

# MANGE BEKKER SMÅ GJØR ET STORT ÅHH..

Hvilke sammenhenger er det mellom arbeidsmiljø og muskel- og skjelettlidelser i sykehjem?

Av

Hans Jacob Busch og Ann Karin Martnes



Avhandling avlagt ved Handelshøjskolen i København og

Danmarks Pædagogiske Universitetsskole for graden

Master of Knowledge and Innovation Management

(Master i Kunnskaps- og innovasjonsledelse)

2010





## SAMTYKKE TIL HØGSKOLENS BRUK AV MASTER-/BACHELOR-/KANDIDAT- OG PROSJEKTOPPGAVER

Forfatter(e): Hans Jacob Busch  
Ann Karin Martnes

Tittel: Mange bekker små gjør et stort åhh  
Hvilke sammenhenger er det mellom arbeidsmiljø og  
muskel- og skelettlidelser.

Studieprogram: Master i kunnskap og innovasjonsteknologi

Kryss av:

Vi/jeg samtykker i at oppgaven gjøres tilgjengelig på høgskolens bibliotek og at den kan publiseres på internett i fulltekst via BIBSYS Brage, HiNTs åpne arkiv

Vår/min oppgave inneholder taushetsbelagte opplysninger og må derfor ikke gjøres tilgjengelig for andre

Kan frigis fra: \_\_\_\_\_

Dato:

Hans Jacob Busch  
underskrift

Ann Karin Martnes  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

\_\_\_\_\_  
underskrift

## FORORD

Sykefravær har hatt stor plass i media i de siste årene. Sykefraværet har økt og myndighetene er stadig på jakt etter ”medisinen som virker”. Årsaker til det høye sykefraværet i Norge er mange og sammensatte, og vi har i vår studie bare sett på en liten del av dette store bildet. Høyt sykefravær har store samfunnsøkonomiske kostnader, spesielt i typer virksomheter som krever jevn bemanning hele tiden. Vi har valgt en type virksomhet – sykehjem, som krever slik bemanning og som vi har innenfor vår egen organisasjon – Trondheim kommune. Vi foreslår noen tiltak som vi tror kan være samfunnsøkonomisk lønnsomt å se nærmere på ut fra de funn vi finner i vår studie.

Å være masterstudenter og samtidig være enhetsledere er en krevende kombinasjon. Vår jobb som enhetsleder i Trondheim kommune er ingen ”ni til fire jobb”, og uten støtte og velvillighet fra kolleger/medarbeidere og familie hadde det blitt vanskelig å gjennomføre studiet – takk til alle dere! Det har for så vidt vært strevsomt, men utrolig lærerikt og givende å være masterstudent i kunnskaps- og innovasjonsledelse. Vi føler at vi er mer reflekterte ledere enn vi var da vi startet studiet og vi mener at vi også har utviklet oss som ledere i denne perioden. Vi har hatt en god og kunnskapsrik veileder i Knut Ingar Westeren fra Høgskolen i Nord-Trøndelag. Han har hørt på oss når vi har hatt behov for det og han har veiledet oss på en god måte uten å være belærende og irettesettende – takk for god veiledning Knut.

Det å skulle være to sammen om å skrive har vi ikke sett på som problematisk, det har heller vært interessant og lærerikt – det å skulle reflektere, tilpasse seg og respekterer den andres meninger er for oss en del av studiet – vi takker hverandre for vel gjennomført!

Vi har møtt stor velvillighet for vår studie og våre spørsmål og vi vil takke ledere og ansatte ved de fire sykehjemmene som har vært i fokus i vår studie – takk for at dere har satt av tid til oss i deres travle hverdag! Vi vil også takke de to observatørene våre – Robert Tangvold og Wibeke Stenset fra Arbeidsmiljøenheten – uten dere hadde vi fått en ”fattigere” studie.

Vi håper at vår lille studie kan være et bidrag i å finne noen løsninger til hvordan vi kan få ned sykefraværet i vår organisasjon, men dette krever noe både av toppledelse, lederkolleger og medarbeidere i organisasjonen – *ingenting kommer av seg selv!*

## SAMMENDRAG

Gjennom tall vi har fått fra NAV Arbeidslivssenter i Sør Trøndelag, har vi fått konstatert at det er relativt høyt sykefravær ved sykehjemmene i Trondheim kommune. Vi vet også at dette sykefraværet har vært gjennomsnittlig relativt høyt de siste fem årene og vi vet at nesten 40 % av sykefraværet ved sykehjemmene i Trondheim kommune skyldes muskel – og skjelettlidelser hos de syke. Formålet med denne studien er å se på om det finnes sammenhenger mellom muskel – og skjelettlidelser og arbeidsmiljøfaktorer som løfte –og forflytningshjelpemidler/verneutstyr, stress og press på jobb, ansattes kunnskaper om forflytning, - og om det er sammenheng mellom ledelse og utvikling av muskel – og skjelettlidelser? Det er også et mål for oss å finne frem til tiltak som kan bidra til at sykefraværet på sikt *går ned*, men vi vil også se på om vi kan finne noen årsaker til det høye fraværet – er det noe ved enhetene som gir *symptomene*?

Vår studie baserer seg på en spørreundersøkelse vinteren 2010 blant ansatte ved fire av sykehjemmene i Trondheim kommune. I tillegg har vi hatt to eksperter på forflytning inne ved de samme sykehjemmene for å observere ansatte i det daglige arbeidet. Dette kom vi frem til var viktig å gjøre fordi vi stusset ved at så mange respondenter hadde svart at de mente de var gode på forflytning og bruk av forflytingshjelpemidler. Hvorfor var da så mange sykemeldt på grunn av muskel – og skjelettlidelser? For å danne oss et bilde av hva representanter for alle ved enhetene mente om egen kultur og holdning i forhold til spørsmålene, foretok vi også et intervju med representanter fra de fire enhetenes Arbeidsmiljøgrupper. Disse gruppene består av ledelse, verneombud og tillitsvalgte ved enhetene.

Det kan være belastende både fysisk og psykisk å jobbe ved en sykehjemsavdeling. Vi ser at det er de sykeste syke som får plass i sykehjemmene, og da de mest krevende brukerne – de som må ha mye hjelp for å ivareta sine daglige funksjoner. Det er en utfordring for de ansatte i det daglige arbeidet å både finne ut av hvordan skal man klare å hjelpe alle brukere godt nok uten å løfte tungt, uten å arbeide i uheldige stillinger, uten å belaste egen kropp, uten å slite seg helt ut på jobb – og fremdeles ha overskudd og humør til seg selv og sine nærmeste etter endt arbeidsdag. Vi vet at det er mye kunnskap ved sykehjemmene våre, det er mange ansatte med høy utdanning og det er ledere med lang erfaring, men spørsmålet er om denne kunnskapen og erfaringen brukes riktig og om man har en kultur for å omforme kunnskapen

til kompetanse til beste for ansatte og brukere.

## **ABSTRACT**

Nursing homes in Trondheim have a relatively high proportion of employees on sick leave. This has been confirmed by statistics received from NAV Arbeidslivssenter i Sør-Trøndelag. We also know that this has been the case for the past five years and that almost 40% of sick leave is caused by musculoskeletal conditions.

The purpose of this study is to try to discover if there are correlations between these musculoskeletal conditions and working conditions such as, the availability of aids and equipment, the employees' competency in using such equipment, stress and workplace pressure. Furthermore the purpose is to see if there is a connection between leadership/management and the development of musculoskeletal conditions in the workforce. Another goal is to attempt to find measures that can be implemented which will contribute to a gradual reduction in sick leave. The study will also attempt to identify reasons for this high level of sick leave and if there are characteristics in the individual units that can be deemed to be responsible.

Our study is based on a survey of employees at four nursing homes in Trondheim municipality carried out early in 2010. Two experts in patient transfers were asked to observe the same employees as they worked on the ward. We deemed this observation necessary because we were perplexed by the large number of employees that had reported that they were proficient in transfers and the use of transfer aides. If this was the case, why were so many employees off sick with musculoskeletal conditions? As we also wanted to investigate the personal attitudes of employee representative to these issues we interviewed the Work Environment Groups from all four nursing homes. These groups are made up of management, safety representatives and union representatives.

Working in a nursing home can be stressful both physically and psychologically. It is the most seriously ill patients who are allocated places in nursing homes and they are therefore the most demanding of our clientele, those who need a lot of help to take care of all their daily needs. It is a challenge for employees to have any energy left and still be in a good mood at the end of the working day when they have spent the day trying to meet the needs of the patients whilst maintaining good working practices and avoiding adverse working positions and unnecessary wear and tear on their bodies. We know that our nursing homes are centers of competence with numerous employees with higher education as well as management with

extensive experience, but we ask if this knowledge and experience is used properly and if there is a culture for putting theory into practice for the benefit of both employees and patients.



## **INNHOLDSFORTEGNELSE**

|  |           |
|--|-----------|
| Samtykkeerklæring  | 2         |
| <b>FORORD</b>  | <b>3</b>  |
| <b>SAMMENDRAG</b>  | <b>4</b>  |
| <b>ABSTRACT</b>  | <b>6</b>  |
| <b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b>   | <b>8</b>  |
| <b>1 INNDELING OG PROBLEMSTILLING</b>                              | <b>11</b> |
| 1.1 Bakgrunn for oppgaven  | 11        |
| 1.1.1 Organisering av sykehjem i Trondheim kommune                 | 11        |
| 1.1.2 Sykefraværet ved sykehjemmene                                | 12        |
| 1.1.3 Muskel- og skjelettlidelser – den store diagnosegruppen      | 12        |
| 1.1.4 Pleietyngde  | 14        |
| 1.1.5 Vårt utvalg av enheter                                       | 14        |
| 1.2 Problemstilling og forskningsspørsmål                          | 15        |
| <b>2 TEORI</b>   | <b>16</b> |
| 2.1 Definisjon på arbeidsmiljø                                     | 17        |
| 2.2 Sykefravær   | 17        |
| 2.3 Hva er helse   | 18        |
| 2.4 Helsefremmende atferd  | 18        |
| 2.5 Muskel- og skjelettlidelser                                    | 19        |
| 2.5.1 Forebygging av muskel- og skjelettlidelser                   | 19        |
| 2.5.2 Hva er forflytning?  | 21        |
| 2.5.3 Forflytnings- og løftehjelpemidler                           | 22        |
| 2.6 Psykososiale faktorer i arbeidet                               | 23        |
| 2.6.1 Faktorer som kan føre til belastninger                       | 24        |
| 2.6.2 Endringer og omstillinger – betydning for arbeidsmiljøet     | 25        |
| 2.7 Profesjonalitet  | 25        |
| 2.7.1 En profesjonell helsearbeider i en profesjonell organisasjon | 26        |
| 2.7.2 Risikokultur   | 28        |
| 2.8 Krav-kontroll-støtte modellen                                  | 29        |
| 2.8.1 Stress   | 31        |
| 2.9 Hva er kunnskap  | 32        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 2.9.1    | Taus og eksplisitt kunnskap                           | 34        |
| 2.9.2    | Fra kunnskap til kompetanse                           | 35        |
| 2.10     | Læring  | 36        |
| 2.10.1   | Formell og uformell læring                            | 36        |
| 2.10.2   | Læringskultur   | 37        |
| 2.10.3   | Arbeidsplassen som læringsmiljø                       | 38        |
| 2.10.4   | Refleksjon og læring                                  | 39        |
| 2.10.5   | Forsvarsmekanismer i organisasjoner                   | 39        |
| 2.10.6   | Tillit  | 40        |
| 2.11     | Ledelse   | 41        |
| 2.11.1   | Ledelse som funksjon                                  | 42        |
| 2.11.2   | Den konseptuelle modellen for endringsledelse         | 43        |
| <b>3</b> | <b>METODE</b>   | <b>48</b> |
| 3.1      | Metodeforståelse                                      | 48        |
| 3.2      | Undersøkelsesopplegget vårt og valg av metode         | 48        |
| 3.2.1    | Datainnsamlingen/utvelgelse av respondenter           | 50        |
| 3.2.2    | Spørreskjemaet  | 51        |
| 3.2.3    | Observasjon   | 51        |
| 3.2.4    | Kvalitativt intervju                                  | 52        |
| 3.2.5    | Induktivt vs. deduktivt                               | 52        |
| 3.2.6    | Holisme vs. individualisme                            | 53        |
| 3.2.7    | Nærhet vs. distanse                                   | 54        |
| 3.3      | Dataenes validitet, reliabilitet og generaliserbarhet | 54        |
| 3.3.1    | Validitet i spørreskjemaet                            | 55        |
| 3.3.2    | Validitet i observasjonsdelen                         | 55        |
| 3.3.3    | Validitet i intervjuet                                | 55        |
| 3.3.4    | Reliabiliteten i spørreskjemaet                       | 56        |
| 3.3.5    | Reliabiliteten i observasjonsdelen                    | 56        |
| 3.3.6    | Reliabiliteten i intervjuet                           | 56        |
| 3.3.7    | Generaliserbarhet                                     | 57        |
| 3.3.8    | Begreper i analysen                                   | 57        |
| <b>4</b> | <b>ANALYSE OG RESULTATER</b>                          | <b>58</b> |
| 4.1      | Innledning til analysedelen                           | 58        |

|          |   |            |
|----------|---|------------|
| 4.1.1    | Missing   | 59         |
| 4.1.2    | Hvilken informasjon gir dataene fra undersøkelsen?      | 59         |
| 4.2      | Forskningsspørsmålene og tilknytning til spørreskjemaet | 59         |
| 4.2.1    | Spørreskjemaet, svarene vi fikk og tolkning av disse    | 61         |
| 4.3      | Forskningsspørsmål, analyse og konklusjon               | 77         |
| 4.3.1    | Forskningsspørsmål 1                                    | 78         |
| 4.3.2    | Forskningsspørsmål 2                                    | 83         |
| 4.3.3    | Forskningsspørsmål 3                                    | 88         |
| 4.3.4    | Forskningsspørsmål 4                                    | 95         |
| <b>5</b> | <b>REFLEKSJON</b>                                       | <b>104</b> |
| <b>6</b> | <b>SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGENE</b>                       | <b>105</b> |
| <b>7</b> | <b>AVSLUTNING</b>                                       | <b>107</b> |
|          | <b>LITTERATURLISTE</b>                                  | 109        |
|          | <b>VEDLEGG</b>  | 114        |
|          | Vedlegg 1 Spørreskjema                                  | 114        |
|          | Vedlegg 2 Kodebok                                       | 118        |
|          | Vedlegg 3 Intervjuguide                                 | 119        |
|          | Vedlegg 4 Rapport fra observatørene                     | 121        |

# 1. INNLEDNING OG PROBLEMSTILLING

## 1.1 Bakgrunn for oppgaven

Legemeldt sykefravær ved sykehjemmene i Trondheim kommune varierer de siste fem årene mellom 7,7 og 17,3 %. Vi har forholdt oss til tall fra NAV for 14 sykehjem som viser at 38 % av dette fraværet skyldes muskel- og skjelettlidelser. I tillegg kommer egenmeldt fravær hvor noe av fraværet kan skyldes samme lidelse. Antall sykehjem i Trondheim kommune i dag er på grunn av ulike strukturendringer, flere enn 14. De aller fleste brukere ved sykehjemmene har et redusert funksjonsnivå som tilsier at de ikke er i stand til å forflytte seg helt eller delvis ved egen hjelp i eller utenfor seng, og må ha bistand fra pleiepersonalet.

Vi ønsket å se på om det kunne finnes sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser hos ansatte og faktorer i ulike arbeidsmiljø.

Trondheim kommune er en ”IA-virksomhet”. Dette betyr at kommunen har inngått en IA-avtale sammen med arbeidslivets organisasjoner. I denne avtalen lover partene i arbeidslivet å arbeide for å oppnå tre mål (Marsdal 2010:9):

- De skal inkludere flere eldre i arbeidslivet
- De skal inkludere flere med nedsatt arbeidsevne
- Og de skal få ned sykefraværet

I tillegg til de menneskelige sidene ved sykefraværet har dette også en samfunnsøkonomisk side. Arbeidsgiver må betale for de første 16 dagene av fraværet og vil i de aller fleste tilfellene også få kostnader fordi man må leie inn vikarer for den syke. I følge nettsidene til Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (ks.no) må arbeidsgiver i tillegg dekke kostnader utover arbeidsgiverperioden for; pensjonskostnader, arbeidsgiveravgift av feriepenger og pensjon, feriepenger av lønn utover 6G, feriepengeavsetning av lønn inntil 6G utover 48 sykefraværsdager.

### 1.1.1 Organisering av sykehjem i Trondheim kommune

De 14 sykehjemmene i Trondheim kommune tilhører enhetsområdet ”helse og velferdssentra” (vi vil heretter bruke benevnelsen sykehjem) der enkelte enheter består av *både* omsorgsboliger og sykehjem. Vi har valgt å kun konsentrere oss om sykefraværet ved *sykehjemsdelen* i disse. Dette har vi valgt fordi det er her de mest pleietrengende

pasientene er og det er her bistand til forflytning er størst på grunn av pasientenes hjelpebehov. Ved de fire sykehjemmene i vårt utvalg har vi fått oppgitt fra enhetsledernivå at det jobber til sammen 285 personer, 222 av disse har besvart våre spørreskjema, dvs. en svarprosent på 77,9 %. Dette er sykepleiere, hjelpepleiere, vernepleiere, aktivitører, helse- og omsorgsarbeidere, men det er også noen helsefagstudenter samt noen ufaglærte – såkalte assistenter. De fleste jobber i turnus. Vi har valgt å ta med hvor mange som jobber i deltidsstillinger av ulik stillingsprosent og hvor mange som jobber i 100 % stillinger. I vårt materiale vil vi finne svar både fra fast ansatte og fra de som jobber i vikariater eller i små stillingsandeler, f. eks helsefagstudenter som kun har helgestillinger. Vi velger å benevne de som bor på sykehjemmene og som har behov for pleie og stell for *brukere*.

### **1.1.2 Sykefraværet ved sykehjemmene**

Sykefraværet innen helse og omsorgsykker er svært høyt sammenlignet med mange andre yrker og det gjennomsnittlige sykefraværet i landet. I Trondheim kommune ligger det samlede sykefraværet de siste årene på helse- og velferdssentra og sykehjem på ca 13 – 14 %. Det er gjennomgående høyt på alle enheter, men likevel store variasjoner, +/- 6-7 prosentpoeng. Det kan være mange grunner til sykefravær, og man må se dette i lys av et komplekst samspill av mange faktorer. Hvilke forhold som spiller inn har sammenheng med både den enkeltes kvalifikasjoner og egenskaper, hvordan arbeidet organiseres og ledes og utfordringer og krav i jobben. Også forhold utenfor arbeidsplassen kan ha innvirkning, noe også Lien og Gjernes (2009) viser til når de sier at svært mange kvinnelige ansatte ved sykehjemmene i Trondheim ikke ønsker å jobbe i 100 % stilling fordi at dette blir for krevende pga oppgaver med hjem og familie.

### **1.1.3 Muskel og skjelettlidelser – den store diagnosegruppen**

Den største diagnosegruppen i det legemeldte langtidssykefraværet innen helse- og velferdssektoren er som tidligere nevnt, muskel- og skjelettlidelser – med en relativ andel på ca 38 %. I tillegg vil det i en del tilfeller være en viss sammenheng mellom muskel/skjelett og psykiske lidelser (ca 20 % av langtidsfraværet). Også høyt stress og press over tid kan gi en psykisk belastning som forplanter seg i muskler og skjelett (Lunde 2003, SINTEF 2006).

Forflytning og løft av eldre og pleietrengende mennesker er et relativt tungt arbeid. Med forflytning menes all hjelp og bistand til individets bevegelse i horisontal retning. Det kan

være skifte av liggestilling i seng, transport fra seng til bad, forflytning fra dagligstue til spisestue etc.

Løft og feilaktig forflytningsarbeid anses å være en viktig årsak til muskel og skjelettlidelser. Det er utviklet mange gode teknikker, hjelpemidler og verneutstyr som gjør at krevende løfte- og forflytningssituasjoner kan være gode både for den som er bevegelseshemmet og de ansatte. I forflytningslitteraturen vi har brukt i vår studie brukes begrepene *forflytningskunnskap* og *forflytningsteknikk*. *Forflytningskunnskap* er et samlebegrep for kompetanse som omfatter kunnskap om anatomi, lidelser, ergonomi, fysiske lover om krefter, belastningsrisiko, hjelpemidler/verneutstyr, etikk og individuelle forutsetninger i et hjelper og bruker perspektiv. *Forflytningsteknikk* omfatter kunnskaper om metoder/teknikk og individuelle ferdigheter/mestring.

De ansatte må ha spisskompetanse i gode forflytningsteknikker og håndtering av hjelpemidler og verneutstyr – dvs. ha en god forflytningsatferd for å redusere risiko for utvikling av plager/lidelser i muskler/skjelett. Mestring forutsetter at godt utstyr og anerkjente metoder brukes i hverdagen, og at det trenes på teknikk og bruk av egen kropp. En viss fysisk styrke er nødvendig i forflytningsarbeid, og det vil være behov for å trene fysisk styrke og mosjon for å mestre, men også motvirke negative konsekvenser av belastning.

Forflytningsteknikk bygger på to grunnprinsipper:

- Kunnskaper om det friske, naturlige bevegelsesmønsteret
- Samarbeid med de fysiske lovene

(Lunde 2003:27)

Vi vet at det i en hektisk hverdag hvor ansatte opplever tidspress, ofte kan bli tatt snarveier. I stedet for å være to om en forflytning, gjøres den bare av en. I stedet for å være på lag med de fysiske lovene, løftes det uten bruk av hjelpemidler i stedet for å forflytte. Når hjelpemidler og verneutstyr ikke er nært eller lett tilgjengelig, kan det lett bli tatt mindre brukt.

SINTEF's rapport nr A325, "Sykefravær. Kunnskapsstatus og problemstillinger" ga i 2006 følgende konklusjon:

Muskel- og skjelettsykdommer har høy forekomst i befolkningen og er den dominerende diagnosegruppen for sykefravær. Diagnosegruppen omfatter flere sykdommer, som varierer over tid med hensyn til forekomst og sykefravær. Det er også stor variasjon mellom de ulike undergruppene (f. eks. rygg, knær, nakke, revmatisme og fibromyalgi) med hensyn til risiko for langtidssykefravær og uførhet. I

forhold til konsekvenser, både for den enkelte og for samfunnet, vil det være mye å vinne på å iverksette tiltak rettet mot denne diagnosegruppen. I dag har vi mye kunnskap som viser at fysisk aktivitet har positiv effekt på flere av undergruppene innen muskel- og skjelettplager/sykdommer. Resultatene fra studier som er gjennomført viser at vi mangler kunnskap om hvordan vi best kan motivere til fysisk aktivitet som vil gi varige positive helseeffekter. Forskning på motivasjon og tilpasset fysisk aktivitet vil innen kort tid gi kunnskap som kan implementeres og bidra til å snu den negative utviklingen der sykdom og plager i muskel- og skjelettsystemet fører til sykefravær.

#### **1.1.4 Pleietyngde**

De menneskene som bor på sykehjem er vurdert til å ha et så stort behov for pleie at de best kan ivaretas på et sykehjem av kvalifisert personale. Foruten å ha fysiske sykdommer og begrensninger vil man også finne mange med kognitiv sykdom som for eksempel demens. Demens er en sykdom som fører til at pasienten gradvis mister sin hukommelse og i tillegg får en del fysiske plager som stivhet i kroppen og tap av kroppsfunksjoner. For pleiepersonell kan det være en psykisk belastning å jobbe med slike pasienter i tillegg til fysiske belastninger som kan føre til muskel- og skjelettlidelser for de ansatte.

For å få et best mulig sammenlignings grunnlag har vi også sett på pleietyngden ved de fire sykehjemmene. Vi finner at den er ganske lik;

Sykehjem A har pleietyngde 3,32

Sykehjem B har pleietyngde 3,75

Sykehjem C har pleietyngde 3,34

Sykehjem D har pleietyngde 3,51

For å komme frem til tallene/pleietyngden er det tatt et gjennomsnittsscore på alle pasienter ved det enkelte sykehjem. Pleietyngden for den enkelte bruker måles ved kartlegging i seks av dagliglivets ferdigheter. Disse ferdighetene betegnes som ADL (Activities of daily life) og er en samlebetegnelse på en rekke ulike, hverdagslige, praktiske aktiviteter og går i hovedsak ut på å definere i hvor stor grad brukeren er selvhjulpen på områder som renslighet, hygiene, mobilitet, måltider, husstell og sosiale ferdigheter.

#### **1.1.5 Vårt utvalg av enheter**

Vi forespurte NAV Arbeidslivssenter om å få ut tall vedrørende sykefraværet ved de ulike helse- og velferdssentra i kommunen. Vårt utgangspunkt er å undersøke ett sykehjem – A -

med relativt høyt sykefravær, men der fraværet har en relativt høy andel med diagnosen muskel og skjelettlidelser. Så ser vi på sykehjem B - med relativt høyt fravær, men der man ser at sykefraværet hadde lav andel diagnoser av muskel og skjelettlidelser. Vi hadde samme utgangspunkt når det gjaldt sykehjem med relativt lavt fravær; sykehjem C - med relativt lavt fravær, og der man så at sykefraværet hadde lav andel diagnoser av muskel og skjelettlidelser, og ett sykehjem – sykehjem D - med relativt lavt sykefravær, men der man så at fraværet hadde høy andel med diagnosen muskel og skjelettlidelser. Som sagt så varierer sykefraværsprosenten, men den er relativt høy ved alle sykehjemmene i Trondheim.

