ble henvist til at det er utarbeidet en egen visjon, verdier og kjøreregler for hele den kommunale virksomheten.

Lederne kjente godt til den «kommunale» visjonen og verdiene, mens det ble ikke funnet støtte i empirien for at dette var noe som sto sterkt blant de øvrige ansatte. Ledelsen ser heller ikke ut til at å jobbe med overordnede verdier står sterkt i ledergruppa. Man har hatt arbeidsmøter med de ansatte der det er mer grunnleggende regler knyttet til «slik gjør vi det her» som er blitt vektlagt. Derimot kan vi se klare tegn til at ledelsen har valgt en institusjonell/kulturell tilnærming der man har forsøkt å underbygge de positive trekkene i kulturen ved sykehjemmet, og gjennom egen væremåte og konkrete tiltak dermed er med på å vise vei. Denne uformelle tilnærmingen kan ses på som en type sti-avhengighet, der man bygger på det beste i den eksisterende kulturen. Bakgrunnen for den tilnærmingen kan synes å være basert på at de ansatte over tid har opplevd en mye mer instrumentelt orientert ledelse, der de ansatte er blitt fortalt hvordan de skal forholde seg, og i mindre grad har kunnet påvirke arbeidsdagen selv.

Det virker som de to sykehjemmene har dermed valgt to helt ulike utgangspunkt for hvordan de ønsker å understøtte og videreutvikle organisasjonskulturen sin. På den ene siden sykehjemmet i Kommune Vest som har jobbet svært mye med visjonen og verdiene blant sine ansatte etter at disse ble introdusert. Det er blant annet gjennomført work-shops, der de enkelte ansatte er blitt oppfordret til å gi uttrykk for hva de betyr for seg – gi visjonen og verdiene konkret innhold.

Denne pluralistiske tilnærmingen ser ut til å være et bevisst valg, synliggjort gjennom ledelsens ønske om en «romslighet» med plass for individuelle forskjeller. Ved sykehjemmet i Kommune Midt kan det se ut som det er «veiviser»-tilnærmingen som står mer sentralt, der ledelsen gjennom egen væremåte signaliserer hva som bør kjennetegne organisasjonskulturen.

Hvordan slår så dette ut i forhold til sykefraværsproblematikken? Ved sykehjemmet i Kommune Vest har informantene hatt en svært inkluderende kultur over mange år. Den har utviklet seg uavhengig av skriftliggjorte visjoner og verdier, og ser ut til å være godt forankret i hele organisasjonen. Dette skaper en trygghet for at man blir ivaretatt om man skulle få helseutfordringer av ulik karakter. Et særtrekk ved dette sykehjemmet er den uformelle ivaretakelsen av hverandre som en har fått beskrevet gjennom intervjuene. Dette er en institusjonell tilnærming som viser en rotfestet kultur der omsorgen for hverandre ivaretas helt uavhengig av formelt initierte tiltak eller regelverk. Kombinert med en høy grad av stabilitet i teamene kan det se ut som om dette er svært vesentlig for om noe sviktende helse utløser sykefravær.

Ved sykehjemmet i Kommune Midt kan en derimot ane et bilde av en organisasjon der det tidligere ikke har vært noen samlende kultur, men i stedet konfliktlinjer mellom ledelse og ansatte, og ulike ansattegrupper i mellom. Dette har skapt mange uoversiktlige situasjoner/episoder og stor utrygghet, noe som kan synes å ha tappet organisasjonen for energi, og ført til større sykefravær. Det «limet» som de stabile teamene utgjorde ved Sykehjem Vest, er i mindre grad tilstede. Det kan også synes som at ledelsen heller ikke ønsker en slik utvikling, da dette påvirker mulighetene og fleksibiliteten til å benytte arbeidskraften på tvers av avdelinger og team.

6. Avslutning og hovedkonklusjoner

I denne masteroppgaven har vi presentert en komparativ, kvalitativ undersøkelse der fokuset har vært å sammenligne to sykehjem i to forskjellige storbykommuner som over tid har hatt ulik utvikling i sykefraværs mønsteret. Sykehjemmene er kommunalt drevne og har i hovedtrekk de samme rammebetingelsene økonomisk, og med hensyn til organisering og ressurstilgang.

Hva er så mulige årsaker til forskjeller i sykefravær? I vår studie har vi valgt å fokusere på organisasjon, ledelse og organisasjonskulturen. Gjennom de 17 gjennomførte intervjuene har vi dannet oss et bilde av en mangefasettert virkelighet, der organisasjonsmessige forhold, ledelsesstil og organisasjonskulturen er sterkt sammenvevd, og der selv små forskjeller i væremåte og arbeidsform kan gi merkbare utslag på sykefraværet.

I kapittel 1.3 konkretiserte vi vår overordnede problemstilling til:

«Hvilke faktorer bidrar til forskjeller i sykefravær ved kommunale sykehjem i to utvalgte storbykommuner»

med følgende forskningsspørsmål: *«På hvilken måte påvirker forskjeller i organisering, ledelse og organisasjonskultur sykefraværet?»*

Etter å ha gjennomført en komparativ studie og analyse av det innhentede forskningsmaterialet, har vi kommet frem til følgende konklusjoner:

6.1 Organisering

Gjennom å se på resultatene av analysen knyttet til både administrativt nivå (kommunens rolle), organisasjonsdemografien og forhold knyttet til intern organisering (enhetens organisasjonsmessige oppbygging og struktur) under ett, vil vi prøve å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålet som langt som det er mulig når det gjelder organisering.

Resultatene av analysen viser at begge kommuner har klare beslutningsveier og møtepunkter for å følge opp de enkelte enhetene. Analysen viser imidlertid at fokuset på møtearenaene er ulikt i de to kommunene. I kommune Vest synes kommunikasjonen med høyere administrativ ledelse å foregå relativt uformelt, og der møtepunktet («direktør»-møtet) er av mer informativ karakter enn det vi ser i Kommune Midt, der

det kontrollerende aspektet var mer fremtredende. Uansett form ser det imidlertid ut som graden av forankring av sykefraværarbeidet i kommunens høyere administrative ledelse er en medvirkende årsak til forskjeller i sykefravær. Økt fokus på sykefravær som utfordring, og forankring i organisasjonen, fagdialog, tilgang til eksterne samarbeidspartnere og informasjon om «sykefraværs-verktøykassen», er her sentrale faktorer som vil kunne påvirke sykefraværet gjennom å trygge lederne ved enhetene i sitt oppfølgingsarbeid.

Analysen viser videre at den formaliserte «fraværstelefonen», som begge sykehjem benytter, ser ut til å være et viktig tiltak for å komme tidlig inn i sykefraværsoppfølgingen, og for å unngå «unødig» fravær. At dette er forankret i ledelsen synliggjør betydningen, og vil i gitte tilfeller kunne føre til at ansatte tenker seg om en ekstra gang før de melder seg syke. Vi mener derfor at vi gjennom empirien og analysen har grunnlag for å si at dette kan være en av årsakene til at fraværet er lavere ved Sykehjem Vest, og på vei ned ved Sykehjem Midt, som først nylig har innført ordningen.

Ved å komme tidlig inn i sykefraværarbeidet, er mulighetene betydelig større til å finne effektive og riktige tiltak som vil kunne redusere varigheten på sykefraværet. Signalet som bruken av ordningen med fraværstelefon, og kravet om melding av sykefravær direkte til ledelsen gir, er at «vi bryr oss».

Ulikhetene i formell kompetanse mellom sykehjemmene medfører ulik grad av profesjonsfokus. Ved Sykehjem Vest var de to gruppene ufaglærte og faglærte noenlunde like store, noe som over tid har gitt en større bredde i erfaringsgrunnlaget på avdelingene, og i teamene. Ved Sykehjem Midt var bare en av fire ufaglært, og det var et betydelig sterkere fokus på sykepleiere og sykepleiefaget. Dette så ut til å skape større interne spenninger i avdelingene og de enkelte teamene – spenninger som over tid kan utløse mistriivsel og mulig sykefravær. Ut fra funnene i undersøkelsen mener vi derfor å ha grunnlag for å si at graden av aksept av og respekt for hverandres kompetanse (formal - realkompetanse) og arbeidsoppgaver har betydning for forskjeller i sykefravær.

Betydningen av tilstrekkelig bredde i kompetansen, stabile team og «riktig» antall ansatte på plass til enhver tid, ser vi gjennom analysen at vil kunne påvirke sykefraværet. Tilstrekkelig kompetanse gir trygghet, noe som gjør at det kan være

hensiktsmessig å revurdere praksisen med å erstatte sykmeldte sykepleiere med personer med lavere (utilstrekkelig) kompetanse.