Statistikken fra NAV viser at tendensen i forhold til sykefravær og diagnosen muskel- og skjelettlidelser har holdt seg gjennomsnittlig likt i de siste fem årene. I 3. kvartal 2009 lå sykefraværet for det sykehjemmet med lavest fravær på 5,6 % til det høyeste på 19,5 %. Vi har altså sett på fraværet for de siste fem årene, utvikling opp eller ned i fraværet, og har også tatt med utviklingen når det gjelder andel sykemeldte pga diagnosen muskel og skjelettlidelser.

| Sykehjem | Legemeldt sykefravær 3. kv. 2009 i % | Relativ andel muskel/skjelett lidelser i % | Antall ansatte | Besvarte spørreskjema | Svarprosent |
|----------|--------------------------------------|--|----------------|-----------------------|-------------|
| A        | 13,4                                 | 41,8                                       | 89             | 81                    | 91,0        |
| B        | 11,8                                 | 19,6                                       | 33             | 20                    | 60,6        |
| C        | 10,0                                 | 27,5                                       | 90             | 60                    | 77,8        |
| D        | 9,5                                  | 69,2                                       | 73             | 61                    | 83,6        |

Tabell 1 Sykehjem, sykefravær og svarprosent

## 1.2. Problemstilling og forskningsspørsmål

Å få ned sykefraværet er et av målene som omfattes av avtalen om Inkluderende Arbeidsliv (IA) som Trondheim kommune har inngått. Sykefraværsspørsmålet har vært en viktig sak for regjeringen vinteren 2009/2010, og temaet fikk svært stor oppmerksomhet fra media. Vi kan derfor si at vår problemstilling har en samfunnsmessig begrunnelse (Thagaard 2003). Vi ønsker at de funn vi gjør i våre undersøkelser skal bidra til å belyse noe av årsakene til høyt sykefravær i sykehjemmene våre, men også bidra til å finne løsninger som kan redusere sykefraværet som kan relateres til muskel- og skjelettlidelser.



Våre forskningsspørsmål er:

- 1. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og arbeidsmiljøfaktorer som løfte- og forflytningshjelpemidler/verneutstyr?*
- 2. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og stress/press på jobb og sikkerhetskultur?*
- 3. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og ansattes forflytningskunnskap og forflytningsteknikk?*
- 4. Finnes det sammenhenger mellom ledelse og utvikling av muskel- og skjelettlidelser?*

## **2. TEORI**

Vi vil i denne delen redegjøre for begreper og teorier som er knyttet til vår undersøkelse i forhold til sykefravær og bruk av, og holdninger til forflytningshjelpemidler ved våre sykehjem. Vi vil først ta for oss noen sentrale begreper og deretter se på ulike teorier som sier noe om hvorfor mennesker handler som de gjør. Fravær fra jobben henger sammen med forhold både på individ, organisasjonsnivå og samfunnsnivå. Vi begrenser vårt perspektiv til primært å se på forhold på individ- og organisasjonsnivå, men vi vil også berøre samfunnsmessige forhold. Ser man på sammenhengen mellom et belastende arbeidsmiljø og helseplager, så kan det se ut som om det er forhold i det fysiske arbeidsmiljøet som er hovedårsaken til at folk får belastningslidelse. Man finner først og fremst årsaker til psykosomatiske helseplager i det organisatoriske arbeidsmiljøet, mens forhold i det sosiale arbeidsmiljøet fører til arbeidsrelaterte psykiske plager (Sørensen, et. al., 1998). Forhold som berører ”press og stress” både på og utenfor arbeidsforholdet kan medvirke til sykefravær og vi vil se nærmere på sammenhenger her. Arbeid ved våre sykehjem er tradisjonelt forbundet med ”kvinneyrker”, og omsorgsoppgaver i hjemmet kan for noen føre til ekstra belastninger som igjen går ut over arbeidskapasiteten, eller forsterker helseplagene. I tillegg vil vi se på sammenhenger mellom det å ta vare på egen helse og det å tåle å stå i fysisk og psykisk tunge yrker.

## 2.1 Definisjon på arbeidsmiljø

Begrepet ”Arbeidsmiljø” kan defineres på ulike måter, men vi synes at definisjonen som Kjell Nytrø har i sin SINTEF-rapport ”Sykefravær – årsaker og muligheter” (1997) er enkel og grei å forholde seg til i vår sammenheng: ”Arbeidsmiljø er summen av de fysisk/kjemiske, sosiale og organisatoriske betingelsene på arbeidsplassen som fremmer eller hindrer effektiv jobbutførelse, arbeidslyst og helse.” I følge arbeidsmiljølovens formålsparagraf (§ 1 -1) skal alle bidra til å skape et godt arbeidsmiljø, men arbeidsgiver har et spesielt ansvar for dette. Helsefremmende arbeidsplasser er et relativt nytt begrep - nå også forankret i Arbeidsmiljøloven. Tankegangen bak helsefremmende arbeidsplasser er at arbeid er en av de viktigste aktivitetene i livene våre. Det er en aktivitet som gir oss mulighet for selvrealisering, inntekt, identitet, selvspekt, tilhørighet, stolthet og glede. Deltakelse i arbeid anses å være helsefremmende i seg selv. Helsegevinsten ved å være i arbeid kan være mye større enn å ikke være i arbeid, men dette forutsetter at faktorer på jobb ikke svekker helsen.

## 2.2 Sykefravær

Folketrygdloven definerer sykefravær i forhold til retten til sykepenger. Dette gir oss følgende avklaring:

*Sykefravær har vi når en person er arbeidsufør på grunn av en funksjonsnedsettelse som klart skyldes sykdom eller skade (folketrygdloven § 8-4).*

Fravær kan beskrives på flere måter, vi velger å beskrive det ved å dele det inn i to grupper; korttidsfravær og langtidsfravær. Trondheim kommune er som tidligere nevnt en *IA-bedrift*. Det betyr at arbeidsplassen er tilsluttet ”Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv”. Avtalen er inngått mellom partene i arbeidslivet og regjeringen. IA-avtalens overordnede mål er:

- ”Å forebygge og redusere sykefravær, styrke jobbnærværet og bedre arbeidsmiljøet, samt hindre utstøting og frafall fra arbeidslivet.” (Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv, 1. mars 2010-31. desember 2013 (IA-avtalen).

Avtalens hovedmål blir da å gi plass til alle som kan og vil arbeide. IA-bedrifter har tilgang til spesielle tjenester og virkemidler. Arbeidstakere har mulighet for å ha åtte dager sammenhengende egenmelding. Fravær utover dette må meldes av lege. Bedrifter som ikke er IA-bedrifter har stort sett tre egenmeldingsdager som hovedregel. Korttidsfravær regnes med

dette som det egenmeldte fraværet, inkludert arbeidsgiverperioden. Langtidsfravær regnes som sykefravær over 16 dager.

Det er konstatert at helsepersonell har seks ganger så stor risiko for helseplager som følge av arbeidet enn andre arbeidsgrupper (Engvik mfl. 2000). Hjelpepleiere rangeres øverst på listen når man kombinerer fysisk og psykisk belastning (Abrahamsen 1986). Som nummer to finner vi sykepleiere og som nummer tre bygg- og anleggsarbeidere. (Lunde 2003:21).

### **2.3 Hva er helse?**

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som fravær av sykdom og følelse av velvære (Johnsson, Lugn og Rexed 2006). En annen definisjon er at "Helse er subjektivt; helse er en opplevelse. Helse er en opplevelse av velvære, en tilstand hvor man finner mening med livet og hvor livet er i balanse." (ibid:19). Et holistisk perspektiv vil innebære at vi vil se på hele vår tilværelse når vi skal definere begrepet "helse", - det vil si at vi ser på både privatlivet/fritiden og arbeidssituasjonen vår. I et pragmatisk perspektiv ser vi på helse som noe relativt, - vi må bedømme helse ut fra alder, sykdomsbyrde og vår sosiale situasjon. I et individualistisk perspektiv ser vi på helse som noe som oppfattes som et personlig fenomen, - vi mennesker er ulike, vi har ulike oppfatninger og vi tåler ulike belastninger (Lien og Gjernes, 2009). Går man litt videre med begrepet helse og utvider det til *god* helse, så vil kanskje de fleste av oss si at det betyr at vi sjelden er syke og fungerer godt i det daglige uten å ha smerter i kroppen. Vi vil nok også dra inn WHO`s definisjon med at vi i tillegg har en "følelse av velvære", og at vi har det bra med våre omgivelser, familie, venner og opplever å ha passe med belastninger av ulik art.

### **2.4 Helsefremmende atferd**

Læringsteorier utviklet og brukt nasjonalt og internasjonalt innen helseopplysning siden 60-tallet har forsøkt å forklare hvorfor det er slik at vi mennesker ofte er ukritiske og urealistisk optimistiske i forholdt il vår egen situasjon – sykdommer, ulykker og død gjelder ikke meg. Hvorfor er det slik at vi ikke endrer atferd når det ikke er tilsynelatende umiddelbar fare ved vår atferd – røyking, alkohol, usunn matt etc. Selv om vi til en viss grad vet at vår livsstil kan skade helsen, er vi ikke alltid villige til å endre atferd. Effekten av helseopplysningskampanjer har vist seg å ha begrenset effekt. Fins det en parallellitet mellom utfordringene innen folkehelseopplysning/atferdsendring og utfordringene knyttet til diagnose muskel- og skjelettlidelser, som har en overhyppighet hos helsearbeidere – altså, en til dels arbeidsrelatert

diagnose. Hvorfor tar helsearbeidere risikoen med et utall tunge løft daglig – alle arbeidsdager i uken og i året, når de vet, eller burde vite at de på lang sikt kan bli syke av det?

Muskel og skjelettlidelser kan komme av at helsearbeidere utsettes for ”akutte ulykker”, eller en tilstand av ”langsom ulykke” – på og utenfor jobb. En er mer eller mindre kjent med farene for helseskade, men den opplevde avstanden mellom nåsituasjonen (atferden) og en eventuell framtidig konsekvens (ulykken - helseskaden) kan synes å være for stor. Mennesker endrer oftest atferd umiddelbart ved en åpenbar og forestående fare. Når faren ikke er åpenbar, oppleves den heller ikke like faretruende og risikofull. Den teoretiske og praktiske utfordringen er å bidra til atferdsendring i situasjoner som på kort sikt ikke er farlige, men helseskadelige på lang sikt. Her ligger etter vår mening mye av utfordringene for det helsefremmende arbeidet overfor helsearbeidere i helseorganisasjoner.

## **2.5 Muskel- og skjelettlidelser**

Muskel- og skjelettlidelser er som tidligere nevnt den viktigste årsaken til kroniske lidelser og til sykefravær i den norske befolkningen. De fleste muskel- og skjelettlidelser er av godartet karakter og er ofte selvbegrensende ved at man selv tar ansvar for egnet egenomsorg.

Pasienter med langvarige muskel- og skjelettlidelser er en stor og uensartet gruppe. En arbeidsgruppe i Helse Nord som har skrevet rapporten ”Pasientforløp. Langvarige muskel- og skjelettlidelser i Helse Nord” fra 2007, hvor det er laget en oversikt over diagnosegruppen med en inndeling i tre hovedgrupper med sammenlignbare tilstander. De tre gruppene som de deler opp diagnosene i er: artroser, lokaliserte muskelskjelettlidelser og generaliserte smerter/somatiseringstilstander. Vi har valgt å forholde oss til denne inndelingen for å vise til noe av det som kommer inn under betegnelsen ”muskel- og skjelettlidelser”, men vi går ikke nærmere inn på hva som kommer inn under hver av disse hovedgruppene. Arbeidsgruppa viser til at diagnosen sjelden sier noe om intensiteten av pasientens plager eller vedkommendes funksjonstap/arbeidsevne.

### **2.5.1 Forebygging av muskel- og skjelettlidelser**

Arbeidstilsynet sier i sin veileder ” Hvordan forebygge yrkesrelaterte muskel- og skjelettlidelser?” (best.nr. 538 – bokmål, 2006) at ”tungt arbeid” kan overbelaste muskel og

skjelettsystemet og føre til helseskade hos arbeidstaker. De gir videre eksempler på arbeidsoppgaver som kan betegnes som tungt arbeid:

- skyving og/eller trekking
- forflytning
- tunge løft
- bæring
- arbeid over skulderhøyde eller under knehøyde

Dette er arbeidsoppgaver som vi erfarer gjennom våre undersøkelser som typiske arbeidsoppgaver for ansatte ved sykehjemmene.

Arbeidstilsynet gir videre veiledning i hvordan man kan forebygge muskel- og skjelettlidelser:

### **Hovedregler for å forebygge muskel- og skjelettplager:**

#### **1. Fjern årsaken til muskel- og skjelettplagene.**

- Unngå tungt arbeid og ensformig gjentakelsesarbeid.

#### **2. Finn eventuelt en erstatning:**

- Bytt ut tunge objekter med lettere, få hjelp av andre eller bruk hjelpemidler til tunge løft.
- Variér arbeidet, unngå ensformig arbeid og tidspress.

#### **3. Beskytt deg mot faren for belastningsplager:**

- Arbeidsgiver har ansvar for at du får opplæring i forflytning/riktige løft og ellers legge til rette arbeidet slik at du får minst mulig ensformig gjentakelsesarbeid.
- Arbeidstaker må selv gi beskjed når kroppens grenser er nådd.

For å unngå belastningsskader sier Arbeidstilsynet videre at det er viktig å organisere arbeidet på en måte som gjør at arbeidstakerne får varierte arbeidsoppgaver og frihet. En måte å bidra til dette på er gjennom å rotere mellom ulike arbeidsoppgaver (jobbrotasjon) og ved å få utvidede arbeidsoppgaver. Arbeidstakerne vil med dette kunne få større arbeidsmessige utfordringer og får brukt forskjellige muskelgrupper slik at man unngår ensformighet. Det skal videre sørges for at arbeidstaker får mulighet til hvile og restitusjon. Tidspress ses på som en viktig kilde til muskelspenninger og dermed også økt risiko for helseskade.

(Arbeidstilsynets veileder ” Hvordan forebygge yrkesrelaterede muskel- og skjelettlidelser?”, best.nr. 538 – bokmål).

### 2.5.2 Hva er forflytning?

Forflytning er et begrep fra helsevesenet som beskriver den bistand individ og organisasjon (hjelperne) gir til mennesker med ulike grader av funksjonshemninger for å redusere konsekvensene av redusert funksjon. Et funksjonsfriskt menneske mestrer de aller fleste normale aktiviteter som er nødvendig for å leve. Vi kan gå, løpe, spise, drikke, snakke, stelle oss, jobbe og skrive – uten behov for hjelp fra andre. I løpet av livet kan vi få midlertidige eller permanente funksjonshemninger som gjør at vi trenger hjelp til å utføre de funksjoner som er nødvendige for å leve. Særlig inntreer slike funksjonshemninger sent i livet. Da kan vi ha behov for hjelp til å spise, gå, stelle oss eller snu oss i sengen. Denne hjelpen kalles for forflytning, og utføres i institusjoner av profesjonelle helsearbeidere. En forflytning gir den som forflytter, en fysisk belastning.

Forflytning er det antonyme begrepet til løft. Et løft er en bevegelse i vertikal retning med en pasient eller en gjenstand, en bevegelse mot tyngdekraften. I helsesektoren har det lenge blitt fokusert på hvordan hjelperen bruker kroppen sin ved løfting av pasienter. Dette er arbeid mot tyngdekraften. Forflytning, derimot, er en bevegelse som foregår horisontalt, hvor hensikten er å redusere de fysiske motkreftene og belastningene for hjelper og pasient.

”Innen forflytningsteori brukes begrepene forflytningskunnskap og forflytningsteknikk, og er et bevisst ordvalg for å lede aktørene bort fra standardløsninger i form av løfting og bæring.”  
(Lunde 2003:13)

Forflytningsteknikk kan karakteriseres som aktivisering av pasienten, skåne hjelperen mot overbelastning av kroppsdeler, behagelig/skånsom mot pasienten, hjelpemidlene plasseres der friksjonen er størst, gjør bruk av bevegelsesmønstre som pasienten har brukt hele livet og pasienten er medvirkende i stellesituasjoner.

Forflytningsteknikk har utspring i naturlige bevegelser – den måten friske mennesker beveger seg på. God forflytningsteknikk utelukker løft og unødvendige belastninger. Den forebygger slitasje og forhindrer arbeidsulykker, samtidig som brukernes ressurser og menneskeverd blir ivaretatt. For å oppnå positive resultater må teknikker innarbeides i det daglige arbeidet. (Storm et. al. 2010:6)

Forflytningskunnskap forstås som den kompetansen en hjelper trenger for å kunne jobbe improvisatorisk og situasjonsbestemt på en slik måte at forflytningen gir den

funksjonshemmede en god opplevelse og som ikke utsetter hjelperen for uheldige belastninger. Forflytningsteknikk forstås som et sett av ferdigheter, som tilpasses situasjonen, pasienten og hjelperen, og som bygger på grunnleggende kunnskap om krefter, hjelpemidler, bevegelse og anatomi.

I vår forståelse kan løfteteknikk karakteriseres som passivering av pasienten, bruke de tyngste løsningene, gir pasienten smerter i kroppsdelene og en tar ikke hensyn til de naturlige bevegelsene. En må skille mellom løfting og bruk av løftehjelpe­midler. Løftehjelpe­midlene vil i mange situasjoner være en nyttig del av et forflytningsforløp – som reduserer hjelperens belastninger og ivaretar pasientens naturlige beve­gelser og restfunksjonsevner.

### **2.5.3 Forflytnings- og løftehjelpe­midler**

I Arbeidstilsynets veileder ” Hvordan forebygge yrkesrelaterte muskel- og skjelettlidelser?”, (2006) sier Arbeidstilsynet at man for å kunne tilfredsstille kravene i arbeidsmiljøloven § 4 – 4 (2) om at tekniske hjelpe­midler i størst mulig utstrekning skal erstatte manuelle løft, så skal det brukes løftehjelpe­midler/tekniske hjelpe­midler og det skal gis opplæring i forflytningsteknikker. Videre anbefales det at tunge løft unngås, og det må sørges for at virksomheten har tilstrekkelig med forflytningshjelpe­midler. Hjelpe­midler må finnes på et sted der alle kjenner til at de finner dem, og det anbefales at hjelpe­midlene er tilpasset hver enkelt pasients behov for forflytning. Det nevnes også eksempler på ulike hjelpe­midler; dreieskive, glidebrett/teppe, glidematte, glidelaken, friksjonsmatter, gåstativ, løftebøyle, transportstol, stellesele, pasientbelter med håndtak og «katapultsete» (oppreisningssete). I Trondheim kommune omtales nå hjelpe­midler oftere som *verneutstyr*. Dette for å bevisstgjøre ledere og ansatte om at slikt utstyr ikke bare skal hjelpe, men også verne ansatte mot skader. I fortsettelsen vil vi i hovedsak benytte hjelpe­midler som begrep, men vi synes at verneutstyr er et godt begrep for å rette søkelyset mot forebygging av skader.

Det er også del faglige, etiske og juridiske dilemmaer knyttet til bruk av løftehjelpe­midler. ”I enkelte land er det en tendens til å forsøke å finne ”100 % -løsninger”, løsninger som gjør det umulig for personalet å utsette arbeidsgiver for rettsaker på grunn av skader oppstått i arbeidet med forflytninger av pasienter” (Lunde 2003:11).

En slik praksis kan føre til passivisering av pasienter og frarøve dem muligheten til å vedlikeholde eller utvikle restfunksjonaliteten.

Trondheim kommune hadde i 2009 et etisk dilemma knyttet til valg av løfte- og forflytningsutstyr på pasientrom ved nye Øya helsehus. Valget stod i mellom:

1. Kort takskinne med personløfter ved seng for løfting og forflytning av person mellom seng og toalett/dusjstol. Transport med toalett-/dusjstol mellom seng og toalett/dusj.
2. Lang takskinne med personløfter som muliggjør løfting og transport av pasient i segl mellom seng og toalett eller dusjstol inne på badet.

Løsning 2 gir helt klart mindre belastning for personalet. Et av hovedargumentene mot takskinneløsningen er at den kan oppleves som en uverdigg måte å forflytte mennesker på. Flere har hevdet at takskinnen ligner for mye på frakt av slakt på slakterier. En av utfordringene for beslutningstakerne var hvilket hensyn som skulle veie tyngst – hensynet til personalet eller bruker/pårørendes mulige opplevelse av å bli forflyttet på en uverdigg måte. SINTEF laget en rapport som vurderte de belastningsreducerende effekter, etiske og estetiske forhold og kostnader. Fra fysioterapeuthold ble det gitt støtte til takskinneløsningen, men samtidig uttrykkes det en bekymring til bruk av slike forflytningssystemer generelt, fordi systemene lett kan bidra til å immobilisere pasientene. En immobilisering av pasientene vil bidra til å øke pleietyngden (Påsche og Aspenes 2009).

## **2.6 Psykososiale faktorer i arbeidet**

I Arbeidsmiljølovens kapittel 4 finner vi kravene til tilrettelegging av det psykososiale og det fysiske arbeidsmiljøet. Det psykososiale arbeidsmiljøet kan virke inn på arbeidstakeren og kan ha både en oppbyggende og en nedbrytende effekt, og det blir gjerne sett fra to ulike perspektiv; et motivasjonspsykologisk perspektiv og et stressteoretisk perspektiv. Når det gjelder det motivasjonspsykologiske perspektivet, så baserer det seg gjerne på behovsforskning, og jobbkrav beskrives som en rekke allmenne psykologiske behov som gir grunnlag for å oppleve arbeidet som meningsfylt. Noe forenklet kan man beskrive de psykologiske jobbkravene som at individet har behov for innhold og variasjon når det gjelder arbeidsoppgaver, man har behov for å lære noe, man må ha en viss mulighet for å treffe beslutninger, for anseelse, man har behov for å se at den jobben som utføre, har en viss



nytteverdi, og man har behov for å se jobben som forenlig med fremtidsønsker. Disse kravene kan ikke tilfredsstilles over alt og i samme grad for alle (Sørensen et. al 1998).

### **2.6.1 Faktorer som kan føre til belastninger**

Ved en sykehjemsavdeling vil en finne ulike kvantitative og kvalitative krav som knytter seg til selve arbeidsoppgavene. De kvantitative kravene går først og fremst på den fysiske belastningen, og kan dreie som at en har for dårlig tid til å utføre arbeidsoppgavene, det kan være tunge og kroppslig belastende løft, og at uforutsette ting som påvirker tidsskjemaet, inntreffer. De kvalitative kravene går på både en følt overbelastning og en opplevd understimulering i arbeidet. En kvalitativ understimulering oppleves fordi en får for lite utfordrende arbeidsoppgaver, og man får en kvalitativ overbelastning fordi man får arbeidsoppgaver man føler at man ikke mestrer (Sørensen et. al 1998). Hackman & Oldhams (Hackman & Oldham 1971 referert i Bjørvik og Haukedal 1997) har utarbeidet en behovsmodell – *Job characteristics modell* - som spesifikt knyttes til arbeidsoppgavene. Disse fem ”jobbkjennetegnene” over hva som fremmer jobbmotivasjonen viser at det er en grense mellom hva som er variert, utfordrende og meningsfylt, og at hva som kan karakteriseres som kvalitativt overbelastende, er flytende. Disse kjennetegnene bidrar via kritiske psykologiske tilstander til arbeidstakerens indre motivasjon ved å gi høyere ytelse, høyere jobbtrivsel og lavt fravær. De fem kjennetegnene er:

- 1 ) Ferdighetsvariasjon (mangfoldig bruk av ferdigheter)
- 2 ) Oppgavens identitet (om den ansatte utfører deler eller hele arbeidsoppgaven)
- 3 ) Oppgavebetydning (arbeidets betydning for andre)
- 4 ) Autonomi (frihetsgrad til å utføre arbeidet slik man selv vurderer som best)
- 5 ) Tilbakemelding (arbeidstakerens opplevelse av å få respons i forhold til utførelsen av jobben).

En annen belastningsfaktor som vi tar med her er ”rollekrav”. Det vil si at andre har krav til oss og vi kan føle at disse kravene er belastende for oss ved at de for eksempel kommer i konflikt med våre egne verdier. Det kan være at forventningene er uklare, at mengden av forventninger er større enn individets mulighet til å møte dem med nok ressurser for å få løst dem på en god måte. Det kan også føles som en belastning å oppleve at man har liten egenkontroll, manglende medbestemmelse og lite forutsigbarhet i jobben.