Graden av stabilitet i de enkelte teamene ser også ut til å være en viktig faktor som påvirker sykefraværet. Det å arbeide for å bygge team som både sikrer at det er ansatte som har en komplementær kompetanse, og som jobber godt i lag, ser ut til å være av vesentlig betydning. Gjennom studien har vi fått et bilde av at dette skaper en trygghet som gjør at ansatte gjerne går på jobb, selv om de ikke er helt i form, fordi de vet at de vil bli ivaretatt av teamet. Her ser vi at både formelle aspekter (stabile grupper) og uformelle aspekter (omsorg for hverandre) spiller sammen.

Med «riktig» antall ansatte menes ikke nødvendigvis flere ansatte, men at vikarer raskt kan erstatte de som er syke. Stadige vakter der man går en eller flere færre enn oppsatt, ser ut til å påvirke fraværet negativt. Samtidig vil det være av fordelaktig å kunne bygge opp en vikarbase bestående av personer som kjenner det enkelte sykehjem, da man da bygger ned utryggheten som mange av de ansatte satte ord på ved å stadig måtte jobbe med «nye» vikarer som ikke var kjent med verken de ansatte, brukerne eller rutinene.

6.2 Ledelse

Gjennom drøftingen og analysen har vi avdekket en noe ulik tilnærming til lederrollen mellom de to sykehjemmene, noe som vil kunne forklare mulige forskjeller i sykefraværet. Følgende faktorer ser ut til å være av betydning for å forklare forskjeller i sykefravær: Graden av medarbeiderfokus fra leders side, lederspennet (antall ansatte pr. leder) og implementeringen av visjoner og verdier i organisasjonen.

Ved sykehjem Midt mener vi gjennom analysen å ha avdekket ledere med en lederstil som har klare institusjonelle/kulturelle trekk. Målet ser ut til å være å prøve å integrere og trygge de ansatte gjennom å gå foran med et godt eksempel og gjennom handling vise hvilke verdier de ønsker skal gjenspeiles i virksomheten. Gjennom lett synlige grep i hverdagen viser de har et medarbeiderfokus, der dialog og medbestemmelse ser ut til å være en sentral verdi. Dette innebærer en strategi som åpner for mange ulike løsninger, - og ikke nødvendigvis ledergruppas foretrukne – men en fasthet rundt mål. Ved dette sykehjemmet er nåværende ledergruppe relativt ny, og ut fra empirien går det klart frem at den tidligere ledelsen hadde en betydelig mer instrumentell tilnærming. Den «nye»

lederstilen vil derfor over tid kunne være en viktig suksessfaktor for å få ned det relativt høye sykefraværet ved sykehjemmet.

Ved Sykehjem Vest bærer ledelsen i større grad preg av de mer instrumentelle aspektene knyttet til å planlegge, iverksette og kontrollere. Empirien viser at de to lederne har valgt å dele seg i en administrativ, og en operativ rolle. Ved dette sykehjemmet var det på tidspunktet for undersøkelsen kun enhetsleder og en avdelingsleder, noe som gjorde at lederspennet ble svært langt. Dette medførte gjerne en mer instruerende og direkte stil. Dette kan være noe av årsaken til at det er de instrumentelle/formelle trekkene er de mest fremtredende, da avdelingsleder ble opplevd noe ulikt fra avdeling til avdeling, men der enkelte også trakk frem et tydeligere medarbeiderfokus. Samtidig må det sterke fokuset på visjon og verdier, og arbeidet med å forankre den i organisasjonen trekkes frem som viktig. Gjennom dette knyttes skriftliggjorte og formelt forankrede verdier sammen med de uformelle trekkene ved organisasjonen noe som viser en mer institusjonell/kulturell innretning. Det lange lederspennet som har nødvendiggjort en mer instrumentelt innrettet ledelse kan over tid medføre en risiko for økning i sykefraværet.

6.3 Organisasjonskulturen

Gjennom empirien og den påfølgende drøftingen og analysen har det blitt avdekket forskjeller mellom hvor godt forankret de overordnede verdiene er i de to sykehjemmene. I Sykehjem Midt avtegnes det et bilde av en organisasjon som både gjennom formelle tiltak, og gjennom uformelle trekk knyttet til oppførsel og væremåte blant de ansatte, viser at gjensidig respekt for andres oppgaver, tillit og en inkluderende holdning er bærende verdier.

Et viktig trekk ved Sykehjem Vest er det omfattende arbeidet som er nedlagt fra ledelsens side for å innarbeide nye visjon og nye verdier. Vi har i analysekapitlet påpekt at prosessen virker noe «topptung» ved at verdiene presenteres som en «ferdig pakke» til de ansatte, mens den videre prosessen med «work-shops» synliggjør en vilje til å sette av tid til å innarbeide verdiene i det daglige arbeidet i sykehjemmet. Samtidig som man har understreket at man ønsker en «romslig», uensrettet kultur, noe som gjør at den enkelte ansatte opplever stor frihet i hvordan verdiene kan implementeres i det daglige arbeidet

Ved dette sykehjemmet viste studien at det var store er store forskjeller i formal- og realkompetanse. Sykehjemmet har på tross av stor bredde i kompetansen klart å skape en «vi - holdning» som gjør at en ser lite av profesjonskamp og ulik verdsetting av hverandres kunnskap. På dette sykehjemmet kan det se ut som det førende elementet at man bryr seg om hverandre i hverdagen, og støtter hverandre. Et annet forhold er at en opplever en trygghet rundt vesentlige rammebetingelser som arbeidstid/turnus, stabile ansattegrupper/team og trygghet for at teamene til enhver tid er satt opp med tilstrekkelig kompetanse. Engasjementet og fokuset på verdiene oppleves som likt både i ledelsen og ansattegruppa, noe som gir et arbeidsmiljø der folk trives, er trygge og opplever en mestring. Dette ser ut til å ha vært en vesentlig bidragsyter til at sykefraværet har vært svært lavt over lang tid.

Ved Sykehjem Midt ser vi et betydelig mindre engasjement rundt den overordnede, skriftlige visjonen og verdiene. Ledelsen henviste til kommunens sentrale visjon og verdier, samt «kjøreregler» for sykehjemmene. Gjennom intervjuene var det kun ledergruppa som uten hjelp kunne kommunens visjon og verdier. Den manglende formelle forankringen om felles verdier kan være en årsak til at organisasjonen fremstod med sterke spenninger mellom avdelinger og enkeltansatte.

Hele kulturen preges av en «de og dem»-kultur, der det å få innpass i enkelte team oppleves som vanskelig. I tillegg ser vi en annen innretting på utdanningsbakgrunnen, der det over tid har vært et sterkt fokus på kompetanse, spesielt sykepleierkompetanse. Dette har gitt grobunn for en større grad av profesjonskamp og diskusjoner om hvem som skal gjøre hvilke oppgaver. Ustabile team der man hele tiden har måttet forholde seg til nye, kjente ansatte/vikarer, og usikkerhet rundt om man har tilstrekkelig kompetanse på plass, har slitt på de fast ansatte. Ledergruppa synliggjør at de er godt kjent med spenningene i organisasjonskulturen, og det er gjort enkelttiltak, men en savner en felles strategi og engasjement rundt et sett felles verdier.

Vår konklusjon etter å ha studert organisasjonskulturen ved de to enhetene, er betydningen og viktigheten av en godt forankret visjon og felles verdier som synliggjøres både i virksomhetenes regler og retningslinjer, samtidig som det gjenspeiles i de ansattes væremåte og holdninger i hverdagen. En organisasjonskultur som kjennetegnes av en respekt for hverandres kompetanse og ferdigheter, skaper en «vi»-holdning som på sikt vil kunne ha betydning for sykefraværet.

Avslutningsvis vil vi legge til at gjennom forskningsstudien og analysen av datamaterialet er det kommet klart frem at det ikke finnes «quick-fix» - løsninger på sykefravær. Systematisk arbeid og engasjement både blant ledelse og ansatte på nær sagt alle områder innenfor virksomheten, er kanskje det største suksesskriteriet.