### **2.6.2 Endringer og omstillinger – betydning for arbeidsmiljøet**

Endringer og omstillinger forekommer i de fleste organisasjoner og må ses på som en naturlig del av utviklingen. Lien og Gjernes (2009) fant i sin undersøkelse at 80 % av ansatte ved sykehjemmene i Trondheim hadde gjennomgått omorganiseringer i de siste tre årene. Koren og Lindøe (2008) viser til at mange ansatte kan oppleve omorganisering som et ”sjokk”. Noen vil tolke behovet for omstilling som at arbeidet deres ikke har vært godt nok, og ofte forstår de ikke hva nye endringer betyr. Da kan tilværelsen fort oppleves som kaotisk.

Arbeidsmiljøloven § 4 – 2 (3) sier noe om kravet til inkluderende prosesser ved omorganiseringer:

Under omstillingsprosesser som medfører endring av betydning for arbeidstakernes arbeidssituasjon, skal arbeidsgiver sørge for den informasjon, medvirkning og kompetanseutvikling som er nødvendig for å ivareta lovens krav til et fullt forsvarlig arbeidsmiljø.

Omstillingsprosesser fører ofte til usikkerhet og frustrasjon, - hva betyr det for meg, mister jeg min rolle og mine oppgaver, blir jeg oppsagt, får jeg andre mindre betydningsfulle oppgaver, osv. Å leve over tid med usikkerhet ved organisasjonsendringer kan føre til sykefravær, noe Lien og Gjernes (2009) også viser til når de siterer en ansatt ved et av sykehjemmene med høyt fravær: ”Noen kommer med legeerklæringer på at de ikke kan jobbe utenfor gruppa. De blir svimmel hvis de må ut over de 80 m2 de er vant til å være på.” Lien og Gjernes tolker dette som et uttrykk for at det heller ikke kan være enkelt for en arbeidsgiver å skulle foreta endringer i organisasjonen uten at det vil skape frustrasjon og missnøye hos ansatte.

### **2.7 Profesjonalitet**

Ordet profesjon kommer fra latin og betyr yrke.

I dag brukes ordet profesjonell også som et adjektiv, når vi vil fortelle at noen er dyktig ut over det gjennomsnittlige. ”Han håndterte situasjonen profesjonelt”, forteller at personen framviste ferdigheter som vi ikke forventer av hvem som helst. Det knyttes med andre ord forventninger om kompetansenivå til den som er profesjonsutøver. Man forventes å ha profesjonell kunnskap. (Irgens 2008)

Profesjonalitet defineres på ulike måter og avhengig av hvilke kriterier som legges til grunn.

Den vanligste måten er å knytte profesjonalitet til utdanning som sertifiserer til bestemte

stillinger, dvs. å være kvalifisert til oppgavens egenart. Her er kommet fagkunnskap, ferdigheter, holdninger/fagetikk og personlige egenskaper inn som viktige kriterier.

I hvilken grad anses forflytningskunnskap å være en del av helsearbeiderens profesjonalitet i forhold til utdanning og profesjonsidentitet for de som står i yrket? Vi har gjennomgått fagplanene for sykepleierutdanningene ved Høgskolene i Nesna og Buskerud - utarbeidet i henhold til "Rammeplan og forskrift for 3-årig sykepleierutdanning". (Høgskolen i Nesna 2010/Høgskolen i Buskerud 2010)

Når vi vet at forflytning, som skal ivareta hensynet til både pasientenes og pleiernes helse, er en høyfrekvent oppgave i helse- og omsorgsprofesjonene – er fraværet av temaene forflytningskunnskap og forflytningsteknikker i fagplanene påfallende. I den obligatoriske pensumslitteraturen til andre høyskoler som vi har gjennomgått, finner vi ikke forflytningsteori.

Et annet aspekt som kom fram i undersøkelsen til Lien og Gjernes (2009), var begrepet *deprofesjonalisering* i helse- og omsorgsyrkene. Rapporten peker på at profesjonene har en tendens til å vannes ut, fordi profesjonene gradvis har tatt opp i seg arbeidsoppgaver som tidligere lå til andre yrkesgrupper, så som renholdere og aktivitører. I tillegg utviskes skillet mellom sykepleiere og omsorgsarbeidere/hjelpepleiere. Et resultat av dette kan være en generalisering av spesialistene – en deprofesjonalisering. Hvor vidt dette har betydning for forflytningskunnskap og forflytningsteknikk, er usikkert.

### **2.7.1 En profesjonell helsearbeider i en profesjonell organisasjon**

En profesjonell helsearbeider har etter vårt syn, høy kompetanse i helsefremmende forflytning – fordi det er en høyfrekvent oppgave i arbeidshverdagen og en kompetanse som er avgjørende for livskvaliteten til både den funksjonshemmede og helsearbeideren selv.

Hvordan kan en slik profesjonell helsearbeider beskrives? Helsearbeideren vet at hun utsetter kroppen for belastninger gjennom hele arbeidsdagen og at fysiske belastninger er sunt og naturlig. Kroppen vår er bygget for belastninger, og det er nødvendig for et godt liv at kroppen møter fysisk motstand og belastninger hver eneste dag. Helsearbeideren vet også at det kan være skadelig å utsette kroppen for hyppige belastninger over tid som kroppen ikke er bygget for, eller som hun ikke har fysiske forutsetninger for å tåle akkurat nå eller senere.

Helsearbeidere har, som alle andre, forskjellige fysiske og kognitive forutsetninger (egenskaper) til å mestre forflytning. Helsefremmende forflytning er et uttrykk for profesjonell mestring av hverdagsoppgaver - ferdigheter som det må trenes på i forhold til teknikk og fysikk. En kan definere forflytning som en ferdighet, men – det er like mye en kunnskaps- og holdningsbasert kompetanse. Helsefremmende forflytning på sitt beste er internalisert i helsearbeideren – mye som taus kunnskap, men det er sannsynligvis slik at kunnskapen også bør ligge på et eksplisitt nivå, for individet, for grupper/team og hele organisasjonen for å ha en helsefremmende bærekraft.

***Den profesjonelle helsearbeiderens kunnskaper kan sammenfattes slik:***

Eksplisitte kunnskaper om helsefremmende forflytning.

Risikoforståelse og kunnskap.

Gode og effektive forflytningsmetoder tilpasset ulike situasjoner.

Kunnskaper om relevante hjelpemidler og verneutstyr.

Kunnskaper om fysiske lover som tyngdekraft, friksjonskraft, bevegelseskraft og horisontalkraft, og hvordan en kan utnytte disse i forflytninger.

Den funksjonshemmedes funksjonsevner.

***Den profesjonelle helsearbeiderens ferdigheter kan sammenfattes slik:***

Mestrer forflytningsteknikker tilpasset ulike situasjoner som gir sunn belastning på kroppen.

Mestrer hjelpe- og verneutstyr (fysisk og teknisk).

Utnytter den funksjonshemmedes restfunksjoner i forflytning.

Trener, utvikler og forbedrer egne ferdigheter.

Improvisasjon.

***Den profesjonelle helsearbeiderens holdninger kan sammenfattes slik:***

Er streng med seg selv og andre om å være konsekvent og tro mot forflytningsprinsippene.

Aksepterer ikke utilgjengelighet av riktige og gode verne- og forflytningshjelpemidler i virksomheten.

Tar ansvar for egen kropp og helse på og utenfor jobb, gjennom å trene muskler og gi seg nok restitusjon etter belastning.

Trener og perfektionerer forflytningsteknikker.

***Den profesjonelle helsearbeiderens egenskaper kan sammenfattes slik:***

Har nødvendige fysiske forutsetninger for oppgavene.

Evner å tenke langsiktig og konsekvens i forhold til egne og andres handlinger.

Optimaliserer egne fysiske ferdigheter gjennom trening og forbedring.

***Den profesjonelle organisasjonen og lederskap kan sammenfattes slik:***

Har skrevne og praktiserende rutiner, regler og prosedyrer for forflytning.

Har integrerte forflytnings- og pleieplaner for brukerne.

Har riktige og fungerende forflytningshjelpemidler og verneutstyr til alle forflytningssituasjoner.

Forflytningshjelpemidler og verneutstyr er lett tilgjengelig og praktisk organisert.

Gjennomfører risikoanalyser og vurderinger med mål om å redusere risiko ved forflytning og for å bygge kunnskap og holdninger i organisasjonen.

Har en opplæringsplan og system for læring for ansatte, nytilsatte og vikarer.

Jobber målbevisst for å opprettholde og utvikle en sikkerhetskultur.

## **2.7.2 Risikokultur**

Vi må skape sikkerhetskulturer hvor ledelse og medarbeidere revurderer sikkerhet, metodisk og kontinuerlig i hverdagen. En sikkerhetskultur tolererer ikke snarveier eller at noen utsettes statisk psykisk eller fysisk belastning over tid. Store og alvorlige utfordringer i arbeidsdagen må ikke privatiseres – slike utfordringer er lederens og enhetens eie. (Storm et. al. 2010:2)

Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune jobber målbevisst med bygging av kompetanse i forflytning og risikovurdering, og har i 2010 utviklet et læringskonsept som kalles ”NB *Naturlige bevegelser*”. Grunntanken er at all forflytning handler om å bruke det en kaller for pleier og pasientens naturlige bevegelser. Et viktig aspekt er å forstå og analysere risiko i forhold til belastning. Metoden er en inndeling av belastninger i sonene rød (farlig), gul (uheldig) og grønn (god). I tillegg brukes det en tradisjonell risikoanalyse inndelt i 9 felt hvor en vurderer kjente og mulige situasjoner i forhold til grad av alvorlighet og sannsynlighet.



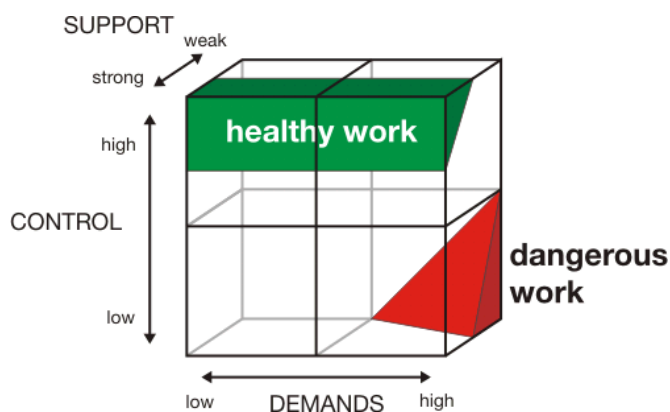
Figur 1 Risikoanalyse - gulvmodell

Illustrasjonen viser hvordan en kan gjennomføre risikoanalyser prosessuelt gjennom aktiv deltakelse, dvs. bruke konkrete forflytningssituasjoner og vurdere grad av alvorlighet (mulig skadeutfall) og grad av sannsynlighet for at skade kan inntreffe.

Gode prosesser i risikoanalyse gjennom deltakelse vil være forebyggende for den enkelte, og samtidig kunne bidra til å bygge en sikkerhetskultur med felles kunnskaper og holdninger i et kollegium.

## 2.8 Krav-kontroll-støtte modellen

”Krav-kontroll-støtte modellen” er en teoretisk modell som har hatt innflytelse i arbeidslivsforskningen, og har hatt innvirkning på forståelsen av stress og helse i arbeidslivet (Knardal 2000, Haukedal 2004). Robert Karasek var den som først utviklet modellen basert på eksponeringsfaktorer og med kontrollfaktoren innarbeidet. Karaseks modell ”The job strain modell” (krav-kontroll-modellen) hevdet at helse og velvære bestemmes av krav både til personen i arbeidet og til den muligheten som finnes i å utøve kontroll over egen arbeidssituasjon, og denne modellen ble av Johnsen & Hall (1988) videreutviklet til også å omfatte sosial støtte som en moderator på jobbkrav.



Figur 2 Karasekmodellen

Kontroll/egenkontroll (control) knyttes til å kunne bestemme over både når og hvordan man utfører arbeidsoppgavene, om man har innflytelse i forhold til å påvirke arbeidsmiljøet, - for eksempel oppgaver, mengde, metoder, ergonomi, temperatur, lys osv. Det knyttes videre til grad av påvirkning man har når det gjelder beslutninger på organisasjonsnivå, om man har innflytelse på hvem man skal ha kontakt med og hvilken type kontakt man skal ha med f.eks. brukere/pasienter eller kolleger, og det går på i hvilken grad man har mulighet for å bestemme om man kan bytte jobbe/endre arbeidsoppgaver eller ikke (Sørensen et. al 1998). Når man står overfor motstridende krav (demands) i organisasjonen kan det oppstå rollekonflikter. Dette kan være rollekonflikter som går på det at man ikke følger de instruksjoner man har for utførelsen av arbeidet i tråd med sin rolle, - noe som beskrives som en *personrolle-konflikt*. Kravene til utførelsen av jobben er større enn reelle ressurser man har og en *intrasender-konflikt* oppstår. På den annen side kan det være en *intersender-konflikt*, - en konflikt som oppstår når en person vil få tilfredsstillt sine krav mens en annen vil bli misfornøyd. Den siste typen konflikt som kan identifiseres er *rolleoverbelastning*, det vil si at man får flere arbeidsoppgaver og mer ansvar enn man er i stand til å takle. Denne rolleusikkerheten innebærer blant annet at man som arbeidstaker føler at man ikke har nok informasjon til å utføre arbeidsoppgavene på en tilfredsstillende måte (Sørensen et. al 1998).

Når det gjelder støtte som en positiv arbeidsmiljøfaktor så sier Sørensen et. al (1998) at man kan skille mellom fire typer av sosial støtte. Det er støtte som betegnes som den *emosjonelle støtten*, - følelsen av å bli verdsatt, å bli vist omsorg og bli akseptert. Det er *vurderingsstøtte*, det som går på å få konstruktive tilbakemeldinger på den jobben man gjør. Å få formidlet nødvendig informasjon – *informasjonsstøtte*, og til slutt er det den *instrumentelle støtten*, - at

man får praktisk hjelp, har nok materiell og at man har god nok tid til å gjøre arbeidsoppgavene.

En helsefremmende arbeidsplass for en ansatt vil i flg. ”Karasekmodellen” være en organisasjon hvor den ansatte opplever stor støtte og kontroll til å innfri høye krav. En reduksjon av støtte og kontroll har større negativ konsekvens enn en reduksjon av krav, men hvis kravene settes lavt over tid – vil vi mene at det for mange vil virke demotiverende. I forhold til vårt tema kan vi forenkle spørsmålet om helsefremmende arbeidsplasser ved å hevde at

1. *Kravet* er at den enkelte ansatte skal hjelpe den funksjonshemmede på en slik måte at hun selv ikke utsetter seg for uheldige belastninger og kompenserer for brukerens funksjonshemming uten at det fører til økt immobilisering – ideelt sett redusere brukerens funksjonshemming.
2. *Kontrollen* ligger i den ansattes forflytningsskunnskaper og mestring av løfte- og forflytningsteknikker, og at oppgavemengden og arbeidsprosessene gir gode nok vilkår til å foreta riktige forflytninger – dvs. innfri kravene.
3. *Støtten* kan ligge i det relasjonelle (fra kolleger og ledelse), men også i teknologien – hensiktsmessig hjelpemidler/verneutstyr og hvordan dette er organisert.

### 2.8.1 Stress

Stress kan oppleves både positivt og negativt. Positivt ved at det kan oppleves som motiverende, noe som gir stimulans. Negativt ved at det settes inn i sammenheng med noe som oppleves belastende og gir begrensninger (Sørensen et. al 1998). Stress som fenomen, blir i et stressteoretisk perspektiv satt inn i en arbeidssituasjon i et *belastningsperspektiv*. Vi kan definere stress som ”*En opplevd ubalanse mellom krav og responskapasitet under forhold der det å mislykkes med å møte kravene har viktige opplevde konsekvenser*” (Sørensen et. al 1998:95). En enklere måte å definere stress på er at stress oppstår når vi får spenning mellom individets egne verdier og organisasjonens verdier (Rønness og Matthiesen 2002).

Hvilken betydning har stress for atferd, og ikke minst, læring? Tage Søndergård Kristensen, seniorforsker ved Arbejdsmiljøinstituttet i København, presenterte i 2001 en sammenlignende studie av stress og det organisatoriske arbeidsmiljøet på sykehus i 1935 og 1995. Den viser at de sentrale oppgavene i forbindelse med pleie og omsorgsarbeid ikke hadde endret seg vesentlig på 60 år. Det handler fortsatt om å hjelpe pasientene med morgenstell,



toalettsituasjoner, måltider, medisiner, trening og aktivisering. Endringene bestod i hovedsak av en kraftig reduksjon i liggedøgn pr pasient og en dramatisk økning av antall medarbeidere. Noe av dette kan forklares med redusert arbeidstid, nye turnusløsninger, økt sykefravær og vikarbruk. Han fant ut at mulige interpersonelle relasjoner pr mnd. hadde økt fra 105 til 3160. Med en dramatisk reduksjon av liggedøgn pr pasient i sykehus, er nok situasjonen annerledes på sykehjem hvor brukerne bor en god del lengre. Likevel er det slik at brukerne ofte får sykehjemsplass sent i livet med et relativt kort opphold, og vi vil tro at de interpersonelle relasjonene er høye også her. Dessuten er død den vanligste årsaken til at en bruker forlater sykehjemmet, en faktor som kan påvirke opplevelsen av stress/press for de ansatte.

Diskusjonen omkring stress er ofte knyttet til for stor arbeidsmengde og for lav bemanning. Søndergård Kristensen peker på at mulige konsekvenser kan knyttes til de mange interpersonelle relasjonene som har gitt økt informasjonsmengde, flere kommunikasjonsfeil, flere koordinasjonsproblemer, flere samarbeidsproblemer og konflikter, flere ledelsesproblemer, mer ventetid, større kvalitative og kvantitative krav til den enkelte ansatte og mindre tid til pasienter/brukere. Forskeren mener at det er nødvendig å redusere antall interpersonelle relasjoner, redusere antall kontakter til forskjellige pasienter, redusere antall faggrupper og redusere informasjonsmengden. Altså, at en stressende hverdag kan forbedres gjennom organisatoriske tiltak og bygging av en lærende organisasjon (Lunde 2003).

## **2.9 Hva er kunnskap?**

Det finnes mange definisjoner på kunnskap. Krogh, Ichijo og Nonaka (2007) sier at *kunnskap er berettiget sann overbevisning* og at kunnskap kan være både eksplisitt og taus. Grønhaug i Nordhaug (2006) sier at kunnskap i form av teori kan betraktes som en ressurs og kan følgelig da også betraktes som et av en organisasjons konkurransefordeler. Kunnskapsbegrepet er komplekst og Filstad (2010:) sier at ”Vi må forstå kunnskapsbegrepets kompleksitet fremfor å forenkle det.” Vi bruker informasjon vi tidligere har lært oss og setter denne inn i nye sammenhenger. Gottschalk (2004) sier at kunnskap bare finnes i våre hjerner og kan ikke lagres i datamaskiner. Han sier videre at den er sosialt konstruert og at denne kun har verdi dersom den benyttes på et spesielt sted til et spesielt formål. Gottschalk har et forståelseshierarkisk perspektiv på kunnskap der hierarkiet består av data, informasjon, kunnskap og visdom og viser til at det er først når data settes inn i en sammenheng at det gir mening og blir til informasjon. I seg selv er data bare tall og bokstaver som er uten kontekst.

Det er først når man kobler denne informasjonen til refleksjon, interpretasjon og kontekst at vi får kunnskap. Informasjon er da tolkede data. Westeren (2010) viser til at det sentrale ved kunnskapsdimensjonen er at den informasjonen vi mottar, må bedømmes slik at vi kan gjøre oss opp en mening om den. Han viser også til at selv om vi har kunnskap så er ikke det ensbetydende med at vi oppfører oss fornuftig. Kunnskap vil bli til visdom gjennom akkumulering av læring over tid. Westeren (2010) kaller denne visdommen for en slags *superkunnskap*. Westeren (2010:29) tar for seg tre former for kunnskap:

- Know why (å vite hvorfor, - en kunnskapsform som knyttes til logisk slutning)
- Know that (å vite noe om, - dreier seg om kunnskap om et saksforhold)
- Know how (å vite hvordan, - knyttes til ferdighet)

Kunnskap utvikler seg gjennom at mennesket er sosialt deltakende. Gjennom at vi deltar, vil vi kunne få ta del i kunnskapen. Vi må altså vite hvordan for å få viten om hva kunnskapen representerer (Filstad 2010).

Newell et al. (2002) sammenligner to forskjellige syn på kunnskap; det strukturelle og det prosessuelle perspektivet. I et strukturelt perspektiv er kunnskap målbart og kan "veies". Kunnskap/kompetanse og utvikling av kunnskap ses på som en beholdning både hos enkeltindividet og i en organisasjon. Kunnskap blir noe vi kan identifisere og også dele med andre, den er eksplisitt og kodifiserbar (Newell et al 2002; Krogh et al 2005 ). Kunnskap og kunnskapsutvikling blir i et prosessuelt perspektiv sett på som sosiokulturelle, handlings- og praksisrelaterte prosesser i organisasjonen. I dette perspektivet blir felleskap, kultur og kunnskapsdeling sentrale begreper. Taus kunnskap inngår i et slikt perspektiv. I en forståelsesramme der taus og eksplisitt kunnskap ses på som kunnskapsformer som går over i hverandre vil mye av den sentrale kunnskapen ikke kunne kodifiseres gjennom for eksempel IT-systemer, og man får et dilemma mellom de tre begrepene. Gottschalk (2004) viser til at dess mer it-støttesystemer systematiseres og struktureres, dess tøffere kår får kreativitet, kunnskapsutvikling og innovasjon. Ser vi til Blackler (Newell et. al 2002) og hans teori om at ferdigheter, fornemmelser og følelser blir internalisert i vår tause kunnskap og blir kroppsliggjort "embodied", støttes synet på at det blir vanskelig å sette ord på det vi gjør i handling, - taus kunnskap blir vanskelig å gjøre eksplisitt.

### 2.9.1 Taus og eksplisitt kunnskap

Polanyi ([1966] 2000) var den som først gav et vitenskapelig innhold i begrepet ”taus kunnskap” i 1966. Utgangspunktet hans var at *vi vet mer enn vi kan uttrykke*, altså kan uttale med ord. Kunnskapen blir da uttrykt gjennom kroppsspråk, gjennom handlinger og gjennom at vi gjør praktisk arbeid sammen. Polanyi viser til at det er to former for kunnskap – taus og eksplisitt kunnskap. Det er ikke noe klart skille mellom disse formene, men de forutsetter ulike måter å lære og å dele kunnskap på. Den tause kunnskapen er i stor grad knyttet til ferdigheter, og Polanyi beskriver dette som den kunnskapen som vi ikke er i stand til å kommunisere, altså en type kunnskap som vanligvis kommer til uttrykk gjennom handling.

Eksplisitt kunnskap derimot, er kunnskap som kan formidles via språket, gjennom ord, tall og symboler. Krogh, Ichijo og Nonaka (2007) sier at det er viktig å utvikle ideer om hvordan man kan utnytte den tause kunnskapen. Den tause kunnskapen har en verdi og vi må finne kreative kilder for å få frem denne viktige og verdifulle kunnskapen.

Polanyi mener at taus kunnskap i utgangspunktet er individuell. Det er uenighet blant forskere om taus kunnskap bare er individuell, eller om det den tause kunnskapen også er kollektiv, dvs. i organisasjoner.

Frank Blackler mener at vi må skille mellom individuell eller kollektiv taus og eksplisitt kunnskap (Filstad 2010). Han beskriver kunnskap i organisasjoner på fem måter; som *kognifisert* (hjernebasert/embrained), *kroppsliggjort* (embodied), *kulturifisert* (encultured), *nedfelt* (embedded) og *innkodet* (encoded). Kunnskap kan også forstås i et mindre statisk og mer *prosessuelt og praksisbasert* perspektiv, hevder Blackler, og da som *mediert* (formidlet/mediated), *situert* (situated), *provisorisk* (provisional), *pragmatisk* (pragmatic) og *utfordret* (contested) (Newell et. al 2002). I følge Blackler får vi en kollektiv forståelse av en gruppes interesseområder gjennom å være sosialt deltakende (Filstad 2010). Det handler om hvordan vi anvender den totale kunnskapen på en måte som gjør at alle får del i både den tause og den eksplisitte kunnskapen. Dette kulturbaserte synet på kunnskap sier noe om kunnskap som skapt gjennom sosialisering – gjennom en repetert sosial prosess der man må vite noe om *hva* kunnskapen består i og også vite noe om *hvordan* man anvender denne kunnskapen for at den skal komme til nytte for alle.

I forhold til vårt tema forteller fysioterapeutene i Arbeidsmiljøenheten om en del helsepersonell de har observert, som har ”forflytning i hendene”. De finner gode og tilpassede løsninger fortløpende uten tilsynelatende å tenke mye på hvordan det skal gjøres – de bare gjør det. Det virker også som om de har noen fysiske og kognitive forutsetninger eller egenskaper som påvirker atferden – som de ved spørsmål ikke kan sette klare ord til. Altså – de har vansker med å gjøre den tause kunnskapen eksplisitt.