Litteratur/referanser

- Andersen, J.A. & Abrahamsson, B. (1996). *Om å beskrive og forstå organisasjoner*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag
- Bjørnstad, R. (2006). *Er det økte sykefraværet tegn på et mer inkluderende enn ekskluderende arbeidsliv?* Økonomiske analyser 6/2006. Statistisk Sentralbyrå.
- Bogen, H. & Lien, L. (2015). *Fra fravær til nærvær. Handlingsrommet for vellykket sykefraværarbeid i sykehjem* (FAFO-rapport nr. 12, 2015).
- Byrkjeflot, H., (Red.). (1997). *Fra styring til ledelse*. Bergen – Sandviken: Fagbokforlaget.
- Christensen, T., Egeberg M, Lægreid P., Roness, P.G & Røvik, K. A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Denk, T. (2002). *Komparativ metod; forståelse genom jamførelse*. Lund: Studentlitteratur.
- Gjøsund, G. & Størkersen, K.V. (2009). *Nærværets dynamikk*. I I.L. Hepsø, & T. Kongsvik (Red), *Forskning som endringsverktøy i organisasjoner* (s.109 -131). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (2.utg). Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Judge, T.A., Hulin, C.L. & Dalal, R.S. (2012). Job Satisfaction and job affect. I S.W.J. Kozlowski (red.). *The Oxford handbook of organizational psychology*, vol.1. (s. 496 – 525). New York: Oxford University Press.
- Kaufmann, G. & Kaufmann, A. (2015). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. (5.utg.). Bergen: Vigmostad & Bjørke AS.
- Kostøl, A.R. (2010). *Kunnskapsoppsummering av samfunnsvitenskapelig litteratur om årsaker til sykefravær og utstøting*. Kunnskapsoppsummering til Almlid-utvalget. Statistisk Sentralbyrå.

- Lie, J.-A. S., Arneberg, L., Goffeng, L.O., Gravseth, H. M., Lie, A., Ljoså, C. H. & Matre, D. (2014). Arbeidstid og helse. Oppdatering av en systematisk litteraturlstudie. *STAMI-rapport nr.1 (2014) Statens Arbeidsmiljøinstitutt*.
- Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven), LOV-2005-06-17-62. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>.
- Lov om folketrygd (folketrygdloven), LOV-1997-02-28-19. (2017). Hentet fra <https://lovdata.no/>.
- March, J. (1991). Organizational Learning. *Organization Science*, Vol.2, No.1, 71 – 87.
- Mintzberg, H. (1980). Structure in 5`S: A Synthesis of the Research on Organization Design, *Management Science* 26, 3, 322 – 341.
- Myhr, K.-I. & Sundberg, C.Ø. (2016, 19.april). Politikerne har vært sjokkert over sykefraværet i 15 år. *Adresseavisen*, s.10 -11.
- Mykletun, A. (2010). Hvordan redusere sykefraværet i Norge? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 2010, Vol.47, 850-852.
- NAV (2016). Sykefraværsstatistikk. Hentet fra <https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar++statistikk/Sykepenger>
- NOU 2010:13. Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Ose, S.O. (2010). Kunnskap om sykefravær: nye norske bidrag. Sintef Helse, februar 2010.
- Ose, S.O. (2016). *Sykefravær, HMS og inkludering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ose, S.O., Haus-Reve, S., Mandal, R. & Pettersen, I. (2011). Sykefravær i kommunale tjenester. *Søkelys på arbeidslivet*, 28 (4), s.335-354.
- Ose, S.O. & Slettebak, R. (2013). *Trondheim kommunes arbeid med oppfølging av sykmeldte – et følgeforskningsprosjekt*. SINTEF-rapport A25716. Trondheim: SINTEF.
- Ringdal, K. (2001). Enhet og mangfold. Bergen: Fagbokforlaget
- Røvik, K.A (2007). *Trender og translasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget

- Saksvik, P.Ø & Finne, L.B. (2009). Sykenærvær og langtidsfriskhet. Psykologen som sykmelder. I P.Ø. Saksvik & K. Nytrø (Red.), *Klinisk organisasjonspsykologi* (1.utg., s. 346 – 364), Trondheim: Cappelen Damm
- Schein, E., (1987). *Organisasjonskultur og ledelse – er endring mulig?* Oslo: Libro Forlag.
- Selznick, P. (c1997). *Lederskap*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Silverman, D. (2014). *Interpreting qualitative data*. London: Sage Publications.
- Sterud, T., Knardahl, S., Labriola, M. & Lund, T. (2010): *Utredning for HODs Utvalg for å utrede omfanget av, årsaker til og mulige virkemidler mot utstøting og sykefravær i helse- og omsorgssektoren* (Statens Arbeidsmiljøinstitutt).
- Yukl, G.A (2013). *Leadership in organisations*, Boston Mass. Pearson Education.
- Weber, M. (2000). *Makt og byråkrati*. Oslo: Gyldendal (Opprinnelig utgitt 1922)
- Forside-illustrasjon (Colourbox.com)

Tabelloversikt

Tabellnummer	Beskrivelse/tekst	Side
Tabell 2.4.1	Påvirkning av adferd gjennom ledelse, styring, kontroll og fjernledelse	34
Tabell 3.2.1	Informantoversikt	45
Tabell 4.2.1	Kjønn og alder Sykehjem Vest	56
Tabell 4.2.2	Utdanning Sykehjem Vest	56
Tabell 4.2.3	Kjønn og alder Sykehjem Midt	57
Tabell 4.2.4	Utdanning Sykehjem Midt	57
Tabell 5.1.1	Forskjeller mellom sykehjemmene. En oppsummering og oversikt	82

Informasjonsskriv

«Årsaker til forskjeller i sykefravær ved kommunale sykehjem blant storbykommuner i Norge»

Masteroppgave ved MPA-studiet ved Høgskolen på Lillehammer

Kort om forskningsprosjektet

Hva er det som forklarer de store forskjellene i sykefravær som er avdekket mellom sykehjem i de større byene i Norge – virksomheter som i utgangspunktet har mange fellestrekk? Bakgrunnen for valget av tema er blant annet oppslag i Adresseavisen i april 2016, der det ble avdekket meget store forskjeller mellom sykefraværet i helse- og omsorgssektoren i kommuner som f.eks. xx.

Forskningsoppgaven er lagt opp som en case-studie, der det vil gjennomføres en kvalitativ undersøkelse ved to sykehjem, et i xx og et i xx.

Hvilke faktorer påvirker sykefraværet på de enkelte enhetene og er mest utslagsgivende på sykefraværstatistikken; ressurstilgang og organisering, ledelsesstil eller sosio-kulturelle og psyko-sosiale forhold? Dette er noe av det som vil bli forsøkt kartlagt/belyst i undersøkelsen.

Prosjektperioden er fra desember 2016 – september 2017.

Det vil bli intervjuet mellom 5-8 personer (informanter) ved hvert av sykehjemmene leder(e), sykepleiere, helsearbeidere, verneombud, plasstillitsvalgt). Intervjuene vil være semi-strukturerte, det vil si at spørsmålene under intervjuet er et utgangspunkt for å belyse de aktuelle temaene, og ikke strengt definert. Alle intervjuene vil bli tatt opp «på bånd», og transkribert i etterkant, dvs. skrevet ned for videre analyse.

Alle informanter er sikret anonymitet, slik at det ikke vil være mulig å knytte utsagn eller beskrivelser tilbake til noen av de deltakende informantene. Opplysninger gitt i det enkelte intervju vil heller ikke bli videreformidlet til andre ved enheten. Det samme gjelder informasjon om hvilke sykehjem som har vært med i intervjuundersøkelsen. Det vil imidlertid kunne bli opplyst hvilke to kommuner som har vært involvert i prosjektet ved presentasjon av forskningsresultatene. Informasjon gitt i intervjuene med den enkelte informant vil bli slettet når prosjektet er gjennomført (høsten 2017).

Kontaktinfo

Masterstudent ved Høgskolen i Lillehammer:

Roar Stokdal Fiske, tlf. 48296709, epost: roarsf@live.no

Veileder ved Høgskolen i Lillehammer:

Førsteamanuensis Tor Helge Pedersen, tlf. 61288135, epost: tor.helge.pedersen@hil.no

Intervjuguide til bruk i intervjuene ved de aktuelle enhetene

Ansatte med lederansvar (leder/mellomleder)

Presentere meg selv og bakgrunnen for forskningsprosjektet og betone de forskningsetiske sidene (frivillighet, full anonymitet, mulighet til å trekke seg underveis).