Et interessant perspektiv fra teorier om taus kunnskap finner vi hos Gottschalk (2004:37). Det har vært foreslått at taus kunnskap er det vi ikke vet at vi vet. Hvis vi tar utgangspunkt i en slik forståelse, kan vi sette opp en firefelts tabell med spørsmålene:

*Vet jeg?*

- *Ja, jeg vet at jeg vet*
- *Nei, jeg vet at jeg ikke vet*

*Vet jeg at jeg vet?*

- *Nei, jeg vet ikke at jeg vet*
- *Nei, jeg vet ikke at jeg ikke vet*

Taus kunnskap blir da uttilgjengelig og individuell fordi jeg vet ikke at jeg vet. Det vil være problematisk for eksempel i arbeidslivet dersom individet eller medlemmer i en organisasjon *ikke vet at de ikke vet* hva de burde vite. Vi snakker da om mangel på nødvendige kunnskaper, både taus og eksplisitt.

### **2.9.2 Fra kunnskap til kompetanse**

Filstad (2010:108) sier at ”Det er viktig å gjøre kunnskapen til et spørsmål om å være vitende og dermed ha nødvendig kompetanse.” Hun ser på begrepet *kompetanse* i lys av *viten*, eller å være *vitende* og relaterer dette begrepet til det engelske ”knowing”, men sier samtidig at dette begrepet vanskelig kan la seg oversette direkte til norsk. Escolas Ordbok (1996) betegner vitenskap som noe som handler om kunnskap, - om ting man kan *vite*, og sier at *vitenskap* er et systematisk arbeid for å få sikker kunnskap. Sett i lys av dette blir *kunnskap* til *kompetanse* når man bearbeider kunnskapen systematisk slik at den blir gjort eksplisitt og tilgjengelig for alle. Det er gjennom å vite *hvordan* vi skal løse arbeidsoppgavene at vi skaffer oss *kompetanse*, og det er som situert i praksis at kunnskap får sin verdi. I en organisasjon må en vite noe om hvordan en *balanserer* den tause og den eksplisitte kunnskapen slik at vi får

*kompetanse*. Det er i en prosess av læring og kompetanse at man får en *kunnskapsutvikling* som igjen gir kompetanse (Filstad 2010).

## **2.10 Læring**

Begrepet ”tenksom læring” er hentet fra Ellen J. Langers forskning om læring og læreprosesser (The power of mindful learning, 1997). Et interessant forsøk viser at en gruppe personer som ble presentert for eksempler på løsninger før de selv skulle løse en oppgave, faktisk reduserte bruken av egne kreative evner. Denne gruppen fant gjennomsnittlig bare to alternative løsninger, mens gruppen som ikke fikk se eksempler på løsninger før de gikk i gang med oppgavene, fant gjennomsnittlig åtte løsninger (Lunde 2003).

I vår undersøkelse er det fokus på om og hvordan medarbeiderne ved sykehjemmene tilegner seg *riktig* kunnskap om forflytning slik at de unngår helseplager som følge av feil-læring, - er læring en integrert del av arbeidet deres? Filstad (2010) viser til Lave og Wenger og begrepet *situert læring*. Situert læring vil si at vi lærer gjennom å delta og være engasjert i det sosiale praksisfellesskapet på arbeidsplassen. Læring blir knyttet opp til konkret handling i løsningen av oppgavene og faller inn som en naturlig del av arbeidshverdagen. Gjennom slik deltakelse blir læring en del av hverdagen selv om det selvsagt ikke er slik at all sosial praksis på arbeidsplassen betyr at man lærer, - som vi skal se senere så vil man også måtte ta inn andre momenter for at læring skal kunne skje – læring forutsetter også endring og refleksjon.

### **2.10.1 Formell og uformell læring**

Når vi snakker om *formell* læring, tenker vi på den form for læring som skjer i organiserte former i en utdanningsinstitusjon. I et slikt perspektiv vil all læring som skjer på en arbeidsplass, kunne forstås som *uformell* læring. En uformell læring vil da skje når medarbeidere tilegner seg kunnskap gjennom å lese aktuelt stoff for eksempel på nett, lese dokumenter og så videre. Den vil også skje når vi ser på en kollega som praktiserer, samtaler med en kollega, eller ved at vi praktiserer sammen med kolleger. Filstad (2010) sier at det ikke holder å bare være i en eller annen form for sosial interaksjon med andre kolleger, det er først er når den sosiale interaksjonen fører til endring at man kan si at *læring* skjer. Hun sier videre at det er først når den formelle og den uformelle læringen integreres at vi får den mest effektive læringen. Det forutsettes at man har struktur og kultur på arbeidsplassen som tilsier at det er et godt miljø for å ta imot - og gi læring.

Filstad (2010) fremhever noen organisasjonsformer for å fremme læring som vil være naturlig å se på i vår sammenheng; coaching, fadderordning, mentorordning og nettverk. Arbeidets innhold samt det å samtale kolleger imellom fremholdes også som læringsfremmende. Når man har fokus på arbeidsplassen som læringsmiljø vil man også få et potesial for læring og da også kunnskapsutvikling på arbeidsplassen og for de som jobber der.

### **2.10.2 Læringskultur**

Filstad (2010) deler organisasjonskulturen inn i tre deler; ledelseskultur, arbeidsdelingskultur og læringskultur og sier at organisasjonskulturen er en kombinasjon av alle tre delene. Det er vanskelig å definere hva en organisasjonskultur egentlig *er*. Følelsen av å ha en felles (organisasjons)kultur er med på å gi samhold. Felles verdier, forståelse og opplevelsen av et felleskap sier noe om kulturen i en organisasjon. En *sterk* læringskultur har vi når vi kan reflektere over det vi gjør, når vi forstår hvorfor vi lærer og hvorfor det er nødvendig at vi tilrettelegger for læring og kunnskapsutvikling. Filstad (2010) sier videre at vi har en *produktiv* læringskultur når vi hele tiden er avhengig av å lære seg nye ting, og da i forståelsen av *kunnskapsutvikling* i organisasjonen. For å få til kunnskapsutvikling er det viktig at ledelsen har fokus på læring og kunnskap. Hvordan arbeidet organiseres må være en støtte i forhold til hvordan det legges opp til læring og kunnskapsdeling. Gjennom å ha en sterk læringskultur støtter vi også opp under det å lære av hverandre i det daglige, altså en uformell læring, og vi får dermed læringen som integrert i den måten vi jobber på og som en del av praksisen.

Filstad (2010:213) trekker frem noen momenter som er viktig er for å utvikle og opprettholde en sterk læringskultur eller lærende organisasjon;

1. Man må ha en grunnleggende forståelse av hva læring, kunnskap og kompetanse er.
2. Man må være klar over at det skjer uformell læring på arbeidsplassen, og man må ha rom for og også legge til rette for at slik uformell læring er viktig læring.
3. Det må settes av tid og rom for læring, og man må forankre viktigheten av det å lære på alle nivåer i organisasjonen.
4. Læring og kunnskapsutvikling er ikke noe som skjer kun i korte perioder, men er noe man har fokus på som en kontinuerlig prosess.

### 2.10.3 Arbeidsplassen som læringsmiljø

Ser vi på arbeidsplassen som læringsmiljø, er det det formelle ved organisasjonen som er i fokus, det vil si ledelsesstrukturen, organisering, produksjonsform og teknologi som viktige *ingredienser*. Innenfor de formelle strukturene er læringen situasjonsavhengig, og man vil kunne se læringen gjennom hvordan arbeidskollegene løser arbeidsoppgavene og samarbeider om dem. Enten man er i en organisasjonskontekst eller ikke så er det ikke mulig å tenke seg relasjoner mellom mennesker uten å tenke at man skal ha med en emosjonell grunntone. (Wennes i Nyeng og Wennes 2005). Emosjoner påvirker livet innad i en organisasjon også når det gjelder læring og hvordan læring foregår. I denne sammenheng ser vi også på begrepet ”sosial kompetanse”. Nordhaug (2006) definerer et *individets sosiale kompetanse* som de kunnskaper, ferdigheter og evner individet innehar i forhold til å håndtere samarbeid og konflikter med andre for å nå mål man har satt seg for interaksjonen med andre. Ut fra dette kan man i vår undersøkelses- sammenheng si at individet må ivareta både sin egeninteresse for sin egen helse og ivareta sin enhets interesser når det gjelder å få ned sykefraværet. I en sykehjemsavdeling vil det normalt på dagtid være et visst antall personer på jobb. Dette er personer med ulik utdanning og bakgrunn. Nordhaug (2006) sier at uformell læring for å utvikle sosial kompetanse skjer på ulike arenaer, det er imidlertid ikke slik at denne læringen alltid fører til endring av atferd hos individet. Polanyi kalte læring ved persepsjon – læring ved at vi hermer etter andre – som ”den fattigste formen for taus kunnskap” (Polanyi 2000:18). Ut fra dette kan vi trekke at slik læring ikke alltid er gunstig fordi at ”eleven” ikke vet om det han lærer er ”riktig” eller ikke. Våre informanter oppgir at de har god kunnskap om forflytning og forflytningshjelpemidler, men de færreste av dem har gått på kurs for å lære dette, vi antar derfor at mange av dem mener at de har fått denne kunnskap ved å høre på råd fra kolleger, eller ved å se på kolleger. Nordhaug (2006) anslår at den uformelle læringen i en organisasjon utgjør tre fjerdedeler av all læring, mens den formelle læringen står for en fjerdedel. Nordhaug viser til flere uformelle læringsmekanismer så som *læring basert på egen erfaring*, man lærer seg hva som virker best. Det at man har en åpen kultur for å lære slik at man kan dra nytte av *erfaringsutveksling* som læremetode ses på som positivt. *Modellering* er en tredje metode som viser til at eleven lærer av mesteren, altså at den erfarne lærer bort til den nyankomne uerfarne. Her *hermer* man ikke etter en annen, men har et bevisst forhold til at man skal lære av noen som har en kjent ”ekspert-rolle”.

#### **2.10.4 Refleksjon og læring**

Filstad (2010) sier at vi gjennom å reflektere forstår våre egne handlinger. Begrepet refleksjon kan defineres på flere måter, vi kan definere det som *ettertanke*, eller *speiling* (ibid), vi tenker gjennom hvorfor vi har handlet som vi har gjort, hvorfor vi fikk det resultatet vi fikk og hva vi lærte av prosessen. Det er to forhold som blir viktige når vi relaterer refleksjon til læring, - det ene går på integrering av ny og gammel kunnskap i individets konseptuelle rammeverk og det andre går på å koble refleksjon til handling. Refleksjon *i* handling – in action – gjør at vi tenker kritisk på *hva* som har ført oss opp i situasjonen, hvordan vi handlet for å komme dit. Når man reflekterer *på* handlingen – on action – tenker vi tilbake på hva det var vi gjorde og beskriver handlingen. Kompetanse til å *anvende* kunnskap i praksis utvikles gjennom refleksjonen. Ved å oppfylle noen forutsetninger for dialog, vil dialogen bli et viktig hjelpemiddel for å dele kunnskapen. Disse forutsetningene blir av Filstad beskrevet som det å være åpen for nye ideer og samtidig kunne sette egne ideer ”på vent”, det å kunne beskrive noe uten å skulle forklare det samtidig, og det å behandle alt som like viktig ved å beskrive og forklare så konkret som mulig.

Det å bare *delta* i et sosialt liv på arbeidsplassen fører i seg selv ikke til læring, det er først når man er i stand til å *reflektere* over sine handlinger at man er i stand til å lære (Filstad 2010). Både den ansatte og organisasjonen utvikles sammen gjennom de erfaringer man gjør seg. Forandringene som skjer som følge av læring trenger nødvendigvis ikke bare være av positiv karakter, det kommer an på hva slags kunnskap som kommer ut av læringsprosessene. Vi kan for eksempel lære feil måte å løse arbeidsoppgavene på. Det er gjennom å reflektere over det man gjør at man lærer.

#### **2.10.5 Forsvarsmekanismer i organisasjoner**

Argyris og Schön (1978) har en teori om *lærende organisasjoner* – som de kaller for *handlingsteori*. Deres teori er grunnlaget for det de omtaler som enkelkretslæring og dobbeltkretslæring i organisasjoner. Disse læringsformene finnes både på individuelt og kollektivt nivå. Enkelkretslæring foregår nærmest av seg selv, og løser de problemer man ser her og nå, men endrer ikke ved noe av organisasjonens grunnleggende og styrende verdier. Man tilpasser seg situasjonen, men får ikke korrigert seg slik at man får fjernet årsakene til den ”uheldige” atferden. Dobbeltkretslæring innebærer at man ser nærmere på hva som skjer i forhold til de grunnleggende verdiene og normene i organisasjonen, man reflekterer og tar



stilling til dem. Utgangspunktet deres er at organisasjonslæring er en kumulativ prosess som gjenspeiler den måten organisasjonene tilegner seg kunnskap og egenskaper, men de sier også at læring samtidig er en individuell prosess. Argyris og Schön deler handlingsteorien inn i *bruksteori*, som knyttes til konkrete handlinger i organisasjonen, og *uttrykt teori*, eller *fasadeteori*, som knyttes til mer løselige handlinger i organisasjonen. Slik uttrykt teori, eller fasadeteori blir kjennetegnet av hva man *sier* at man *gjør*, heller enn de *faktiske handlingene*. Argyris og Schön (1978) sier at det er *enkeltkretslæring* som praktiseres i de fleste organisasjoner, noe som ikke skaper lærende organisasjoner, men heller gir justeringer og ”brannsløkking” innenfor den kunnskapen man allerede innehar i organisasjonen. Det må da være et mål å få til *dobbeltkretslæring*, det vil si at man vurderer og endrer de verdier og antakelser man allerede har i organisasjonen. Når forsvarsrutinene preger en gruppe over lenger tid, er det stor sannsynlighet for at gruppemedlemmene selv er blitt ”blinde” for hva som skjer. De har øvd så lenge på å omgå og unngå problemene at de er blitt dyktig udyktige. I vår sammenheng er det interessant å se parallellen til *den reflekterte praktiker* (Rennemo 2006). Rennemo fremhever også den betydningen refleksjonen har for læring. Det er viktig å ha en viss grad av kommunikasjonsferdigheter for å kunne få et utviklende læringsmiljø sier han, og sier at det er noen typer av atferd (hos den man lærer av) som fremkaller forsvarsmekanismer hos personer, noe som igjen kan bety at man ikke tar til seg den lærdom den andre prøver å gi. Rennemo (2006:101) lager følgende figur for å beskrive et støttende kontra et forsvarsskapende kommunikasjonsklima;

| <b>Støttende</b>    | <b>Forsvarsskapende</b>  |
|---------------------|--------------------------|
| Beskrivende         | Vurderende               |
| Problemorienterende | Kontrollerende           |
| Spontan ærlig       | Beregrende/manipulerende |
| Nærhet/innlevelse   | Distanse/nøytralitet     |
| Jevnbyrdighet       | Overlegenhet             |
| Prøvende/undrende   | Skråsikkerhet            |

Figur 3 Kommunikasjonsklima

### 2.10.6 Tillit

Tillit blir i Filstad (2010:207) definert som ”partenes vilje til å være sårbare”. Tillit er en viktig faktor dersom man skal dele kunnskap, og denne kunnskapsdelingen er avgjørende dersom man skal sikre og utvikle den kunnskapen som er basert på tillit. Det er avgjørende for

tillitsskapingen at man forstår og tilrettelegger for kunnskapsdeling (ibid). Det er nødvendig med tillit på mange nivå i en organisasjon, det være seg til kolleger, ledelse, teknologiske hjelpemidler eller andre viktige hjelpemidler i det daglige arbeidet. Skal vi lære av hverandre og dele kunnskap, er det en forutsetning at det er en viss grad av tillit i et arbeidsmiljø. Vi må ha tiltro til hverandre, og vi må fremstå som forbilder for hverandre.

## **2.11 Ledelse**

Lederne ved våre utvalgte sykehjem leder til dels store grupper ansatte. Virksomhetene har 24 timers drift syv dager i uka med turnusorganisering, natt og helgeskift. Lederne jobber under til dels stort press og har mange krav å forholde seg til; de skal lede tradisjonelt sett typiske kvinneyrker, de har store samfunnsviktige oppgaver å håndtere som for eksempel økende gruppe eldre med pleiebehov, de har økonomiske begrensninger som gjør at de må jobbe hardt med å prioritere hvor de vil bruke de ressursene de har til rådighet og de har et relativt stort sykefravær å håndtere.

*”Jeg har sagt at de må bare ikke komme til meg å klage hvis de blir syke av å løfte feil.”*

Omtrent slik falt ordene hos en mellomleder da vi intervjuet henne i forbindelse med utdyping av våre funn fra den kvantitative undersøkelsen og forflytningseksperternes observasjoner av ansatte på fire sykehjem. Uttalelsen kan tolkes som oppgitthet over et tilsynelatende ikke løsbart problem, men kan også være et uttrykk for å privatisere en organisasjonsmessig problemstilling og utfordring. Om du blir syk av jobben, er det den enkelte ansatte sitt problem – ikke organisasjonens. Dvs. vi har sagt det så mange ganger at du må bruke forflytningshjelpemidler, og - hvis du ikke gjør det, er det din og bare din skyld om du blir syk. Det kan også være et uttrykk for både makt og avmakt. Avmakt - fordi det i ledelsens konstruerte virkelighet ikke fins tenkbare ledelsesmessige grep som kan løse en alvorlig problemstilling. Og – makt gjennom å ”toe sine hender”- det handler om vi (ledelsen) og dem (ansatte). Når det er i gjennomsnitt 38 % av de ansatte langtidssykemeldte som har diagnosen muskel og skjelettlidelser, oppleves dette kanskje ikke problematisk nok til at ledelsen tar det alvorlig nok?

### **2.11.1 Ledelse som funksjon**

Som hjelp i vår studie ønsker vi å bruke ledelsesteori som skiller mellom begrepene leder og ledelse. En leder (i vår begrepsverden enhetsleder og fagkoordinatorer/fagledere) er en person

som er tildelt/delegert makt, myndighet, oppgaver og ansvar – altså formalisert makt. Ledelse, derimot, er en funksjon som kan utøves av alle medarbeidere i et forpliktende samspill eller alene (selvledelse) – hvor legitimitet fra eksterne og interne interessenter gir rom for ideer, handlinger og beslutninger.

*”Chef är den som utnämns av någon på överordnads nivå att vara chef och därmed fått befogenhet (mandat) att företräda ”arbetsgivarens intressen”.* (Rohlin et. al. 1994:173).

Rohlin er en av gründerne ved MiL’s Institute i Sverige, som deler formell lederskap inn i tre roller (MiLs managementmodell);

### *Strategirollen*

Den beskriver ledelsen i samspillet med omgivelsene og virksomheten med de totale ressurser, så som kompetanse, teknologi og leveranser med fokus mot omgivelsene, ideologi, resurser og misjon.

I forhold til vårt tema kan strategirollen være å påvirke omgivelsene i forhold til å ivareta både et medarbeider- og pasientperspektiv. Eksempler på strategisk lederatferd er få pårørende til å forstå at virksomheten ivaretar pasienten og medarbeiderne best ved å bruke løfteutstyr i enkelte situasjoner. Det kan også være å overbevise overordnede beslutningstakere at investeringer (inventar, utstyr og bygninger) i et medarbeiderperspektiv på sikt vil være lønnsomt – lavere sykefravær.

### *Sjefsrollen*

Den beskriver ledelsen i virksomhetens strukturelle og administrative system med fokus mot tekniske-, økonomiske-, produkt/markeds- og menneskelige resurser. I forhold til vårt tema kan sjefsrollen være å styre atferd gjennom et internkontrollsystem med prosedyrer og regler som reduserer risiko for utvikling av muskel- og skjelettlidelser.

### *Lederrollen*

Den beskriver personallederen, hvor det er de nære medarbeiderne som har den spesialiserte fagkunnskapen. Her er det de relasjonelle egenskapene som vektlegges, og evnen til å hente informasjon og kunnskaper fra medarbeiderne og formidle overordnet strategi, holdninger og ideologi til medarbeiderne (ibid).

I forhold til vårt tema kan lederrollen være å utvikle en lærende organisasjon, hvor en ikke har fokus på forflytningsteknikk alene, men vel så mye på grunnleggende kunnskaper og forståelser om anatomi, krefter og bevegelse – slik at forflytningsatferd tilpasses situasjonene og ikke omvendt. Utvikling av medarbeidere som reflekterte praktikere, som med høy kompetanse improviserer fordi hver forflytningssituasjon er unik – selv om den har likhetstrekk med tidligere situasjoner. Forflytningen av fru Nilsen i går kan være annerledes i dag, fordi hun har sovet dårlig i natt.

Dette er en holistisk modell som forsøker å sette lederskap inn i en helhet, hvor helheten er mer enn summen av de enkelte deler. Organisasjoner oppfattes som komplekse, og det byr på store problemer å utvikle holistiske modeller som både fanger opp kompleksiteten og forenkler den slik at vi kan forstå for eksempel hvordan ledelse fungerer i systemet. Vi ser ikke på en organisasjon som et system eller en modell, men organisasjoner kan betraktes eller studeres som systemer og modeller – i en søken etter forståelse og kunnskap. Ulike systemteorier vil gi ulike forståelser og kunnskaper – avhengig av hvilke kontekster de settes inn i.

### **2.11.2 Den konseptuelle modellen for endringsledelse**

Endringsledelse er å bringe virksomheten fra status quo inn i en ønsket retning - i et samspill mellom mål og midler. En annen holistisk modell er den konseptuelle modellen for endringsledelse. Den inndeles i fire delsystemer, Transformasjonssystemet, Ledelsessystemet, Atferdssystemet og Koalisjonssystemet (Busch et.al. 2007). I disse systemene finner vi organisasjonens interne og eksterne interessenter. Mange interessenter vil opptre i alle systemene, og delta eller utøve makt i mål- og ledelsesprosesser, produksjon av kunnskap, samt bringe kompetanse inn i organisasjonen. I en kompleks organisasjon utøves formell posisjonsmakt, personlig makt og argumentativ makt side om side, innenfor rammene som organisasjonskulturen, formelle strukturer og myndighet gir. Makt er et relativt begrep som først gir mening når en ser på et forhold mellom minst to parter. Emersons (1962) knytter makt til den avhengighetsrelasjonen som fins mellom to parter. En interessent kommer i en maktposisjon så fremt organisasjonen er avhengig av interessenten – den ansatte, kunden, investoren osv. Innenfor vår tematikk, avhengig av hvor vi setter grensene for organisasjonen, vil interessentene være brukerne, pårørende, ansatte, enhetsledere, hovedverneombud, rådmann og politisk nivå.

### *Koalisjonssystemet:*

”Her finner vi grunnlaget for sentrale mål, og vi finner både konflikt- og harmonifelter” (Busch et. al 2007:34). Interessentene er bundet sammen med organisasjonen gjennom ulike kontrakts- og avtaleforhold. Disse regulerer forholdet mellom interessentens bidrag og belønninger. Koalisjonssystemet er en arena for politiske prosesser som skapes blant annet fordi interessenter, naturlig nok, har ulike interesser. Her finner vi også de generelle rammebetingelsene som virksomheten må tilpasse seg, så som offentlige lover og reguleringer, teknologisk utvikling og markedsutvikling. For vårt tema vil for eksempel Arbeidsmiljøloven være en viktig rammebetingelse:

[...] å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon, som gir full trygghet mot fysiske og psykiske skadevirkninger, og med en velferdsmessig standard som til enhver tid er i samsvar med den teknologiske og sosiale utvikling i samfunnet. (Arbeidsmiljøloven §1-1a).

### *Transformasjonssystemet:*

Organisasjonens kontrakter med interessenter innebærer at det må produseres belønninger. For å skape disse belønninger må det etableres et system for transformasjon som sørger for at bidrag som kommer inn, omdannes til belønninger. I dette systemet finner vi de organisasjons- og styringsstrukturer som er etablert for å koordinere og styre transformasjonsprosessen. Det er enklest å identifisere transformasjonssystemet i levering av varer og tjenester. Men det er mange interessenter i et system som forventer belønninger (Busch et. al 2010).

I et sykehjem er den viktigste transformasjonen levering av helse- og omsorgstjenester, hvor noen av interessentene er brukere og pårørende. Teknologi inngår som en vesentlig del av transformasjonssystemet. Det er et annet teknologibegrep enn hva vi kjenner fra industrien. Perrow (1967) definerer teknologi som utstyr, teknikker og kunnskaper. Innen vårt tema vil for eksempel løfte- og forflytningsutstyr, forflytningsteknikker, de ansattes kompetanse og prosedyrer/regler være teknologiske *virkemidler* for omdannelse av bidrag til belønninger. Arbeidsrelaterte muskel- og skjelettlidelser må kunne betraktes som en ”minusbelønning” eller tap både for arbeidsgiver og arbeidstaker, men det kan synes som om interessentene ikke reagerer særlig aktivt mot dette underskuddet i forholdet mellom bidrag og belønning.

*”Forflytning er et fraværende tema i ledergruppen, selv om vi sørger for at det blir arrangert*

*kurs internt. De ansatte er lite ivrige til å ta i mot undervisning i forflytning.” (sitat fra et intervju på ett sykehjem)*

### *Atferdssystemet*

En organisasjon består av mennesker med ønsket og uønsket atferd, god og dårlig atferd eller atferd som setter organisasjonen over eller under individet. Atferd er handlinger som mennesker alene eller i et samspill utfører innenfor rammene av organisasjonen, og er et uttrykk for en kompleksitet av regler, prosedyrer, verdier, normer, kunnskap, kultur, makt, interesser etc. En organisasjon vil som en ”organisme”, søke å regulere atferden til organisasjonens medlemmer slik at den er bærekraftig og sikrer bidrags- og belønningsbalansen for interessentene i nåtid og framtid. Atferd forsøkes regulert gjennom formelle strukturer som regler, prosedyrer, instruksjoner og uttrykte verdier. Parallelt med de formelle strukturene ”lever” uformelle strukturer – bygd på mellommenneskelige relasjoner i utvikling og utviklet over tid. Dette er den litt usynlige organisasjonskulturen som gjennom normer, verdier og holdninger blir synlig gjennom medlemmenes atferd. Kulturen kan ofte være sterkere som atferdsregulerende faktor enn de formelle strukturene.

*”Vi har ingen kultur for å gjøre ting riktig, og vi aksepterer at jeg og andre løfter i stedet for å bruke riktige forflytningsteknikker.” (sitat fra intervju ved et sykehjem).* Hvis dette er en riktig beskrivelse av noe av kulturen i denne organisasjonen, kan det være et eksempel på virksomme uformelle strukturer. Vi vet fra våre undersøkelser at denne organisasjonen ikke driver systematisk opplæring av ansatte, har ikke forflytningsveiledere/ryggombud eller forflytningsplaner. Dermed er det godt mulig at både de formelle og uformelle strukturene her spiller synkront sammen. Atferden kan dermed være ønsket og villet – men kanskje ikke bærekraftig på lang sikt. Vi ser her at atferdssystemet er tett koplet opp mot de foregående systemene, og at målkonflikter i koalisjonssystemet påvirker atferdssystemet og visa versa.

### *Ledelsessystemet*

”Forutsetningen for at interessentene er villige til å involvere seg i en organisasjon er trygghet for at de vil motta de belønningene som er avtalt” (Busch et. al 2010:39).

Enkelt sagt handler ledelse om å skape belønninger for interessentene, men i dette ligger også kompleksiteten og utfordringene for ledelsesfunksjonen. Interessentene har nødvendigvis ikke annet til felles enn at de er bundet til samme organisasjon. Ansattes forventninger til høyere

lønn vil lett komme i konflikt med investorers ønske om størst mulig avkastning. Det vil naturlig nok være konflikter også innenfor grupper eller individer av ansatte. En akseptabel belønning er en tids- og situasjonsbestemt størrelse som ofte avklares gjennom forhandlinger og konflikt, hvor makt og avhengighet danner grunnlaget for aksept. Ledelsen, som også er en interessent, er helt avhengig av tillit fra de andre interessentene når den retter seg mot de tre andre systemene. Den må styre atferdssystemet og bygge en organisasjonskultur på ønskede verdier og normer, og sørge for at transformasjonssystemet produserer i henhold til de avtaler og kontrakter utviklet i koalisjonssystemet.

En relativt komplett teori om ledelse er utviklet av den danske professoren Erik Johnsen. Ledelse ansees ikke som noe som bare utøves av utvalgte personer. Ledelse er en nødvendig funksjon for at en organisasjon skal kunne eksistere og produsere belønninger til virksomhetens interessenter - skape resultater. Ledelsesprosessene skal kunne fungere på alle systemnivåer i organisasjonen, og de utvalgte ledernes viktigste funksjon er å lede ledelsesprosessene (ibid).

### ***Lederatferd***

Den tradisjonelle tenkningen om ledelse er å lede gjennom andre – den amerikanske tradisjonen. Et annet syn er å se på ledelse som en identifiserbar atferd som utøves sammen med andre i et forpliktende samspill – den skandinaviske tradisjonen. Innen denne tradisjonen skapes og utvikles organisasjonen og mål gjennom forhandlinger mellom interessentene – hvor ledelsens rolle er å skape en akseptabel balanse mellom bidrag og belønning. Erik Johnsen (1984) definerer ledelse som et målformulerende, problemløsende og språkskapende atferd, hvor utfordringen er å skape et forpliktende samspill om mål og midler. Alle som har anledning til å engasjere seg i målformulerings-, problemløsnings- og språkskapningsprosesser i virksomheten deltar i ledelsesprosessene. Lederens oppgave er å lede ledelsesprosessene.

### ***Målformulerende atferd***

Et viktig aspekt i Johnsens teori er at målene settes for å innfri interessentenes behov for belønninger. Målene inndeles i de tre kategoriene driftsmål (dvs. relativt stabile mål), tilpasningsmål (som følge av endringer i omgivelsene) og utviklingsmål (de mål som skal sikre interessentenes behov for belønninger i framtid).

Innenfor vårt tema vil et driftsmål være å innfri det politiske nivåets behov for ha et godt velferdstilbud til befolkningen, samt et redusert sykefravær og de kostnader fraværet påfører fellesskapet. Et tilpasningsmål kan være å tilpasse kompetanse med fortløpende endring i pleietyngde, og et utviklingsmål kan være tilpasse sykehjemmene i forhold til den første eldrebølgen fra ”68 generasjonen” - de store etterkrigskullene.

### *Problemløsende atferd*

Ledelsesfunksjonens evne til å løse problemer vil være avgjørende for måloppnåelse. Det krever problemanalyse, prosess for interaksjon mellom ulike individer med relevant kompetanse og en søke/lære-prosess. Til dette er det nødvendig med god kunnskap om problemløsning og prosessuell metodikk. Hvis en virksomhet har et sykefravær på over 20 % hvor 40 % av de syke har muskel- og skjelettlidelser – krever en slik situasjon noe langt mer enn det innledende sitatet fra fagkoordinatoren gir uttrykk for. Målformuleringer vil gjerne bestemme de valg ledelsen tar når et problem skal løses, men uklare eller motstridende mål kan gjøre dette vanskelig. Kan uklare eller motstridende mål for sykehjemmene bidra til å forklare hvorfor en ikke klarer å løse omfanget av muskel- og skjelettlidelser? Dette har vi ikke sett på i vår undersøkelse.

### *Språkskapende atferd*

For at ledelsessystemet og virksomheten skal kunne innfri interessentenes behov for belønninger, må det kontinuerlig utvikles et språk som hjelper til for å forstå og til å kommunisere om komplekse og kompliserte forhold i virksomheten. Språk er et uttrykk for kompetanse, og språk kan skape mening, merinnsikt og utvikling.

Det skilles mellom tre språk – et beslutningsspråk (hjelper til å treffe de riktige beslutningene), et atferdsspråk (tar sikte på å regulere atferd) og systemspråk (harmoniserer system og regulerer samspillet med omgivelsene) (Busch et. al 2007).

Da Arbeidsmiljøenheten i Trondheim kommune endret og utvidet begrepet *forflytningshjelpemidler* til *verneutstyr*, var dette en språkskaping som har gitt en ny forståelse og innhold til forflytningsproblematikken. Det samme skjedde da utvikling av muskel og skjelettlidelser ble begrepsatt som ”*den langsomme ulykken*” – antonymet til ”*den plutselige ulykken*”. Slik fikk vi anskueliggjort at dersom du utsettes for uheldig belastning over tid, kan det være at du er inne i en langsom ulykke med like store skadelige konsekvenser som en



plutselig ulykke. Disse begrepene er skapt for å utvide innsikt og endre/regulere atferd – et *atferdsspråk*.

### 3. METODE

#### 3.1 Metodeforståelse

Spørsmål som er av ontologisk art - læren om hvordan virkeligheten faktisk ser ut - og av epistemologisk art - læren om hvordan og i hvor stor grad - det er mulig å tilegne seg kunnskap om virkeligheten er overordnede vitenskapsteoretiske forståelsesrammer ved all forskning (Jacobsen 2005). Jacobsen (2005) viser til at *metode* er et hjelpemiddel vi benytter oss av for å samle inn informasjon, eller data på og som skal hjelpe oss til å få frem ny kunnskap – den skal gi oss informasjon om ”virkeligheten” og er en framgangsmåte for å komme frem til en ny erkjennelse. Hensikten med bruken av metode er at vi skal sikre at svarene på problemstillingen blir gyldige og pålitelige. At svarene skal være *gyldige* (valide) betyr at det vi måler er det vi ønsker å måle og at vi har dekning for de konklusjonene vi kommer frem til i våre innsamlede data. At dataene er *pålitelige* (reliable) betyr at vi må sikre at vi har gjennomført undersøkelsen på en troverdig, god måte.

#### 3.2 Undersøkelsesopplegget vårt og valg av metode

Vi skulle sikre at de svarene vi fikk på vår problemstilling ble både gyldig og pålitelige og vi måtte avklare hvilke undersøkelsesopplegg vi ville gjennomføre for best mulig å skulle kunne kartlegge virkeligheten, - skulle vi foreta kvalitative intervjuer, skulle vi legge opp til kvantitative data - altså foreta en strukturert utspørring i form av spørreskjema, eller skulle vi benytte begge metodene. For å få best mulig svar på våre forskningsspørsmål valgte vi et tredelt undersøkelsesopplegg; en kvantitativ spørreundersøkelse i form av et spørreskjema, en kvalitativ observasjonsdel og en kvalitativ intervjuundersøkelse.

Vi hadde noen spørsmål vi ønsket å få svar på og vi måtte ha et opplegg som var selektivt samtidig som vi hadde en viss avstand til datakildene, og vi valgte derfor å foreta en strukturert utspørring i form av spørreskjema. Fordelen med dette er at alle får de samme spørsmålene og de samme svaralternativene. I tillegg anså vi denne metoden for å være lite ressurskrevende – noe som var viktig i forhold til at vi hadde så mange respondenter.

Hovedhensikten med en slik form for undersøkelse er at man får vite noe om utbredelsen av et

fenomen i et utvalg, og at man ut fra en slik relativt en liten gruppe skal kunne trekke slutninger for en hel populasjon. Kvantitative spørsmål gir gode svar i den betydningen at de egner seg for sammenligning. På den annen side kan man miste verdifulle tolkninger som ikke kommer frem i type ja/nei svar, eller svar på en skala fra enig til uenig, og som vi ville kunne fått frem i åpne spørsmål, og vi hadde derfor med et åpent spørsmål til slutt der respondentene kunne skrive det de mente hadde betydning i denne sammenheng.

Vi startet så arbeidet med å utforme spørreskjema; vi skulle utforme spørsmål, formulere svaralternativer og bestemme oss for hvilken rekkefølge spørsmålene skulle ha. Det var viktig for oss å få formulert spørsmålene slik at vi fikk målt det vi ønsket å måle, det vil si at validiteten måtte være høy. Da vi hadde utformet et utkast til spørreskjema tok vi kontakt med ett tilfeldig valgt sykehjem og ba enhetslederen om lov til å prøve ut spørreskjemaet på tilfeldig valgte medarbeidere der. De besvarte spørreskjemaet og kom med nyttige kommentarer til oss underveis. På bakgrunn av disse kommentarene kunne vi så utforme et endelig spørreskjema. Vi vil omtale de som besvarte spørreskjemaene som *respondenter*.

Vi bestemte oss også for å benytte oss av "observasjon" som metode. Vi har ikke god nok kompetanse i forhold til å se om pleiepersonellet ved de fire sykehjemmene benytter seg av gode teknikker ved forflytning av pasienter, og vi har ei heller god nok kompetanse til å se om pleiepersonellet benytter forflyttningshjelpemidlene på riktig måte. Vi fikk derfor fysioterapeuter ved Arbeidsmiljøenheten (bedriftshelsetjenesten) til å observere respondentene i sitt daglige arbeid ved sykehjemmene slik at vi kunne få en "ekspertuttalelse" på om svarene vi hadde fått samsvarte med deres observasjon. Kjell-Åge Gotvassli sier at det muligens høres banalt ut, men "Før møtet med feltet må en skaffe seg adgang til feltet!" (Gotvassli 1999:40). Vi forespurte derfor våre fire enhetsledere om det var mulig at noen fysioterapeuter fikk tilgang å observere deres ansatte i arbeid. Enhetslederne ga "grønt lys" og fysioterapeutene var en dag på hvert sykehjem for å observere. Vi omtaler fysioterapeutene her som *observatører*.

Mange av respondentene svarte at de var enige i at de hadde god kompetanse på forflytningsteknikker, - stemte dette, eller var dette en kompetanse den enkelte tilla seg selv ut fra sin subjektive mening? Dette gjorde at vi ønsket å foreta et kvalitativt intervju med en utvalgt gruppe ved hvert sykehjem. Det er mulig å kombinere kvalitative og kvantitative

metoder og vi ville derfor benytte oss av dette. Dette kalles for metodetriangulering (Ringdal 2007). Man kan si at triangulering av metoder øker troverdigheten ved at samme problemstilling blir belyst ut ifra ulike innfallsvinkler. En kvalitativ metode har som en viktig målsetting at man skal oppnå større forståelse av sosiale fenomener (Thagaard 2003) og i spørreundersøkelsen fikk vi som tidligere nevnt tilbakemeldinger fra ansatte på at de anså at de hadde god kompetanse angående forflytning og forflytningshjelpemidler og vi ønsket å vite mer rundt dette, - var det for eksempel andre momenter som virket inn siden sykefraværet allikevel var ganske høyt?

Svarene vi fikk i spørreundersøkelsen gjorde at vi ville snakke nærmere med enhetene og vi tok derfor kontakt med enhetsledere ved de fire sykehjemmene for å be om et intervju med deres Arbeidsmiljøgrupper. Arbeidsmiljøgruppen er et partssammensatt utvalg som jobber med utvikling av arbeidsmiljøet og består av leder, evt. fagkoordinatorer, tillitsvalgte og verneombud. Vi vil omtale de vi intervjuet som *informanter*.

### **3.2.1 Datainnsamlingen/utvelgelse av respondenter**

Neste fase ble å ta kontakt med de aktuelle enhetsledere ved våre utvalgte sykehjem. Vi fikk arrangert møte med disse og fikk informert dem om vårt opplegg. Vi møtte stor velvilje i forhold til vår undersøkelse. Vi hadde laget et spørreskjema i papirform og respondentene skulle besvare dette og returnere det tilbake til oss via sin enhetsleder. For å sikre at flest mulig besvarte spørreskjemaet ville vi foreta en anonymisert undersøkelse. Det vil si at vi la ved hvert enkelt spørreskjema en svarkonvolutt slik at respondentene skulle være sikre på at de forble anonyme og at svarene derfor for eksempel ikke kunne bli lest av enhetslederen eller andre. For at vi skulle få gjennomført vår undersøkelse var vi avhengige av at de respektive enhetsledere delte ut spørreskjemaet til sine medarbeidere og ”pushet” på dem for at vi skulle få inn flest mulig svar. Det ble viktig for oss at også de som på den tiden var sykemeldt besvarte spørreskjemaet, vi anså det som viktig da det nettopp var disse som kunne ha verdifull informasjon til oss i forhold til sitt sykefravær. Også her var enhetslederne svært hjelpelige i forhold til å sende spørreskjemaet til sykemeldte medarbeidere. Vi vet imidlertid ikke noe om *hvor mange* av de sykemeldte som har besvart spørreskjemaet slik at vi også kan ha *mistet* verdifull informasjon. Vi fikk inn 222 av 285 svarskjema, noe som gir en svarprosent på 77,9 %.

### 3.2.2 Spørreskjemaet

I en spørreundersøkelse som vår – også kalt en *survey* - får alle de utvalgte respondentene de samme standardiserte spørsmål. Vi skulle ha svar på spørsmål som vedrørte noe sensitivt hos respondentene og som hadde med deres helse å gjøre og vi måtte lage et spørreskjema som ikke støtet noen og som kunne føre til at vi ikke fikk svar på våre spørsmål. Når vi skulle utforme spørreskjemaet var det flere momenter vi måtte ta hensyn til. Først og fremst måtte vi utforme spørsmålene slik at de passet med våre forskningsspørsmål og at vi sikret at vi ville få svar på disse. Deretter måtte vi se på rekkefølgen av spørsmålene. Ringdal (2007) anbefaler at man starter med lette, ufarlige spørsmål og deretter går over til mer spesifikke spørsmål. Vi startet med å spørre om kjønn, alder, utdanning, tidsrom i forhold til ansettelse og stillingsandel. I utformingen av spørsmålene måtte vi også ta hensyn til at det var personer med ulik form for kompetanse og utdanning vi skulle utspørre, dvs. alt fra ufaglærte/assistenter til tre-årig høgskoleutdannede med videreutdanning, og det ble viktig for oss å formulere spørsmålene slik at de ble forståelig for alle uansett hvem som besvarte dem (Haraldsen 1999). Ringdal (2007) anbefaler videre at man tar de spørsmål som kan virke ”truende” på respondenten til slutt og vi valgte å ta spørsmål som gikk på forhold omkring egen helse/trening til slutt. Man bør også passe på mulige *rekkefølgeeffekter*; det vil si at man kan få feilkilder ved at svar på spørsmål som er stilt tidligere kan innvirke på senere svar.

### 3.2.3 Observasjon

Vi valgte å foreta en *åpen observasjon* i våre utvalgte enheter. Til forskjell fra en *skjult observasjon* så er en åpen observasjon kjent av de som skal observeres, det betyr at de vet at de blir observert, de vet formålet med observasjonen og de gir tillatelse til å bli observert (Holme og Krohn Solvang 1996). Vi ville foreta en observasjon i feltet fordi at vi ønsket at ekspertene – fysioterapeutene – skulle studerer hvordan ansatte opptrådte i sitt naturlige miljø, og hvordan relasjonene var mellom dem i arbeidet, men samtidig også observere bruk av forflyttingshjelpemidler. I og med at vi hadde foretatt spørreundersøkelsen før observasjonen lå det en fare i at respondentene ville opptre på en annen måte i pleie/stell- sammenheng enn de gjør til daglig. De visste at de hadde svart på at de hadde god kompetanse når det gjelder forflytning og forflyttingshjelpemidler og de ville for eksempel kunne benytte seg av hjelpemidler og kollegahjelp *mer* under observasjon enn de normalt ville gjort. For å unngå dette ba vi enhetslederne om å informere sine ansatte om at de måtte opptre og jobbe slik det var naturlig for dem å gjøre i det daglige arbeidet. Våre observatører skulle ha en passiv

deltakelse, det vil si at de ikke skulle gripe inn dersom de så at personalet for eksempel ikke benyttet seg av forflytningshjelpemidler der de helt klart burde gjort det for å unngå/forebygge belastningsskader, men de skulle stille spørsmål slik at de kunne få informasjon for å belyse vår spørreundersøkelse bedre (Holme og Krohn Solvang 1996). Observatørene våre skrev ned det de så og den muntlige informasjonen de fikk og utarbeidet på bakgrunn av dette en rapport til oss som vi har benyttet oss av i analysen av våre data.

### **3.2.4 Kvalitativt intervju**

For å få mer utdypende informasjon ønsket vi å foreta et gruppeintervju av enhetenes Arbeidsmiljøgrupper. Vi ville ha mere informasjon i forhold til hvordan informantene ser på seg selv og forstår seg selv og sin rolle i sine gitte omgivelser og da anses i følge Thagaard (2003) en intervjuundersøkelse å være en velegnet metode. Når man skal foreta et kvalitativt intervju benytter man ikke standardiserte spørreskjema. Det er ønskelig å få frem intervjuobjektens synspunkter og vi valgte å lage en intervjuguide med noen få formulerte spørsmål som vi tok utgangspunkt i for samtalen. Når man foretar slike kvalitative intervjuer må man som forsker ha evne til å sette seg inn i intervjuobjektets situasjon og man må ha evne til å se reaksjonsmåter og følge opp det intervjuobjektet sier (Holme og Krohn Solvang 1996).

I Trondheim kommune skal alle enheter ha *Arbeidsmiljøgrupper* (AMG). AMG fungerer som enhetens arbeidsutvalg i arbeidsmiljø saker. Disse gruppene skal som tidligere nevnt bestå av leder, evt. fagkoordinatorer, tillitsvalgte og verneombud, og vi valgte derfor å foreta et kvalitativt intervju med disse gruppene ved enhetene. Dette fordi vi mente at representantene i AMG dekket et utvalg av ansatte ved enhetene samt at de skal ha et visst innblikk i forhold som har med psykisk og fysisk arbeidsmiljø ved enhetene å gjøre. I tillegg så vi at det var viktig for oss å få et innblikk hva ledere ved enhetene mente om temaet, - så de for eksempel noen utfordringer – økonomiske eller personalmessige – som kunne være med på å påvirke sykefraværet. Vi kontaktet lederne ved det enkelte sykehjem og fikk formell tillatelse til å foreta intervjuene.

### **3.2.5 Induktivt vs. deduktivt**

Jacobsen (2005) skildrer to ulike måter for hvordan forskeren skal gå frem for å finne frem til ”riktig virkelighet”. Den ene måten er å gå fra teori til empiri – som er en *deduktiv tilnærming*, og den andre måten er å gå fra empiri til teori – som er den *induktive*

*tilnærmingen.* Vi hadde noen forventninger om at det høye sykefraværet ved noen av sykehjemmene kunne skyldes at man ikke hadde like stort fokus på bruk av hjelpemidler der som ved sykehjem med lavere fravær. Vi hadde en teori – en førforståelse - og gikk ut for å undersøke om virkeligheten stemte med teorien vår – om vi kunne bekrefte eller avkrefte våre antagelser på et område der det allerede fantes en god del kunnskap – altså hadde vi i hovedsak en deduktiv tilnærming. En fare med en slik tilnærming er at man blir farget i sin innsamling av data og leter etter de svar som kan understøtte ens antagelser og kan dermed overse annen viktig informasjon (Jacobsen 2005). Vi hadde faste spørsmål og faste svaralternativer, noe som er typisk for den deduktive tilnærmingen, men vi hadde også et åpent spørsmål til slutt i spørreskjemaet slik at respondentene kunne si noe i forhold til momenter som vi ikke hadde kommet inn på i vårt spørreskjema – noe som betegner en mer åpen og induktiv tilnærming. I vår kvalitative del av undersøkelsen – ved observasjon – har vi en mer induktiv tilnærming. Her har observatørene våre en åpen tilnærming til det de skal observere, og de er også fagpersoner – fysioterapeuter – og skal gi oss nye data ut fra det de observerer. For å unngå noen form for forutinntatthet har vi prøvd å få avklart våre forventninger og antagelser på forhånd via spørreskjemaet slik at vi kan ha en mer analytisk tilnærming til observasjonene og benytte disse til å utfylle vårt datamateriale.

### **3.2.6 Holisme vs. individualisme**

I en individualistisk tilnærming er enkeltmennesket den viktigste datakilden og hensynet til individet veier tyngre enn hensynet til fellesskapet. Individet handler på et selvstendig grunnlag og tar et selvstendig ansvar for sine handlinger. Når vi snakker om en holistisk tilnærming så betyr det at vi må se på hvordan fenomener kan forstås ut fra at enkeltmennesker opptrer i et komplekst samspill med andre og at det da blir slik at det er systemet som helhet som avgjør hvordan de enkelte delene opptrer. En slik tankegang tilsier at mennesket vil opptre forskjellig ut fra hvilken setting det er i. I denne oppgaven vil vi se på hvordan enkeltmennesket opptrer, hvordan det tar egne avgjørelser, men vi ser også at hva det enkelte menneske gjør *kan* ha betydning for hvordan resten av kollegene opptrer. I vår oppgave vil vi finne både holisme og individualisme fordi menneskene i undersøkelsen inngår i situasjoner på arbeidsplassen – de blir en del av en helhet (Jacobsen 2005). Når våre observatører studerer hvordan pleiepersonellet jobber i det daglige i forhold til forflytningsteknikker så studerer de ikke bare enkeltmennesket, men også hvordan disse

opptrer i grupper, hvordan de forholder seg til hverandre og de vil dermed ha en holistisk tilnærming til det de observerer.

### 3.2.7 Nærhet vs. distanse

Ingen av oss jobber i sykehjem. For oss var det viktig å ha et mest mulig objektivt syn på det vi skulle forske på. Jacobsen (2005) sier da også at for å få til dette er det viktig at det er en viss avstand mellom oss som forskere og det vi studerer. På den annen side sier Jacobsen (2005) at man bør ha en viss nærhet for å kunne forstå og tolke det man studerer. Selv om vi ikke jobber i sykehjem så kjenner vi til systemet og vi kjenner ledere ved at vi selv er ansatte som enhetsledere i kommunen. Vi har allikevel ikke inngående kjennskap til hvordan ledelse utøves der, eller hvordan "det indre livet" er der. Vi kjenner f. eks ikke til kulturer og holdninger ved de enkelte enheter. Våre observatører hadde heller ikke sitt daglige arbeid i våre utvalgte enheter, men de hadde fagkunnskap om det de skulle observere og ville dermed ha en viss nærhet til det de observerte. Vi måtte instruere dem om at de ikke skulle rettlede eller gi råd til dem de skulle observere, men skrive ned det de så og rapportere sine observasjoner til oss.