Kartleggingsspørsmål for å kunne systematisere de innsamlede svarene fra alle informantene:

1. Funksjon
2. Utdanning
3. Arbeidserfaring (år) fra dette arbeidsområdet
4. Hvor lenge ansatt i kommunen
5. Hvor lenge ansatt på nåværende enhet

Organisasjon/organisering av arbeidet/verdigrunnlag

- Kan du si litt om hvordan sykehjemmet er organisert?

Stikkord: Overordnede føringer, lokale tilpasninger, avdelingsstruktur

- Hvordan er arbeidet organisert?

Stikkord: Teamorganisering?

Stikkord: Ressurser stilt til rådighet?

Stikkord: Ansatte pr. pasient

Stikkord: Kompetanse – tilstrekkelig/utilstrekkelig

Stikkord: Arbeidstid/Turnus

- Hvilke av faktorene ovenfor knyttet til organiseringen av virksomheten som kan tenkes å påvirke sykefraværet ved enheten mest?

Verdigrunnlag

- Hva er bakgrunnen for valget av sykehjemmets visjon, og hvor godt er den etter ditt syn innarbeidet i det daglige arbeidet?
- Er det enighet om verdigrunnlaget ved sykehjemmet blant lederne og ansatte?
- Hvor godt er ledelsen samkjørt i det å drive ledelse i organisasjonen?

Ledelse

- Kan ulike ledelsesperspektiver i organisasjonen og relasjonen mellom leder og ansatt være en mulig årsak til om resultatet blir sykefravær eller ikke?

Stikkord: Sykefravær, sykenærvær, nærvær

- Hvordan vil du beskrive deg selv som leder?
- Hva er viktig for deg når du utøver ledelse?
- Hva er viktige mål å nå for deg som leder?
- Beskriv dine egenskaper som leder?

Stikkord: analytisk, kontrollerende, demokratisk, forhandler

- Hva tenker du – er det noen sammenhenger mellom enkeltlederens lederegenskaper og forhold som sykefravær/nærvær og arbeidsmiljø?
- På hvilken måte mener du at dine lederegenskaper påvirker samspillet mellom deg og dine ansatte?
- Hva tenker du om det at det kan være uformell ledelse i din enhet?
- Hvordan tror du det eventuelt påvirker arbeidsmiljøet og sykefravær/nærvær?
- Hvilke rammevilkår er lagt til grunn for at leder kan utøve optimal ledelse?
- Har du verktøy som kan hjelpe deg (dvs. rutiner, retningslinjer, personalpolitiske føringer)? Hvis nei, følg opp med å spørre hva er da praksis?

- Hvordan spiller økonomi inn i din utøvelse av ledelse?
- Er det slik at økonomien gir deg som leder begrensninger i det å håndtere eller forebygge sykefravær, eller skape nærvær?
- Hvordan spiller tilgangen på menneskelige ressurser inn på deg i det å utøve ledelse? Får virksomheten tak i de ressursene dere har behov for?

Sosio-kulturelle/psyko-sosiale forhold

- Kan du gi en kort beskrivelse av kulturen ved sykehjemmet du er leder for?
- Hva er særpregene? Jobber dere med kulturen (verdiene og holdningene) og eventuelt på hvilken måte?
- Hvordan er kulturen dere har i organisasjonen med på å påvirke at dere når målene på en effektiv måte?
- Dersom dere når et mål, eller noen som utfører noen gode prestasjoner – hvordan blir dette feiret blant dere medarbeidere og ledere?
- Hvis du ser tilbake på din organisasjon, hva mener du har vært de viktigste faktorene for at der har den kulturen som dere har?
- På hvilken måte mener du at din lederatferd påvirker kulturen?
- På hvilken måte mener du at ansatte påvirker kulturen i avdelingen?

Spesifikt om sykefravær og sykefraværsoppfølging

- Hva tenker du om sykefraværet i din organisasjon og hva tror du er årsakene til at det forekommer sykefravær hos dere?
- Hvordan har du som leder jobbet for å få ned/holde nede sykefraværet, kan du reflektere over dette?
- Kan du si noe om hvordan praksisen er i forhold til sykefraværsoppfølgingen? Beskrive en tidsakse for oppfølging.
- Samarbeidet med sentral HR, BHT, IA - kontakt og NAV?

Intervjuguide til bruk i intervjuene ved de aktuelle enhetene

Ansatte/tillitsvalgt/verneombud

Presentere meg selv og bakgrunnen for forskningsprosjektet og betone de forskningsetiske sidene (frivillighet, full anonymitet, mulighet til å trekke seg underveis).