### 3.3 Dataenes validitet, reliabilitet og generaliserbarhet

Empirien skal tilfredsstille to krav (Jacobsen 2005:19)

- 1) Den skal være gyldig og relevant (valid)
- 2) Den skal være pålitelig og troverdig (reliabel)

Jacobsen deler begrepene gyldighet og relevans inn i ytterligere tre deler; *begrepsgyldighet*, *intern gyldighet* og *ekstern gyldighet*. Om en undersøkelse er god eller ikke kommer an på om den har målt det vi har ment at den skal måle, - altså om den har begrepsmessig gyldighet, om den har intern gyldighet, - altså om den henger kausalt sammen/sannsynliggjøre at forhold samvarierer, om resultatene kan generaliseres, altså om de kan overføres til andre områder/ha ekstern gyldighet, om de er reliable, altså om vi kan stole på de resultatene vi har fått. Med *pålitelighet* og *troverdighet* menes at undersøkelsen må være gjennomført på en troverdig måte, vi må ha fått resultater som er til å stole på og at vi for eksempel ville fått tilnærmet samme svar dersom vi hadde gjennomført undersøkelsen en gang til. Jacobsen (2005) viser til at reliabiliteten og validiteten styrkes dersom man kan kontrollere og teste ut spørsmålene. Vi

mener derfor at det at vi var to om å samarbeide om dette forskningsprosjektet gjør at vi har kunnet ha et kritisk syn på dette.

### **3.3.1 Validiteten i spørreskjemaet**

Validitet kobles opp mot hvor gyldig en studie er; har vi som forskere klart å svare på problemstillingen? Har vi klart å belyse problemstillingen gjennom aktuell teori og med de spørsmålene som er blitt stilt med påfølgende resultater. Et sentralt spørsmål her vil være om vi har klart å sikre oss god nok informasjon fra informantene våre? Jacobsen (2005) viser til at en måte å kontrollere den begrepsmessige gyldigheten på er å sjekke ut om spørsmålene er fornuftige. Vi benyttet oss at noen som jobbet på et sykehjem for å sjekke om vi hadde fornuftige spørsmål – hvilket vi i stor grad fikk bekreftet. Vi kunne dog ikke være sikre på at de som virkelig skulle være våre respondenter ville ha samme oppfatning. Vi var heller ikke til stede da respondentene besvarte spørreskjemaet og dette kan trekke ned på validiteten fordi at vi da ikke hadde mulighet for å avdekke eventuelle uklarheter med spørreskjemaet.

### **3.3.2 Validiteten i observasjonsdelen**

I og med at vi fikk profesjonelle fysioterapeuter til å observere pleiepersonellet i sin yrkesutøvelse når det gjaldt forflytningsteknikker så mener vi at våre data er valide. Fysioterapeutene har spesiell opplæring og øye for å se hva som er riktig og hva som er mindre bra bruk av kroppen ved forflytninger av en pasient. De fleste av våre respondenter jobber i turnus, det vil si at de jobber til ulike tider på døgnet og våre observatører var kun til stede på dagvaktene, og det *kan* bety en begrensning i forhold til ekstern validitet fordi at vi ikke fikk observert alle respondentene. Det at respondentene visste at de ble observert kan selvsagt også ha vært med på å true validiteten i analysen fordi at de da muligens oppførte seg annerledes enn om de ikke ble observert, men samtidig ga de verbalt uttrykk for at de gjerne ville ha veiledning av observatørene og observatørene kunne ikke melde om at noen så ut for at de bevisst oppførte seg ”unaturlig”.

### **3.3.3. Validiteten i intervjuet**

Vi ønsket å foreta et åpent gruppeintervju med enhetenes Arbeidsmiljøgrupper (Jacobsen 2005). Vi hadde behov for å utdype noen funn fra vår spørreundersøkelse og vi hadde derfor en uformell tilnærming i intervjusituasjonen. I spørreskjemaet (spørsmål 22) hadde nesten



83 % svart at de var enige eller delvis enige i at de hadde god kompetanse/kunnskaper om forflytningsteknikk og vi hadde fått eksperter på forflytning og bruk av hjelpemidler – fysioterapeuter – til å observere om det virkelig var slik ute på våre utvalgte enheter. Vi hadde tre spørsmål vi hadde utformet på forhånd, men vi lot samtalen gå sin gang og lot intervjuobjektene komme frem med det de mente var viktig for å kunne gi oss utfyllende svar på de spørsmål vi hadde. Dersom vi skal oversette begrepet validitet til *bekreftbarhet* slik Thagaard (2003) gjør, så har vi ikke noen garanti for at de opplysninger som Arbeidsmiljøgruppen ga oss er representative for alle ansatte som har besvart spørreskjemaet, men ut fra samtalen med Arbeidsmiljøgruppene får vi bekreftet at de observasjonene som fysioterapeutene har gjort nok stemmer mer med virkeligheten enn svarene vi fikk i spørreskjemaene.

### **3.3.4 Reliabiliteten i spørreskjemaet**

Reliabilitet er det samme som pålitelighet. Vår forskning måtte være troverdig, vi måtte stille oss spørsmål ved om det var noe ved vår undersøkelse som kunne påvirke resultatene vi fikk. Jacobsen sier noe om at man i alle typer åpne undersøkelsesopplegg vil bli utsatt for visse stimuli og signaler som man vil reagerer på, på en eller annen måte. Vi laget et spørreskjema som alle respondentene fikk utdelt, det vil si at alle – uansett hvilket sykehjem de jobbet ved - måtte svare på de samme spørsmålene. Det er selvsagt en mulighet for at dersom vi hadde gjennomført undersøkelsen en gang til, så ville respondentene svart annerledes, men det kunne også vært slik at de ville svart annerledes fordi at de hadde fått mer fokus på temaet nettopp på grunn av vår første undersøkelse og dermed svarte forskjellig.

### **3.3.5 Reliabiliteten i observasjonsdelen**

Når det gjelder påliteligheten i observasjonsdelen så er det vanskelig å si om dette ville gitt annet resultat dersom man hadde gjentatt observasjonen noen dager/uker etter. Det vil som sagt vært mulig å gjenta observasjonene på ett annet tidspunkt av døgnet da noen andre ville vært på vakt, men stort sett er det samme yrkesgrupper som jobber til ulike tider av døgnet så det er usikkert om dette ville gitt noen effekt.

### **3.3.6 Reliabiliteten i intervjuet**

Arbeidsmiljøgruppene består i hovedsak av enhetsleder, fagkoordinator, verneombud og tillitsvalgte og vi antar at disse uttaler seg samlet slik at det representerer en helhet for

enheten. Det var ikke slik at vi fikk til å intervju alle disse samlet på hver enhet, men samlet sett har vi intervjuet alle representanter i gruppa og vi mener derfor at vårt materiale er troverdig. Vi fant ingen avvikende opplysninger i gruppenes uttalelser. Vi kunne heller ikke tolke i intervjusituasjonene at noen hadde behov for å holde tilbake opplysninger, eller at noen ga direkte feile opplysninger.

### **3.3.7 Generaliserbarhet**

Generalisering, som også kalles for ekstern validitet, sier noe om i hvor stor grad utvalget er representativt for populasjonen, noe som betyr i hvilken grad resultatene fra en studie kan overføres fra utvalget og til faktisk og teoretisk populasjon. Man kan i prinsippet aldri generalisere sikkert til noen andre enn til den populasjonen utvalget er trukket fra, eller til det tidspunktet undersøkelsen er foretatt på (Jacobsen 2005). Vi valgte ut fire sykehjem i Trondheim kommune ut fra tidligere nevnte kriterier. Helse- og velferdssentra/sykehjemmene i Trondheim kommune varierer noe når det gjelder størrelse, ansatte, ledelse og pasienter, men vi vil påstå at de likevel er sammenlignbare. Øverste leder – kommunaldirektøren for helse og velferd – er den samme for alle kommunale sykehjem. I og med at vi ikke forholder oss til flere enn 14 sykehjem mener vi at vi har god nok oversikt og kjennskap til å velge ut et representativt utvalg. Vi kan allikevel ikke være *helt* sikre på at det ikke vil være slik at ett av de andre *ikke utvalgte* sykehjemmene ville bidratt til et annet resultat. Dersom vi ser begrepet generaliserbarhet slik Thagaard (2003) benytter det i forhold til kvalitative studier – som *overførbarhet* – så mener vi at med grunnlag i at alle sykehjemmene i kommunen stort sett er organisert på samme måte så kan våre tolkninger fra intervjuene og observasjonene samlet sett også være representative for andre sykehjem.

### **3.3.8 Begreper i analysen**

Vi har gjennomført en *korrelasjonsanalyse* ved hjelp av korrelasjonsmålet *Pearsons r* og vil her prøve å forklare noen begreper vi benytter i denne sammenheng.

#### ***Korrelasjonsmål og samvariasjon***

Pearsons *r* sier noe om styrken av lineær sammenheng mellom variablene (Ringdal 2007) og dette korrelasjonsmålet betyr at man har et *tallmessig* uttrykk for styrken, og også bestandig for retningen i sammenhengen mellom variablene. Korrelasjonsmål vil kunne si oss noe om det er slik at de som har krysset av for ett bestemt svaralternativ har en tendens til å også

kryse av for et bestemt svaralternativ i forhold til et annet spørsmål. Vi måler med andre ord *statistisk samvariasjon* mellom variabler ved hjelp av korrelasjonsmålet Pearsons  $r$ . Det finnes andre korrelasjonsmål også som Tau, Gamma og Rho, men vi velger Pearsons  $r$  fordi den er mye brukt og omtalt i forskjellig litteratur. Jacobsen (2005) sier at det er noen kjennetegn ved korrelasjonsmålene vi må være oppmerksomme på før vi starter tolkingen av dem; de vil variere mellom faste yttergrenser og være mellom -1 og +1, verdien 0 (null) betyr at det ikke er noen sammenheng mellom spørsmålene man har, dersom korrelasjonen er negativ betyr det at høy verdi på ett spørsmål systematisk går sammen med lav verdi på et annet spørsmål, dersom korrelasjonen er positiv betyr det at høye verdier på ett spørsmål systematisk går sammen med høye verdier på et annet spørsmål. Vi skal også merke oss at når korrelasjonsmålet er nært tallverdien 1, så er det sterkere samvariasjon mellom to spørsmål jo nærmere verdien 1 man kommer (enten -1 eller +1). I følge Jacobsen (2005) er det vanligst å legge inn et sikkerhetsnivå på 95 % eller på 99 %. Når sikkerheten er på 95 % betyr det at usikkerheten er på 5 %, når sikkerheten er på 99 % betyr det at usikkerheten er på 1 %.

”Signifikansnivået er sannsynligheten for å forkaste en sann nullhypotese og dermed trekke en feilaktig konklusjon” (Ringdal 2007:239).

## **4. ANALYSE OG RESULTATER**

### **4.1 Innledning til analysedelen**

I denne delen av oppgaven velger vi først å si noe om metodikken vi har brukt for å analysere vårt spørreskjema. Deretter går vi inn på hvert enkelt spørsmål i spørreundersøkelsen og ser på hvilke svar vi får her. Vi vil så plukke ut relevant informasjon og relatere denne til våre forskningsspørsmål. Vi vil også bruke informasjon vi har fått fra våre informanter i intervjuene, samt informasjon vi har fått fra våre observatører i analysen. Vi vil så analysere vårt materiale samlet for å finne svar på våre forskningsspørsmål.

Vi har benyttet oss av dataprogrammet **SPSS** - Statistical Package for the Social Sciences – som er et mye brukt dataprogram for analyser av kvantitative data. Alt av databehandling, dvs. punching av data, diverse bearbeiding og analyse er det vi som oppgaveforfattere som har gjort på passord beskyttet pc med ordinære sikkerhetsinnstillinger.

Det første vi måtte ta stilling til når vi skulle analysere vårt innsamlede materiale var å se på hva som var relevante data for oss (Thagaard 2003). Vi måtte se på hva vi skulle ha med videre og om det var noe i materialet vi kunne utelate. Vi valgte å ta ut den informasjonen fra spørreundersøkelsen som vi anså som relevant i forhold til våre forskningsspørsmål, og vi gjennomgikk våre notater fra intervjuene og silte ut det vi mente var relevante opplysninger i forhold til vår intervjuguide. Den kvalitative delen av vår analyse – det kvalitative intervjuet – skal være meningsbærende og skal hjelpe oss til å få en bedre forståelse av det materialet vi har og også få oss til å reflektere over de opplysningene vi har fått gjennom spørreskjemaet og observasjonen (ibid).

#### **4.1.1. Missing**

Noen av respondentene har utelatt å svare på enkelte av spørsmålene og vi får såkalte *missing values* (Ringdal 2007). Dette kan svekke utvalgets representativitet. I vår undersøkelse har vi få missing, og derfor får ikke dette konsekvenser for vår analyse.

#### **4.1.2. Hvilken informasjon gir dataene fra undersøkelsen?**

Undersøkelsen er som tidligere sagt foretatt i sykehjemsdelen ved fire helse- og velferdssentra i Trondheim kommune. De to viktigste utvalgsriteriene er sykefraværstatistikk fra 2009 og forekomsten av diagnosen muskel- og skjelettlidelser for langtidssykemeldte medarbeidere.

Vårt utgangspunkt var at:

Sykehjem A har et relativt høyt sykefravær og en relativ høy andel muskel- og skjelettlidelser.

Sykehjem B har et relativt høyt sykefravær og en relativ lav andel muskel- og skjelettlidelser.

Sykehjem C har et relativt lavt sykefravær og en relativ lav andel muskel- og skjelettlidelser.

Sykehjem D har et relativt lavt sykefravær og en relativ høy andel muskel- og skjelettlidelser.

Totalt antall respondenter er 222, og de fordelte seg slik:

Sykehjem A (81), B (20), C (60) og D (61).

#### **4.2 Forskningsspørsmålene og tilknytning til spørreskjemaet**

1. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og arbeidsmiljøfaktorer som løfte- og forflytningshjelpemidler/verneutstyr?

2. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og stress/press på jobb og sikkerhetskultur?
3. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og ansattes forflytningskunnskap og forflytningsteknikk?
4. Finnes sammenhenger mellom ledelse og utvikling av muskel- og skjelettlidelser?

Spørreskjemaet vårt (se vedlegg) har 30 spørsmål. 29 av disse har svaralternativer, mens spørsmål 30 er åpent. 12 av disse er relevante for å undersøke korrelasjoner i de forskningsspørsmål som vi har valgt, mens spørsmål tretti gir en mer kvalitativ tilleggsinformasjon. Tabellen nedenfor viser hvilke korrelasjoner vi har med det er nødvendig å gjøre innenfor hvert forskningsspørsmål. I analysene som vi gjør i kapittel 4.3, tar vi i hovedsak med tabeller fra SPSS som holder en korrelasjon/samvariasjon og signifikans på 5 % og 1 % nivå.

| <b>1. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelse og arbeidsmiljøfaktorer som løfte- og forflytningshjelpemidler/verneutstyr?</b> |    |    |    |    |
|---|----|----|----|----|
| <b>Sp.mål</b>   | 11 | 12 | 13 | 14 |
| <b>8</b>  | x  | x  | x  | x  |
| <b>10</b>   | x  | x  | x  | x  |

Tabell 2 Forskningsspørsmål 1

| <b>2. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelse og stress/press på jobb og sikkerhetskultur?</b> |    |    |
|--|----|----|
| <b>Sp.mål</b>  | 15 | 19 |
| <b>8</b>   | x  | X  |
| <b>10</b>  | x  | X  |

Tabell 3 Forskningsspørsmål 2

| <b>3. Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelse og ansattes forflytningskunnskap og forflytningsteknikk?</b> |    |    |    |
|--|----|----|----|
| <b>Sp.mål</b>  | 17 | 18 | 22 |
| <b>8</b>   | x  | x  | x  |
| <b>10</b>  | x  | x  | x  |

Tabell 4 Forskningsspørsmål 3

#### 4. Finnes det sammenhenger mellom ledelse og utvikling av muskel- og skjelettlidelser?

|        |   |    |
|--------|---|----|
| Sp.mål | 8 | 10 |
| 15     | x | x  |
| 16     | x | x  |

Tabell 5 Forskningsspørsmål 4

#### 4.2.1 Spørreskjemaet, svarene vi fikk og tolkning av disse

I denne delen har vi valgt å vise en oversikt over hele spørreskjemaet og de svar vi fikk inn.

Frekvensfordelingen er vist under teksten til hvert spørsmål.

#### 1. Kjønn

Det å arbeide innenfor helse- og omsorgssektoren er tradisjonelt et kvinneyrke. Tall fra Lien og Gjernes (2009) viser at 90 % av ansatte i helse- og omsorgssektoren i 2008 var kvinner, - noe som stemmer godt overens med vår undersøkelse. Vårt datamateriale viser at det er det er en meget høy andel kvinner – hele 94,1 % - i vårt materiale.

|         | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|---------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Kvinner | 209       | 94,1    | 94,1          | 94,1               |
| Menn    | 13        | 5,9     | 5,9           | 100,0              |
| Total   | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 6 Kjønn

#### 2. Alder

Vi har en jevn aldersfordeling i de tre gruppene fra 20 – 60 år (23 – 26 %) – men en relativt lav andel medarbeidere (5,4 %) er over 60 år.

|       |                | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Under 30 år    | 59        | 26,6    | 26,6          | 27,5               |
|       | 30-49 år       | 96        | 43,2    | 43,2          | 70,7               |
|       | 50-59 år       | 53        | 23,9    | 23,9          | 94,6               |
|       | 60 år og eldre | 12        | 5,4     | 5,4           | 100,0              |
|       | Total          | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 7 Alder

### 3. Tilsetningslengde

Ca 26 % har vært tilsatt under 3 år, 24,5 % mellom 3 – 10 år, og 49,5 % 10 år og lengre.

|                |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b>   | Under 3 år   | 57        | 25,7    | 25,9          | 25,9               |
|                | 3 til 10 år  | 54        | 24,3    | 24,5          | 50,5               |
|                | Over 10 år   | 109       | 49,1    | 49,5          | 100,0              |
|                | Total        | 220       | 99,1    | 100,0         |                    |
| <b>Missing</b> | Ikke besvart | 2         | ,9      |               |                    |
| <b>Total</b>   |              | 222       | 100,0   |               |                    |

Tabell 8 Tilsetningslengde

### 4. Utdanning

Av våre respondenter har 36,5 % videregående skole, 34,2 % har fagskole og 26 % har høgskole/universitet. 3,2 % av våre respondenter oppgir at de kun har grunnskole. Det har vært en del endringer i begrepene når det gjelder utdanning i Norge i de siste 10 – 15 årene og når såpass mange oppgir at de har *videregående skole* som utdanningsnivå så antar vi at det her betyr at de er utdannet hjelpepleiere eller omsorgsarbeidere.

|  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Grunnskole</b>                                | 7         | 3,2     | 3,2           | 3,2                |
| <b>Videregående skole</b>                        | 80        | 36,0    | 36,5          | 39,7               |
| <b>Fagskole</b>                                  | 75        | 33,8    | 34,2          | 74,0               |
| <b>Høgskole/universitet/bachelor og lignende</b> | 56        | 25,2    | 25,6          | 99,5               |
| <b>Høgskole/universitet/master og lignende</b>   | 1         | ,5      | ,5            | 100,0              |
| <b>Total</b>                                     | 219       | 98,6    | 100,0         |                    |
| <b>Ikke besvart</b>                              | 3         | 1,4     |               |                    |
|  | 222       | 100,0   |               |                    |

Tabell 9 Utdanning

### 5. Stillingsandel

19,4 % av våre respondenter har 100 % stilling, 55 % har mellom 50 og 100 % stilling og 24,8 % har under 50 % stilling. Det har vært et prosjekt i Trondheim kommune, "Heltid en rettighet, deltid en mulighet", for å få flere til å jobbe i 100 % -stillinger. Dette prosjektet førte til at noen flere gikk opp i stillingsandel, men mange i deltidsstillinger *ønsket* ikke å jobbe

mer. Dette stemmer for så vidt godt sammen med Lien og Gjernes` funn om at mange kvinner ved sykehjemmene våre ikke ønsker å jobbe 100 % pga andre omsorgsoppgaver (Lien og Gjernes 2009).

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 2         | ,9      | ,9            | ,9                 |
|              | 100 %        | 43        | 19,4    | 19,4          | 20,3               |
|              | 50 -100 %    | 122       | 55,0    | 55,0          | 75,2               |
|              | Under 50 %   | 55        | 24,8    | 24,8          | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 10 Stillingsandel

## 6. Ansettelse

85,6 % av respondentene er fast ansatt, mens 14,4 % har vikariater (ikke fast ansatt).

Trondheim er en stor studentby og vi har flere helseutdanninger i byen. Dette kan igjen gjenspeiles i at de er en del studenter som får jobb ved våre helseinstitusjoner mens de studerer. De har for eksempel små stillingsandeler og får helgevakter. De blir ikke fast ansatte, men fyller opp en turnus. I og med at det er relativt høyt sykefravær ved sykehjemmene vil vi også anta at mange vikariater skyldes at man må sette inn personell i stillinger der medarbeidere er ute i sykemelding. Lien og Gjernes (2009) viser til funn i sin undersøkelse som peker i retning av at fast ansatte opplever det at man har til dels uerfarne vikarer i enhetene som en belastning. Respondentene i deres undersøkelse viser også til at stabilitet i enhetene er viktig for dem og at dette vanskelig kan oppnås ved høy bruk av vikarer. Fast ansatte må bruke tid og krefter på opplæring og dette blir en merbelastning for dem.

|              |                  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Fast ansatt      | 178       | 80,2    | 80,2          | 80,2               |
|              | Ikke fast ansatt | 32        | 14,4    | 14,4          | 94,6               |
|              | Fast delstilling | 12        | 5,4     | 5,4           | 100,0              |
|              | Total            | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 11 Ansettelse



## 7. Sykemeldt av lege i mer enn to uker i 2009

48,6 % oppgir i spørreundersøkelsen vår at de har vært sykemeldt av lege en eller flere ganger i løpet av 2009. Nesten 50 % oppgir at de *ikke* har vært sykemeldt av lege i 2009. De som oppgir at de ikke har vært sykemeldt kan selvsagt ha kommet rett fra utdanning og inn i jobben, eller de kan ha jobbet med noe annet i 2009 som ikke var et såkalt ”belastende” yrke. Vårt spørsmål fanger ikke opp de som ikke jobbet ved sykehjemmet i 2009. Vi merker oss at de som har oppgitt å ha vært sykemeldte har vært sykemeldt *mer* enn to uker i ett, og over 10 % oppgir at de har vært sykemeldt *mer* enn to uker i ett *flere* ganger.

|                |                            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b>   | Sykemeldt en gang          | 78        | 35,1    | 72,2          | 72,2               |
|                | Sykemeldt 2-3 ganger       | 24        | 10,8    | 22,2          | 94,4               |
|                | Sykemeldt mer enn 3 ganger | 6         | 2,7     | 5,6           | 100,0              |
|                | Total                      | 108       | 48,6    | 100,0         |                    |
| <b>Missing</b> | Ikke besvart               | 4         | 1,8     |               |                    |
|                | Ikke sykemeldt             | 110       | 49,5    |               |                    |
|                | Total                      | 114       | 51,4    |               |                    |
| <b>Total</b>   |                            | 222       | 100,0   |               |                    |

Tabell 12 Sykemeldt av lege

## 8. Sykemeldt pga muskel og skjelettlidelser

Av de som har vært sykemeldt i 2009 svarer 27,9 % av alle respondenter at de har vært sykemeldt av lege en eller flere ganger med diagnosen muskel- og skjelettlidelser. 19,8 % oppgir som sikkert at dette var årsaken til sykefraværet *alle* gangene de var sykemeldt.

|              |                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart             | 112       | 50,5    | 50,5          | 50,5               |
|              | Ja alle gangene          | 44        | 19,8    | 19,8          | 70,3               |
|              | Ja men ikke alle gangene | 18        | 8,1     | 8,1           | 78,4               |
|              | Ikke muskel og skjelett  | 42        | 18,9    | 18,9          | 97,3               |
|              | Usikkert                 | 6         | 2,7     | 2,7           | 100,0              |
|              | Total                    | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 13 Sykemeldt pga muskel- og skjelettlidelser

### 9. Sammenhengen mellom arbeid og sykdom

18.9 % av respondentene som har vært sykemeldte mener det er en sammenheng mellom arbeidets art og sykemelding. Undersøkelser som Sørensen et. al (1998) har gjort viser til at stor arbeidsmengde, høyt arbeidstempo og relativt liten frihetsgrad er en hovedårsak til høyt fravær blant personell innenfor helse- og omsorgsyrkene. I deres undersøkelse la respondentene også vekt på fysisk og psykisk slitasje, for eksempel tunge løft og knappe ressurser som begrunnelse for sykefravær.

|                |                             | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|-----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b>   | Ikke besvart                | 109       | 49,1    | 49,3          | 49,3               |
|                | Arbeidsrelatert sykemelding | 42        | 18,9    | 19,0          | 68,3               |
|                | Ikke arbeidsrelatert syk    | 37        | 16,7    | 16,7          | 85,1               |
|                | Usikkert                    | 33        | 14,9    | 14,9          | 100,0              |
|                | Total                       | 221       | 99,5    | 100,0         |                    |
| <b>Missing</b> | System                      | 1         | ,5      |               |                    |
| <b>Total</b>   |                             | 222       | 100,0   |               |                    |

Tabell 14 Sammenheng mellom arbeid og sykdom

### 10. Egenmeldt og legemeldt sykefravær pga muskel- og skjelettlidelser som varte under to uker i 2009

Av alle våre respondenter så melder 27,9 % at de har hatt egenmeldt/sykemeldt fravær som har vart under to uker en eller flere ganger i 2009, og de relaterer dette fraværet til at det var pga at de hadde muskel- og skjelettlidelser. Vi har ikke skilt ut hva som er *legemeldt* fravær og hva som er *egenmeldt* fravær her, og det *kan* være en svakhet. Det blir i de tilfeller det er egenmeldt fravær en subjektiv oppfattelse av at fraværet skyldes og man har her ”diagnostisert” seg selv med at man har en eller annen form for smerte/lidelse i muskler og/eller skjelett.

|              |                            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart               | 14        | 6,3     | 6,3           | 6,3                |
|              | En gang under to uker      | 45        | 20,3    | 20,3          | 26,6               |
|              | Flere ganger under to uker | 17        | 7,7     | 7,7           | 34,2               |
|              | Ikke muskel og skjelett    | 146       | 65,8    | 65,8          | 100,0              |
|              | Total                      | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 15 Egenmeldt fravær pga muskel- og skjelettlidelser

### 11. Forflytning er en daglig del av jobben?

81,5 % oppgir at de har forflytning som en del av de daglige arbeidsoppgavene sine. Vi hører stadig om historier i media der det hevdes at det er for liten bemanning ved sykehjemmene i Norge. Alle respondentene har besvart spørreskjemaet i forhold til dette spørsmålet og vi ser at alle bidrar i forhold til forflytning dersom det er behov for det. Når såpass mange oppgir at de har forflytning som en del av sine daglige oppgaver så kan vi tolke svarene her til at også i våre sykehjem så må alle trå til dersom en kollega behøver hjelp til forflytning – også de som har andre primæroppgaver enn stell av pasienter i enheten, for eksempel sykepleiere som kanskje mer har oppgaver i forhold til medisindeling og sykepleie generelt. Bare 8,6 % jobber aldri med forflytning.

|              |   | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|---|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ja  | 181       | 81,5    | 81,5          | 81,5               |
|              | Nei   | 19        | 8,6     | 8,6           | 90,1               |
|              | Bare av og til  | 19        | 8,6     | 8,6           | 98,6               |
|              | Nei, men jeg hjelper kolleger dersom de trenger hjelp | 3         | 1,4     | 1,4           | 100,0              |
|              | Total   | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 16 Forflytning som en del av jobben

### 12. Andel som benytter seg av forflytningshjelpemidler/verneutstyr, eller får hjelp av kolleger til forflytning

79.3 % oppgir bruker hjelpemidler/verneutstyr til forflytning daglig, eller at de får hjelp av kolleger i forflytningen. Vårt spørsmål tar ikke høyde for at respondentene skal vurdere om de

bruker hjelpemidlene *riktig*, men våre observatører sier noe om at de observerer mye feilbruk av hjelpemidlene. Hjelpemidlene finnes, men av og til vet ikke personalet *hvor* utstyret befinner seg, og de viser usikkerhet i bruk av noen hjelpemidler. Et eksempel her er bruk av *sikkelaken*. Sikkelaken er et hjelpemiddel som brukes ved for eksempel å snu en pasient i seng. For å få til best mulig bruk av dette hjelpemiddelet er det viktig at man bruker *to* sikkelaken sammen, - dette for å få mest mulig friksjon. Våre observatører observerte at ved tre av sykehjemmene så benyttet *ingen* seg av *to* sikkelaken, og dermed fikk man ikke god nok utnyttelse av dette hjelpemiddelet. Dette blir også bekreftet i intervjuet der informantene ved det ene sykehjemmet sa at der benyttet de seg av *to* sikkelaken.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 2         | ,9      | ,9            | ,9                 |
|              | Ja           | 176       | 79,3    | 79,3          | 80,2               |
|              | Nei          | 44        | 19,8    | 19,8          | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 17 Bruker forflytningshjelpemidler/verneutstyr

**13. Har enheten tilstrekkelig med hjelpemidler/verneutstyr til forflytning?** Hele 90 % mener de har godt nok med utstyr, dvs. at de er enig/delvis enig i dette. Våre intervjuer med Arbeidsmiljøgruppene viser at både ledere og annet personell ved enhetene mener at de er godt utrustet når det gjelder forflytningsutstyr. Alle oppgir at de har såkalte *forflytningsveiledere* på enhetene. Forflytningsveilederen har et spesielt ansvar i forhold til å lære seg om nye hjelpemidler og skal også veilede kolleger i bruke av disse. Intervjuene vi foretok kan imidlertid ikke si oss noe om i hvilken grad man har retningslinjer eller rutiner for å ha kontakt med for eksempel leverandører av forflytningshjelpemidler for å holde seg oppdatert på nyheter innenfor feltet. Observatørene våre mener at dette ikke er optimalt, men heller ikke *dårlig*.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Enig         | 104       | 46,8    | 46,8          | 46,8               |
|              | Delvis enig  | 96        | 43,2    | 43,2          | 90,1               |
|              | Delvis uenig | 10        | 4,5     | 4,5           | 94,6               |
|              | Uenig        | 4         | 1,8     | 1,8           | 96,4               |
|              | Vet ikke     | 8         | 3,6     | 3,6           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 18 Tilstrekkelig med hjelpemidler/verneutstyr

#### 14. Tilgjengeligheten til hjelpemidler/verneutstyr

Her får vi samme prosent - 90 % - som er fornøyd med tilgjengeligheten, dvs. de er enig/delvis enig. Vi får inntrykk av at hjelpemidler stort sett oppbevares samlet på ett rom, eller på flere kjente steder i avdelingene. En av informantene ved ett av sykehjemmene sier at de har prøvd å henge utstyret tilgjengelig på rommene eller i gangen, men at demente pasienter ofte fjerner dette slik at det blir vanskelig å finne igjen, man velger da heller å oppbevare det samlet på et egnet rom. Noen av informantene våre sier noe om at det ofte blir ”tidheft” å skulle hente utstyr, - man tyr heller til andre løsninger som for eksempel å løfte pasienten manuelt heller enn å bruke heis.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Enig         | 104       | 46,8    | 46,8          | 46,8               |
|              | Delvis enig  | 96        | 43,2    | 43,2          | 90,1               |
|              | Delvis uenig | 10        | 4,5     | 4,5           | 94,6               |
|              | Uenig        | 4         | 1,8     | 1,8           | 96,4               |
|              | Vet ikke     | 8         | 3,6     | 3,6           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 19 Tilgjengelighet av hjelpemidler/verneutstyr

#### 15. Enhetens fokus på å benytte seg av hjelpemidler ved forflytning (kultur)

Her er det nesten like samstemt enighet om at det er en høy oppmerksomhet på bruk av hjelpemidler/verneutstyr - 88.3 % sier de er enig/delvis enig i at de har et slikt fokus. Våre observatører melder om at det for så vidt er mye bruk av hjelpemidler, og da spesielt løfteheiser, men at de også ser en god del feilbruk av hjelpemidler. At personalet har fokus på å benytte seg av hjelpemidler er ikke ensbetydende med at de gjør det *riktig*. De har muligens fokus på løfteteknikker, men ikke på forflytning?

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 4         | 1,8     | 1,8           | 1,8                |
|              | Enig         | 113       | 50,9    | 50,9          | 52,7               |
|              | Delvis enig  | 83        | 37,4    | 37,4          | 90,1               |
|              | Delvis uenig | 15        | 6,8     | 6,8           | 96,8               |
|              | Uenig        | 3         | 1,4     | 1,4           | 98,2               |
|              | Vet ikke     | 4         | 1,8     | 1,8           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 20 Fokus på å benytte hjelpemidler

### 16. Hvor opptatt er nærmeste leder av bruk av hjelpemidler/verneutstyr?

I sykehjemmene har man en mellomlederstilling som betegnes som *fagkoordinator*. Dette kan også betegnes som en avdelingsleder med et visst definert ansvar. Vi antar at de fleste har svart ut fra at de anser dette som sin nærmeste leder, men det kan også tenkes at noen svarer ut fra at de anser enhetsleder som sin nærmeste leder. Ca. 80 % av respondentene svarer bekreftende på at de mener at nærmeste leder er opptatt av at de bruker riktige hjelpemidler. Vårt inntrykk gjennom intervjuene er da også at enhetsledere og fagkoordinatorer gir uttrykk for at de mener det er viktig at personalet bruker hjelpemidler. En fagkoordinator sa også at hun hadde sagt til personalet at ”de ikke måtte klage på at de fikk vondt” dersom hun så at de ikke benyttet seg av det utstyret de hadde til rådighet.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 4         | 1,8     | 1,8           | 1,8                |
|              | Enig         | 121       | 54,5    | 54,5          | 56,3               |
|              | Delvis enig  | 57        | 25,7    | 25,7          | 82,0               |
|              | Delvis uenig | 12        | 5,4     | 5,4           | 87,4               |
|              | Uenig        | 8         | 3,6     | 3,6           | 91,0               |
|              | Vet ikke     | 20        | 9,0     | 9,0           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 21 Leder er opptatt av bruk av hjelpemidler/verneutstyr

### 17. Veiledning i forflytningsteknikk i 2009

39.6 % oppgir at de har fått veiledning i forflytningsteknikk i 2009, mens 56.3 % oppgir at de

ikke har fått det. Hva man her betegner som *veiledning* vil nok variere. Når vi intervjuet våre informanter så oppga de at de *ikke* hadde hatt kurs i forflytning på enheten i 2009. Vi antar at de fleste respondentene svarer ut fra at de har fått veiledning av en kollega. Dette tolker vi ut fra opplysningene vi fikk i spørsmål 15 der over 88 % oppga at deres sykehjem har fokus på å bruke hjelpemidler. Vi antar ut fra dette at man da mener at man her en kultur for også å hjelpe og veilede hverandre. Det er et større antall – over 56 % - som oppgir at de *ikke* har fått veiledning og det kan i lys av ovennevnte tolkning være bekymringsfullt. Alle enheter oppgir at de har ansatte som har rollen som forflytningsveiledere, og man skulle da anta at disse også uoppfordret gir veiledning til kolleger de ser i det daglige arbeidet ikke benytter hjelpemidler riktig, eller der de ser andre mangler i forhold til dette temaet.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 9         | 4,1     | 4,1           | 4,1                |
|              | Ja           | 88        | 39,6    | 39,6          | 43,7               |
|              | Nei          | 125       | 56,3    | 56,3          | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 22 Har fått veiledning i forflytningsteknikk

### 18. Kurs i forflytningsteknikk i 2009

11.7 % sier at de har hatt kurs, men 85.6 % sier at de ikke har hatt kurs i 2009. Her kan det selvfølgelig være at noen har skiftet jobb det siste året og fått kurs i ”gammel” jobb. Det kan også være at nytilsatte har fått internt kurs ved oppstart i jobben. Det har ikke vært arrangert kurs fra Arbeidsmiljøenhetens side i 2009 for sykehjemmene, men de kan selvsagt ha benyttet seg av andre kursarrangører.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 6         | 2,7     | 2,7           | 2,7                |
|              | Ja           | 26        | 11,7    | 11,7          | 14,4               |
|              | Nei          | 190       | 85,6    | 85,6          | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 23 Har fått kurs i forflytningsteknikk

## 19. Opplevelse av grad av press og stress på jobb.

38.8 % mener at opplever lite press/stress, mens 59.4 % mener at de opplever mer eller mye press og stress. Den største andelen av disse - 31.5 % - bekrefter mye stress/press. Vi viste i kapittel 2 til at stress både kan ses på som positivt og negativt. Vi brukte ordene ”press og stress” i vårt spørreskjema og ser at dette sammen fort kan oppfattes som en *negativ* vinkling når det gjelder tolkning av *stress*. Sørensen et al. (1998:95) definerer stress som; ”*En opplevd ubalanse mellom krav og responskapasitet under forhold der det å mislykkes med å møte kravene har viktige opplevde konsekvenser.*” Sørensen et al. sier videre at stress ofte settes inn i et *belastningsperspektiv* når man knytter det til begrepet *arbeid* og ut fra dette tolker vi svarene som at respondentene ser på stress som noe negativt.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 3         | 1,4     | 1,4           | 1,4                |
|              | Enig         | 27        | 12,2    | 12,2          | 13,5               |
|              | Delvis enig  | 59        | 26,6    | 26,6          | 40,1               |
|              | Delvis uenig | 62        | 27,9    | 27,9          | 68,0               |
|              | Uenig        | 70        | 31,5    | 31,5          | 99,5               |
|              | Vet ikke     | 1         | 0,5     | 0,5           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 24 Opplevelse av press og stress på jobb

## 20. Trivsel på jobb sammen med kollegaene

98.2 % av respondentene bekrefter at de trives godt sammen med sine kolleger. Dette bekreftes for så vidt også av våre informanter under intervjuene, vi fikk ingen signaler på at det var store arbeidsmiljøproblemer i våre enheter. Heller ikke observatørene våre, som hadde tilbrakt hele dager ved enhetene, hadde oppfattet noen spesielle arbeidsmiljøutfordringer.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 3         | 1,4     | 1,4           | 1,4                |
|              | Enig         | 175       | 78,8    | 78,8          | 80,2               |
|              | Delvis enig  | 43        | 19,4    | 19,4          | 99,5               |
|              | Vet ikke     | 1         | 0,5     | 0,5           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 25 Trivsel på jobben



## 21. Hvordan synes du det er å be en kollega om hjelp ved forflytning?

14.9 % sier det er vanskelig pga av travelhet. Hele 58.1 % sier det er lett, men at de klarer seg godt alene. Våre informanter bekrefter i intervjuene at det er lett å få hjelp av en kollega ved forflytning. Man har rutiner på å være to ved stell der forhold ved pasienten er av en slik karakter at det er behov for å være to. Våre observatører observerte at det allikevel ble gjort feil ved forflytning – det at man var to var ingen sikkerhet for at man utførte forflytningen riktig.

|                |  | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|----------------|--|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b>   | Vanskelig, det er ofte for travelt for alle          | 33        | 14,9    | 15,9          | 15,9               |
|                | Let, men jeg klarer meg som regel alene              | 129       | 58,1    | 62,0          | 77,9               |
|                | Vi er alltid to ved forflytning                      | 38        | 17,1    | 18,3          | 96,2               |
|                | Vi har gode hjelpemidler slik at vi klarer oss alene | 8         | 3,6     | 3,8           | 100,0              |
|                | Total  | 208       | 93,7    | 100,0         |                    |
| <b>Missing</b> | Ikke besvart   | 14        | 6,3     |               |                    |
| <b>Total</b>   |  | 222       | 100,0   |               |                    |

Tabell 26 Be om hjelp til forflytning

## 22. Syn på egen kunnskap og kompetanse i forflytning?

82.9 % er enig eller delvis enig i at de har god kompetanse/kunnskaper i forflytningsteknikk. 14 % har mindre god kompetanse. Den største gruppen (53,5 %) er i gruppen *delvis enig* i god kompetanse. Forflytningskompetanse kan kategoriseres i kunnskaper, ferdigheter, holdninger og individuelle egenskaper (fysiske forutsetninger). Våre observatører, som da har en faglig bakgrunn for å kunne uttale seg, sier at det ”står dårlig til” med forflytningskunnskap og forflytningsteknikker. Observatørene melder om feil bruk av hjelpemidler, man mangler siste ”nyvinninger” når det gjelder utstyr, og personalet utviser usikkerhet og synes det er greit at fysioterapeutene (observatørene) veileder dem i bruk av utstyret. Vi har her altså et klart gap mellom det personalet selv mener om sin kompetanse og det ekspertene finner under sine

observasjoner.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 4         | 1,8     | 1,8           | 1,8                |
|              | Enig         | 69        | 31,1    | 31,1          | 32,9               |
|              | Delvis enig  | 115       | 51,8    | 51,8          | 84,7               |
|              | Delvis uenig | 24        | 10,8    | 10,8          | 95,5               |
|              | Uenig        | 7         | 3,2     | 3,2           | 98,6               |
|              | Vet ikke     | 3         | 1,4     | 1,4           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 27 Egen kompetanse i forflytning

### 23. Hvor belastende er livet utenom jobb i forhold til belastninger for muskler –og skjelett?

69.3 % opplever livet utenfor jobb som relativt lite belastende, mens 27 % opplever det motsatte. Vi ser at de fleste av våre respondenter er i en alder – mellom under 30 og til 50 – noe som skulle tilsi at mange av dem er i en livssituasjon der de har familie å ta hensyn til på fritiden, og kanskje dermed også ha flere belastninger. For mange betyr det å ha familie og noen å bry seg om at man har et godt liv og kanskje er det nettopp disse som lever i familiesituasjoner som føler liten belastning utenom jobb? Dersom man er opptatt av andre ting på fritiden og for eksempel har hobbyer så får man muligens brukt kroppen og musklene på andre måter som fører til mindre statisk bruk av kroppen og dermed færre muskel – og skjelettlidelser.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 5         | 2,3     | 2,3           | 2,3                |
|              | Enig         | 78        | 35,1    | 35,1          | 37,4               |
|              | Delvis enig  | 76        | 34,2    | 34,2          | 71,6               |
|              | Delvis uenig | 40        | 18,0    | 18,0          | 89,6               |
|              | Uenig        | 20        | 9,0     | 9,0           | 98,6               |
|              | Vet ikke     | 3         | 1,4     | 1,4           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 28 Fritid og belastning i forhold til muskel- og skjelett

## 24. Balansen i livet mellom arbeid, fritid, hvile og søvn?

81.1 % er enig eller delvis enige i at de opplever god balanse i livet, mens 16.3 % antyder en ubalanse. Det er vanskelig å si noe om hva denne ubalansen består i, men de som opplever en ubalanse i livet opplever den mellom arbeid – fritid – hvile og søvn. En AFI rapport fra 1998 (Holter, Gullvåg, Svare og Egeland, 1998) viser til at innenfor helse og omsorgsyrkene så sier 74 % av kvinnene at de tenker på jobben når de er hjemme. I og med at det er flest kvinner innenfor disse yrkeskategoriene så kan vi tenke oss at kvinner opplever dette som en ubalanse – de tenker jobb også når de har fri.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 4         | 1,8     | 1,8           | 1,8                |
|              | Enig         | 75        | 33,8    | 33,8          | 35,6               |
|              | Delvis enig  | 105       | 47,3    | 47,3          | 82,9               |
|              | Delvis uenig | 25        | 11,3    | 11,3          | 94,1               |
|              | Uenig        | 11        | 5,0     | 5,0           | 99,1               |
|              | Vet ikke     | 2         | ,9      | ,9            | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 29 Balanse i livet mellom arbeid, fritid, hvile og søvn

## 25. Stress og press på fritiden

76.1 % av respondentene opplever lite stress og press på fritiden, mens 20.7 % opplever det motsatte. Vi merker oss at det kun er 7,2 % som er *uenige* i at de opplever lite press og stress på fritiden.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 7         | 3,2     | 3,2           | 3,2                |
|              | Enig         | 77        | 34,7    | 34,7          | 37,8               |
|              | Delvis enig  | 92        | 41,4    | 41,4          | 79,3               |
|              | Delvis uenig | 30        | 13,5    | 13,5          | 92,8               |
|              | Uenig        | 16        | 7,2     | 7,2           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 30 Stress og press på fritiden

## 26. Trening av muskler på fritiden

En relativ høy andel – ca 77 % - sier at de trener muskler og kropp på fritiden. 19.9 % sier at de trener lite eller ingen ting. I intervjuene bekreftet informantene at det er veldig mange som trener, men på vårt spørsmål om man var bevisste i forhold til hvilke muskelgrupper man trente så ga de uttrykk for at det var nok ingen spesiell bevissthet rundt dette. Når man så vet at mange i omsorgsyrkene har belastninger på armer og skuldre så er det et tankekors at det ikke er mer bevissthet rundt dette. Fysioterapeutene sier at det har lite for seg å trene beina når det er armene og nakken som har størst slitasje.

|              |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart | 7         | 3,2     | 3,2           | 3,2                |
|              | Enig         | 96        | 43,2    | 43,2          | 46,4               |
|              | Delvis enig  | 75        | 33,8    | 33,8          | 80,2               |
|              | Delvis uenig | 23        | 10,4    | 10,4          | 90,5               |
|              | Uenig        | 21        | 9,5     | 9,5           | 100,0              |
|              | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 31 Trening av muskler på fritiden

## 27. Gå og sykle på jobb

69.9 % sier at de sykler lite eller aldri på jobb, mens 25.7 % sykler alltid eller ofte. Det er mange forhold som gjør at det kan være vanskelig å bruke sykkel, eller gå til og fra jobb. Noen bor kanskje for langt unna jobben til at de har mulighet for å gå eller sykle. Vi vil allikevel tro at det er flere enn de nesten 70 % som sier at de sjelden eller aldri går eller sykler som har mulighet for faktisk å gjøre det. Trondheim kommune har også i de senere år hatt årlige kampanjer for å få ansatte til å benytte seg mer av sykling eller gåing til og fra jobb.

|              |                           | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|--------------|---------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| <b>Valid</b> | Ikke besvart              | 10        | 4,5     | 4,5           | 4,5                |
|              | Hver arbeidsdag           | 37        | 16,7    | 16,7          | 21,2               |
|              | En til flere ganger i uka | 20        | 9,0     | 9,0           | 30,2               |
|              | Ikke hver uke             | 35        | 15,8    | 15,8          | 45,9               |
|              | Aldri                     | 120       | 54,1    | 54,1          | 100,0              |
|              | Total                     | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 32 Gå og sykle på jobb

## 28. Mosjon på fritiden

68.5 % mosjonerer ofte, mens 28.4 % sjelden eller aldri mosjonerer. Vi har i spørreskjemaet gitt eksempler på hva vi mener med mosjoning; gå tur, være aktiv sammen med barn eller annen aktivitet. Våre informanter bekrefter da også at ansatte er ganske aktive på fritiden. Vi vil påstå at det allikevel er bekymringsfullt at så mange som nesten en tredjedel opplyser at de sjelden eller aldri mosjonerer. En av våre respondenter sa i vårt ”frie” svaralternativ at; ”Kan ikke mosjonere mye etter at jeg har vært på jobb for da er føttene mine utslitt.”

|       |                            | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|----------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ikke besvart               | 7         | 3,2     | 3,2           | 3,2                |
|       | Ja mer enn tre dager i uka | 152       | 68,5    | 68,5          | 71,6               |
|       | Sjelden - ikke hver uke    | 61        | 27,5    | 27,5          | 99,1               |
|       | Aldri                      | 2         | ,9      | ,9            | 100,0              |
|       | Total                      | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 33 Mosjon på fritiden

## 29. Fått fysikalsk behandling for muskel og skjelettlidelser

26.6 % oppgir at de har fått behandling av fysioterapeut/kiropraktor eller annen behandler for muskel –og skjelettlidelser de siste 15 måneder, mens 70.3 % har ikke fått det. At såpass mange ikke har hatt fysio– eller kiropraktorbehandling behøver ikke bety at de ikke *burde* hatt det. Vårt spørsmål gir ikke anledning til å si noe om det. Det kan være flere grunner til at man ikke går til behandling, for eksempel at man har omsorgoppgaver/har barn som gjør det vanskelig å komme fra, det er dyrt, man synes ikke plagene er alvorlige nok, eller man har en *det-går-sikkert-over-snart* –holdning.

|       |              | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
|-------|--------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
| Valid | Ikke besvart | 7         | 3,2     | 3,2           | 3,2                |
|       | Ja           | 59        | 26,6    | 26,6          | 29,7               |
|       | Nei          | 156       | 70,3    | 70,3          | 100,0              |
|       | Total        | 222       | 100,0   | 100,0         |                    |

Tabell 34 Fysikalsk behandling for muskel- og skjelettlidelser

### 30. Annet

Vi åpnet opp for at respondentene kunne få si noe som de ikke mente de fikk frem i spørreskjemaet. Tretti to respondenter benyttet seg av denne muligheten. Noen av svarene gjengis her:

*”Det er noe vanskeligere med hjelpemidler når brukerne er demente. De blir redde og stritter imot, så der kan bli større belastning å bruke hjelpemidler enn å ikke bruke.”*

*”Det burde være flere sett hjelpemidler så pleierne slapp å gå og hente på annen avdeling.”*

*”Det er viktig at vi av kolleger blir påmint/korrigert når vi ikke bruker hjelpemidler. (Jeg er blitt påmint/korrigert og er blitt mye mer bevisst.”*

*”Personløftere er tunge å manøvrere selv om de sparer ryggen for ren løfting. Har mest plager i armer og skuldre.”*

*”Det er ikke alle som er like behjelpelige bestandig om man vil ha hjelp til å flytte på en tung bruker. Man får det som regel til selv også om man vil slite seg helt ut og få vondt i ryggen. Men de fleste hjelper til når man spør.”*

*”Synes at alle skulle fått kurs i forflytning.”*

*”Kan ikke mosjonere mye etter at jeg har vært på jobb for da er føttene mine utslitt.””*

*”Mange hjelpemidler trenger 2 personer. Ved nedskjæringer blir det vanskelig. Mindre penger – mindre personell – mindre hjelp til hjelpemidler – mer fravær/sykemelding.”*

*”Opplever at mange av mine medarbeidere har fokus på, - og vilje til bruk av hj. midler.”*

*”Forflyttinger gir ofte belastninger selv om vi bruker hjelpemidler. Dette pga vanskelig for pasientene å forstå, stritter ofte imot. Når vi skal bruke en del, ta på seil for eksempel ellers er det veldig greit å bruke hjelpemidler. Godt med hjelpemidler og lett tilgjengelig. Vi går to sammen der det trengs.”*

### 4.3 Forskningsspørsmål, analyse og konklusjon

I vår undersøkelse har vi stilt fire forskningsspørsmål. Data og informasjonsgrunnlaget er spørreundersøkelsen, fysioterapeutenes observasjoner og intervju med Arbeidsmiljøgruppene på de fire enhetene.