Kartleggingsspørsmål for å kunne systematisere de innsamlede svarene fra alle informantene:

6. Funksjon
7. Utdanning
8. Arbeidserfaring (år) fra dette arbeidsområdet
9. Hvor lenge ansatt i kommunen
10. Hvor lenge ansatt på nåværende enhet

Organisering

- Fortell om jobben din/funksjonen ved sykehjemmet.
- Hvilke rammer er det for at du skal kunne utføre ditt arbeid – hvilket handlingsrom mener du at du har selv?
- Finnes det noen verktøy som kan bidra til å hjelpe deg, eller må du selv finne ut av hvordan ulike ting skal håndteres?
- Kan du reflektere over hvordan økonomien påvirker din utøvelse av arbeidet?
- Hvordan tror du den økonomiske situasjonen påvirker det å jobbe med nærværsfaktorer/sykefravær?
- Mener du at din avdeling har menneskelige ressurser for å utøve tilstrekkelig tjenesteproduksjon?
- Mener du at dette er årsak til sykefravær i din avdeling? (spør dette ved manglende ressurser)
- Kan ulike ledelsesperspektiver i organisasjonen, ved samhandling mellom leder og ansatt, være en mulig årsak til om resultatet blir sykefravær, nærvær eller sykenærvær?
- Hvordan vil du beskrive din leder som leder?
- Hvis du tenker etter, setter din leder organisasjonens ansatte i sentrum?
- Hva er ledelsen da mest opptatt av?
- Får de ansatte anerkjennelse fra ledelsen?
- Hvis du tenker på din nærmeste leder, kan du beskrive din leders lederegenskaper?

Verdigrunnlaget

- Mener du at det finnes et omforent verdigrunnlag i organisasjonen og i din enhet?
- Kan du utdype dette nærmere, dersom en svarer at det er flere ulike verdier som ligger til grunn for arbeidet
- Hvilke etiske retningslinjer legger du til grunn for utførelse av jobben? - Foreligger etiske retningslinjer fra arbeidsgiver og kan du redegjøre for disse?
- Hva er så viktig for deg i forhold til ledelse?
- Du har nå reflektert over hvordan du selv ønsker at ledelse skal utføres. Utøver du selv ledelse, eller er det andre i organisasjonen, utenom ledelsen, som utøver ledelse?
- Dersom du tenker etter, hvilket samspill har du med din leder og hvordan tror du dette påvirker arbeidsmiljøet? - sykefravær/nærvær
- I forhold til det å jobbe med nærvær/sykefravær, hvordan fremstår ledelsen i din organisasjon i dette arbeidet? - Alle Ledernivå?

Organisasjonskultur

- Hvordan vil du beskrive organisasjonskulturen på sykehjemmet?
- I hvilken grad tror du organisasjonskulturen påvirkes av ledelsen ved sykehjemmet?
- Kan du gi en kort beskrivelse av kulturen i egen organisasjon og i den enheten du er ansatt i – hva mener du er særpregene?
- Jobber dere med kulturen (verdiene og holdningene) og eventuelt hvordan jobber dere med verdier og holdninger (kulturen)?
- Når du nå reflekterer over den kulturen dere har i organisasjonen, hvordan opplever du måten lederne jobber med organisasjonskulturen i din enhet?
- Dersom dere når et mål, eller noen som utfører noen gode prestasjoner – hvordan blir dette feiret i organisasjonen?
- Hvis du ser tilbake på din organisasjon, hva mener du har vært de viktigste faktorene for at dere har den kulturen som dere har?
- På hvilken måte mener du at din leder har påvirket kulturen?
- På hvilken måte mener du som ansatt/tillitsvalgt/verneombud at du påvirker kulturen?

Sykefraværet i organisasjonen

- Dersom du tenker på sykefraværet i din organisasjon, hva tenker du da?
- Hva tror du er årsakene til sykefraværet?
- Hvordan har du/dere jobbet for å få ned/holde nede sykefraværet, kan du reflektere over dette?
- Kjenner du til tidsaksen for sykefraværsoppfølgingen og har dere noen egne rutiner for å gi melding og oppfølging av sykefravær?
- Har du noe kjennskap til hvor lang tid det tar for nærmeste leder tar kontakt ved et evt. sykefravær?