De to fysioterapeutene som har foretatt observasjonene for oss, er ansatt ved Arbeidsmiljøenheten (bedriftshelsetjenesten) i Trondheim kommune. De har spesialisert seg

på ergonomi generelt, forflytningskunnskap og forflytningsteknikker, og drevet med kompetanseutvikling innen forflytning i hjemmetjenesten og sykehjem i flere år. Vi mener de har best kompetanse innen forflytning i Trondheim kommune, og vektlegger deres ekspertise. På oppdrag fra oss, har de gjennomført en dags observasjon på hvert av de fire sykehjemmene i vår undersøkelse, fulgt en avdeling i det daglige gjøremål og sjekket hjelpemidler, verneutstyr og hms-planer (helse, miljø og sikkerhet) og systematikken knyttet til det helsefremmende arbeidet på sykehjemmene.

Generelt sett mener vi det er et gjennomgående avvik mellom resultatene fra spørreundersøkelsen og fysioterapeutenes observasjoner. Det var dette avviket vi særlig la vekt på i de intervjuene vi foretok i etterkant. Intervjuene var åpne – hvor vi ba arbeidsmiljøgruppene reflektere over hvorfor det er et avvik mellom observasjonene og spørreundersøkelsen.

#### **4.3.1. Forskningsspørsmål 1**

*Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og arbeidsmiljøfaktorer som løfte- og forflytningshjelpemidler/verneutstyr?*

Fra spørreundersøkelsen har vi sett på data fra spørsmålene 8 og 10, som gir informasjon om andelen av ansatte som har hatt sykefravær på grunn av plager med muskel- og skjelett eller fått stilt en diagnose med disse plagene. Vi har også tatt med spørsmål 11 (jobber daglig med forflytning), spørsmål 12 (brukt forflytningshjelpemidler de siste to dager), spørsmål 13 (om sykehjemmet har tilstrekkelig med hjelpemidler) og spørsmål 14 (om tilgjengelighet til hjelpemidler). Det er gjennomført en korrelasjonsanalyse av variablene fra spørsmål 8 og 10 og spørsmålene 11, 12, 13 og 14.

#### **Analyse**

Hele 90 % av våre respondenter er enige eller delvis enige i påstanden om at enheten deres har *tilstrekkelig med hjelpemidler/verneutstyr til forflytning og at utstyret er lett tilgjengelig*. Våre informanter i intervjuene (arbeidsmiljøgruppene) slutter seg til denne konklusjonen. Observatørene våre er derimot av en noe annen oppfatning. De gir oss tilbakemelding om at det er kun to av fire sykehjem de opplever har tilstrekkelig med hjelpemidler/verneutstyr. Samtidig mener de at ingen sykehjem hadde en optimal situasjon, dvs. valgt de beste

produktene, eller at de er moderne nok. De samme to sykehjemmene har faste plasser for utstyret på tilgjengelige steder, men på det ene sykehjemmet stod det litt tyngre utstyret på overfylte rom som begrenset tilgjengeligheten. Bare på ett av de fire sykehjemmene ble det observert bruk av forflytningshjelpemiddel i seng. Dette er hjelpemidler som bør ligge lett tilgjengelig på det enkelte rom, som for eksempel friksjonsreducerende silkelaken.

Vi ser at det er flere friske enn sykemeldte som oppgir at de mener at hjelpemidlene/verneutstyret er lett tilgjengelig på enheten, men forskjellen er ikke stor. Våre informanter på sykehjem C sa noe om at de ikke kunne ha hjelpemidlene oppbevart for eksempel i ganger, brukerrom eller fellesrom. Begrunnelsen var at mange demente beboere flyttet utstyret slik at det ikke var lett å finne igjen når de hadde bruk for det. På sykehjem D var utstyret/hjelpemidlene lett tilgjengelige i ganger og på rommene til brukere.

Spørsmål 12 spør om du har benyttet forflytningshjelpemidler eller fått hjelp av en kollega til forflytning i de siste to dagene. Vi ser at det faktisk er flere av de som har oppgitt at de har vært sykemeldt over to uker som har benyttet hjelpemidler enn de som kan betegnes som "friske". Dette kan være et uttrykk for at man har følt på kroppen hvor viktig det er å ikke få overbelastninger og derfor er mer bevisst på å bruke hjelpemidler eller få hjelp av kollegaer i forflytningssituasjoner.

### *Korrelasjonsanalyse*

Når vi kjører en korrelasjonsanalyse mellom variabelen i spørsmål 8 "Dersom du var sykemeldt, var sykefraværet relatert til muskel og/eller skjelettlidelser?" med spørsmålene 11, 12, 13, 14 og 15 finner vi ingen eller liten korrelasjon dersom vi tar med svaralternativene i vist i tabell 35.

| SYKEMELDT PGA MUSKEL OG SKJELETTLIDELSER |                          |           |         |               |                    |
|--|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|  |                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| <b>Valid</b>                             | Ja alle gangene          | 44        | 19.8    | 42.3          | 42.3               |
|  | Ja men ikke alle gangene | 18        | 8.1     | 17.3          | 59.6               |
|  | Ikke muskel og skjelett  | 42        | 18.9    | 40.4          | 100.0              |
|  | Total                    | 104       | 46.8    | 100.0         |                    |
| <b>Missing</b>                           | Ikke besvart             | 112       | 50.5    |               |                    |
|  | Usikkert                 | 6         | 2.7     |               |                    |
|  | Total                    | 118       | 53.2    |               |                    |
| <b>Total</b>                             |                          | 222       | 100.0   |               |                    |



Tabell 35 Sykemeldt pga muskel- og skjelettlidelser

| CORRELATIONS      |                     |            |          |            |             |            |
|-------------------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|------------|
|                   |                     | Muskelskj8 | Daglig11 | Hjmidler12 | Tilstrekk13 | Tilgjeng14 |
| <b>SPØRSMÅL 8</b> | PEARSON CORRELATION | 1          | .045     | -.078      | .062        | -.069      |
|                   | SIG. (2-TAILED)     |            | .648     | .429       | .536        | .487       |
|                   | N                   | 104        | 104      | 104        | 103         | 103        |

Tabell 36 Korrelasjonstabell 1

Dersom vi tar bort svaralternativet ”sykemeldt, men ikke pga muskel- og skjelettlidelser”, finner vi derimot korrelasjon mellom variablene 8 og 11 og 8 og 14. Se tabell 37 og 38.

| SYKEMELDT PGA MUSKEL- OG SKJELETTLIDELSER |                          |           |         |               |                    |
|---|--------------------------|-----------|---------|---------------|--------------------|
|   |                          | Frequency | Percent | Valid Percent | Cumulative Percent |
| <b>Valid</b>                              | Ja alle gangene          | 44        | 19.8    | 71.0          | 71.0               |
|   | Ja men ikke alle gangene | 18        | 8.1     | 29.0          | 100.0              |
|   | Total                    | 62        | 27.9    | 100.0         |                    |
| <b>Missing</b>                            | Ikke besvart             | 112       | 50.5    |               |                    |
|   | Ikke muskel og skjelett  | 42        | 18.9    |               |                    |
|   | Usikkert                 | 6         | 2.7     |               |                    |
|   | Total                    | 160       | 72.1    |               |                    |
| <b>Total</b>                              | 222                      | 100.0     |         |               |                    |

Tabell 37 Sykemeldt pga muskel- og skjelettlidelser

| CORRELATIONS      |                     |            |          |            |             |            |
|-------------------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|------------|
|                   |                     | Muskelskj8 | Daglig11 | Hjmidler12 | Tilstrekk13 | Tilgjeng14 |
| <b>Spørsmål 8</b> | Pearson Correlation | 1          | .321*    | .009       | -.067       | -.202      |
|                   | Sig. (2-tailed)     |            | .011     | .943       | .605        | .115       |
|                   | N                   | 62         | 62       | 62         | 62          | 62         |

Tabell 38 Korrelasjonstabell 2

Her har vi fanget opp de som har vært sykemeldt av lege med diagnosen muskel- og skjelettlidelser ved alle sykemeldinger og de med samme diagnose i minst en av sykemeldingsperiodene. Vi ser her en korrelasjon på 0,321 og en signifikans på 0,011 mellom sykemeldt med diagnosen muskel- og skjelettlidelser og om du jobber daglig med forflytning. Det betyr at det er en klar og positiv sammenheng mellom arbeidets egenart og diagnosen. Det er en god sannsynlighet for at samvariasjonen gjelder for hele vårt utvalg fordi vi har en signifikans på 5 % nivå.

Korrelasjonen mellom variablene 8 og 14, dvs. ”tilgjengelighet av hjelpemidler/verneutstyr” er svakere enn foregående, men så pass sterk at vi velger å se på den som interessant selv om den ikke oppfyller signifikantkravet. Korrelasjonen er negativ -0,202 med en signifikans på 0,115. Korrelasjonen blir negativ, og dette må ses i sammenheng med hvordan verdiene og variablene er definert. Sammenhengen innebærer at jo mer sykefravær med diagnosen, jo mindre er opplevelsen av tilgjengeligheten til hjelpemidler og verneutstyr. Dette kan bety at når hjelpemidler og verneutstyr oppleves som mindre eller lite tilgjengelig, så brukes det også mindre. Og mindre bruk av utstyr kan øke uheldig belastning og risikoen for å utvikle diagnosen muskel- og skjelettlidelser.

Når vi ser på korrelasjonen mellom variabelen 10, dvs. egenmeldt fravær pga muskel- og skjelettlidelser (under 10 dager) og variabelen 14, finner vi det samme. Korrelasjonen er -0,138 og signifikansen er 0,049. Også her holder signifikansen et 5 % nivå, og det er sannsynlig at samvariasjonen vil gjelde for hele utvalget. Også her blir korrelasjonen negativ med samme årsak som for sykemeldt med diagnosen muskel- og skjelettlidelser.

Tilgjengeligheten av hjelpemidler og utstyr oppleves sannsynlig mindre tilgjengelig jo mer du har egenmeldt fravær begrunnet med denne lidelsen.

| CORRELATIONS       |                     |        |          |            |             |            |
|--------------------|---------------------|--------|----------|------------|-------------|------------|
|                    |                     | Uker10 | Daglig11 | Hjmidler12 | Tilstrekk13 | Tilgjeng14 |
| <b>Spørsmål 10</b> | Pearson Correlation | 1      | .000     | -.055      | -.035       | -.138*     |
|                    | Sig. (2-tailed)     |        | .996     | .429       | .626        | .049       |
|                    | N                   | 208    | 208      | 208        | 200         | 205        |

Tabell 39 Korrelasjonstabell 3

## Konklusjon

Et helsefremmende arbeidsmiljø innenfor vårt tema er avhengig av å ha nok, riktig og lett tilgjengelig hjelpemidler og verneutstyr. Hva som er nok, er relativt og skjønns- og kunnskapsavhengig. Våre observatører mener at situasjonen på de fire sykehjemmene sett under ett, ikke er god nok – verken på utstyrsnivå eller tilgjengelighet. De som arbeider på sykehjemmene, derimot, er godt fornøyde. Vår undersøkelse viser at det er korrelasjon på bare to av åtte mulige. Det ser ut som om særlig de med egenmeldt sykefravær pga muskel- og skjelettlidelser opplever at hjelpemidlene ikke er tilgjengelige nok. Hvis vi sammenholder dette med våre eksperters observasjoner, kan vi se en mulig sammenheng mellom muskel- og skjelettlidelser og tilgjengelighet til det utstyret som fins.

Forskningsspørsmålet vårt er: *Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og arbeidsmiljøfaktorer som løfte- og forflytningshjelpemidler/verneutstyr?*

Hva kan vi vite ut fra undersøkelsen vår? I utgangspunktet mener vi at det i et forflytningsfaglig perspektiv er nødvendig med riktig løfte- og forflytningsutstyr, og at det må være lett tilgjengelig for de som skal bruke det. Dette er to viktige faktorer for et helsefremmende arbeidsmiljø. De data og den informasjon vi har skaffet, gir ikke grunnlag for å si at det på sykehjemmene i vårt utvalg, er en sammenheng mellom fravær på grunn av lidelsene og utstyret og tilgjengeligheten av det. Vi mener at våre sykehjem er rimelig bra utstyrt og at utstyret er tilgjengelig. Likevel vil vi støtte oss på våre observatører, og hevde at det kunne ha vært bedre. Årsakene til den relativt høye andelen av diagnosen og egenmeldt fravær på grunn av lidelsen må ut fra våre funn, ligge andre steder.

Vår oppfatning er at det i et helsefremmende perspektiv må finnes gode, tilstrekkelige og tilgjengelige hjelpemidler på alle sykehjem, men det alene er selvsagt ikke nok for å utvikle helsefremmende arbeidsplasser som reduserer omfanget av muskel- og skjelettlidelser. Godt, nok og tilgjengelig utstyr må være i et samspill med andre viktige arbeidsmiljøfaktorer for å kunne samvirke – så som kompetanse, organisasjonskultur og ledelse.

”Skylleromskulturen” er min betegnelse på det som skjer når ansatte på veien til en pasient svinger innom skyllerommet for å hente nødvendig utstyr – og samtidig blir enige om å gjøre ting på sin måte til tross for at man på personal- eller fagmøter har blitt enige om å følge en felles praksis, for eksempel å forflytte en pasient ved hjelp av

en passiv personløfter om kvelden fordi hans tilstand og funksjon da tilsier det. De som velger å foreta et manuelt løft i stedet, er eksponenter for denne ”skylleromskulturen”. (Lunde 2003:188)

Feil bruk av hjelpemidler og verneutstyr kan være like skadelig som å ikke bruke utstyr. Hvordan utstyret organiseres kan risikovurderes i forhold til alvorlighet og sannsynlighet, dvs. gjennom for eksempel medvirkningsbaserte prosesser vurdere hva kan skje ved gjeldende organisering og hva er sannsynligheten for at det skjer. (Kapittel 2.7.2)

### **4.3.2. Forskningsspørsmål 2**

*Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og stress/press på jobb?*

Den mest åpenbare sammenhengen mellom muskel- og skjelettlidelser er en fysisk sett uheldig belastning på kroppen over lang tid. *Mange bekker små gjør et stort åhh!* Men – i hvilken grad kan opplevd press og stress i jobben ha innvirkning på utvikling av lidelsene? Datagrunnlaget vårt er forholdsvis spinkelt til å gjøre en grundig analyse. Vi har vår egen spørreundersøkelse hvor vi ser på korrelasjonen mellom de som har diagnosen (spørsmål 8), de som har korttidsfravær begrunnet i lidelsen (spørsmål 10) og spørsmål 19 om opplevelsen av stress og press på jobb. I tillegg har vi data fra medarbeiderundersøkelsen 2010 i Trondheim kommune.

#### **Analyse**

38.8 % sier at de opplever lite press/stress, mens 59.4 % opplever mer eller mye press og stress. Vi har tolket dette som om de fleste av de 59,4 % av respondentene opplever jobben som stressende i negativ retning. Grunnen til at vi tolker dette i negativ retning bygger på annen generell og spesiell informasjon som vi har fra Arbeidstilsynets undersøkelser på to sykehjem i kommunen og kommunens egne prosesser for å lukke avvik etter pålegg fra tilsynet. Generelt kan vi si at avvikene kan knyttes til arbeidsmiljøfaktorer som turnusordninger, vold og trusler fra brukere, opplevd fravær av ledelse, bemanning og utstrakt bruk av vikarer for å holde tjenestenivået på et godt nivå. Stress og press på jobb anses å et være et svært sammensatt problematikk – hvor vi på den ene siden har en opplevd hektisk hverdag kombinert med for eksempel mer politiske interessentbegrunnelser som for få varme hender i sektoren, ressursknapphet, deprofesjonalisering av yrkesgruppene (Lien og Gjernes 2009), etc..

Stress og press på jobb kan i følge Karasek (kapittel 2.8) føre til en farlig arbeidssituasjon dersom kravene oppleves som svært høye, kontrollen over arbeidssituasjonen oppleves som liten og støtten fra ledelse, kolleger eller organisasjonen oppleves som svak. Opplevelsen av høye krav, liten kontroll og svak støtte kan føre til at en ansatt utvikler psykiske og fysiske lidelser, så som muskel- og skjelettlidelser.

Vårt innsamlede datamateriale kan si lite om kravene i jobben oppleves som høye eller om kontrollen oppleves som liten. Vi tror imidlertid at arbeids- og organisasjonenes egenart tilsier at den enkelte ansatte kan oppleve liten kontroll og autonomi i en hverdag som består av rutiner, prosedyrer og et umettelig behov fra brukere og pårørende når det gjelder omsorg og pleie. I dette ligger også høye krav fra samfunn, media, politikere, ledelse, brukere og pårørende om høy kvalitet og effektivitet. I tillegg har vi i teoridelen (kapittel 2.8.1) vist til den relativt høye andelen av mulige interpersonelle relasjoner i helsesektoren (Lunde 2003), som kan være en medvirkende årsak til opplevelsen av liten kontroll. I flg. forskningen kan dette bidra til flere feil og alvorlige avvik, som igjen øker stress og press på jobb.

*NRK fant at det har blitt avdekket lovbrudd i mer enn 7 av 10 varslede kontrollbesøk i Helse-Norge fra 1996 til i dag. ( NRK 2010)*

På 3350 varslede tilsyn ble det funnet 5263 lovbrudd i perioden, og Helsedepartementet har gitt signaler om økt fokus på problematikken i årene som kommer, blant annet hyppigere tilsyn. Både det faktum at det gjøres avvik og at tilsynsordningen finnes, både helsetilsyn og arbeidsmiljøtilsyn, kan bidra til stress og press i en jobbsituasjon.

Lien og Gjernes (2009) fant i sin undersøkelse at 80 % av ansatte ved sykehjemmene i Trondheim hadde gjennomgått omorganiseringer i de siste tre årene (kapittel 2.6.2). Omorganiseringer er en nødvendig del av utviklingen av virksomheter, men samtidig er dette også faktorer som forsterker opplevelsen av redusert kontroll .

Helsearbeidere har relativt sett liten tid avsatt til refleksjon og læring, sammenlignet med for eksempelvis skole og barnehager. Filstad (2010:213) trekker frem noen momenter som er viktig er for å utvikle og opprettholde en sterk læringskultur eller lærende organisasjon, blant annet læring som en kontinuerlig prosess og at det settes av tid og rom for dette i hverdagen.

Opplevelsen av å være kunnskapsende, vil kunne styrke opplevelsen av nødvendig kontroll og økt mestring av de krav som stilles.

Vi var i kapitel 2 inne på ulike kvantitative og kvalitative belastningsfaktorer som tunge løft, uforutsette hendelser, lite utfordrende arbeidsoppgaver og for krevende arbeidsoppgaver. Ser vi tilbake til Hackman og Oldhams behovsmodell og hva som fremmer jobbmotivasjon så ser vi at arbeidet må være *utfordrende*, men dette kan selvsagt også bety at jobben blir *for krevende* også. Alle har et behov for å føle seg trygge på arbeidsplassen og for å føle samhørighet. Kanskje blir det ofte slik at man ”strekker seg” litt lengre for å oppnå dette og at man ”aldri” føler at man har god nok tid til å gjøre en god jobb – noe som igjen fører til at man opplever seg i en stresset situasjon.

Medarbeiderundersøkelsen fra 2010 for hele helse og velferdssektoren gir en gjennomsnittsskår på 3,6 på spørsmål om nok tid til å gjøre jobben.

| DESCRIPTIVE STATISTICS                       |      |         |         |        |                |
|--|------|---------|---------|--------|----------------|
|  | N    | Minimum | Maximum | Mean   | Std. Deviation |
| 5. ...har du nok tid til å gjøre jobben din? | 2759 | 1.00    | 6.00    | 3.6154 | 1.41152        |

Tabell 40 Medarbeiderundersøkelsen

Resultatet kan indikere at mange av de ansatte kan oppleve høyt press og stress på jobb. Derimot har vi data i vår undersøkelse som forteller om høy kollegial trivsel på jobb. 98.2 % av respondentene bekrefter at de trives godt sammen med sine kolleger. Dette kan tolkes som om støtten fra kolleger – kanskje også ledelse og organisasjonen, er meget god. En slik positiv arbeidsmiljøfaktor vil helt klart redusere faren for ”dangerous work” jfr. Karasek. Det kan også si noe om at de interpersonale relasjonene kollegiet imellom ikke oppleves som belastende.

Ser vi på korrelasjonen mellom ansatte med muskel- og skjelettlidelser og opplevd press/stress på jobb, ser vi at det er en relativ sterk negativ korrelasjon -0,259. Vi får negativ korrelasjon og det må ses i sammenheng med hvordan variablene er definert. Det ser ut som om det er en samvariasjon og sammenheng mellom disse to variablene, og at den er signifikant på 0,042 og holdbar på et 5 % nivå. Vi kan gå ut fra at dette er gyldig for vårt

utvalg. Vi fant imidlertid ingen korrelasjon mellom kortidsfravær (spørsmål 10) og stress/press.

| CORRELATIONS      |                     |            |          |
|-------------------|---------------------|------------|----------|
|                   |                     | Muskelskj8 | Stress19 |
| <b>Spørsmål 8</b> | Pearson Correlation | 1          | -.259*   |
|                   | Sig. (2-tailed)     |            | .042     |
|                   | N                   | 62         | 62       |

Tabell 41 Korrelasjonstabell 4

Hvis vi kjører en analyse av alder mot muskel-/skjelettlidelser og stress, ser vi interessante samvariasjoner. I tabell 42 viser vi resultatet for respondentene som er 50 år og eldre.

| CORRELATIONS           |                     |        |          |
|------------------------|---------------------|--------|----------|
|                        |                     | >50 år | Stress19 |
| <b>Alder &gt;50 år</b> | Pearson Correlation | 1      | -.349**  |
|                        | Sig. (2-tailed)     |        | .004     |
|                        | N                   | 65     | 65       |

Tabell 42 Korrelasjonstabell 5

Her ser vi at det er en signifikant korrelasjon (-0,349/0.004 ), altså en signifikans som holder 1 % nivå. Dette kan tolkes som at jo eldre du blir fra fylte 50 år, jo mer opplever du arbeidet stressende. Det er stor sannsynlighet for at denne sammenhengen gjelder for hele vårt utvalg.

Når vi gjør en korrelasjonsanalyse mellom alder og de som har hatt sykefravær med diagnosen muskel- og skjelettlidelser, finner vi at det er en sterk samvariasjon (0.318/0.048) mellom de over 50 år og muskel/skjelettlidelser. Signifikansen holder et 5 % nivå, og vi kan anta at det er sammenhenger mellom alder over 50 år og muskel- og skjelettlidelser – og at det gjelder for vårt utvalg.

| CORRELATIONS           |                     |              |            |
|------------------------|---------------------|--------------|------------|
|                        |                     | Alder >50 år | Muskelskj8 |
| <b>Alder &gt;50 år</b> | Pearson Correlation | 1            | -.318*     |
|                        | Sig. (2-tailed)     |              | .048       |
|                        | N                   | 65           | 39         |

## Konklusjon

Hvilke svar har vi fått i forhold til vårt forskningsspørsmål: *Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og stress/press på jobb?*

Datamaterialet vårt gir ikke et klart svar på vårt forskningsspørsmål, men det indikerer likevel at det kan være en viss sammenheng mellom stress og press på jobb og muskel- og skjelettlidelser. Dette fordi det er blant de med diagnosen muskel- og skjelettlidelser vi finner en signifikant samvariasjon i vår korrelasjonsanalyse. Det er også interessant at våre data lager et skille i alder, yngre eller eldre enn 50 år, når det gjelder både diagnosen muskel- og skjelettlidelser og stress/press på jobb. Vi vet at muskel og skjelettlidelser er en lidelse som for mange utvikler seg over lang tid – altså at sannsynligheten for å utvikle kroniske lidelser øker med alderen. Det kan også være at vedvarende smerter i muskler og skjelett forsterker opplevelsen av stress og press og visa versa, og når dette virker sammen får vi en negativ spiral i opplevelsen av å ikke ha god helse eller mestre jobben.

Vi mener at stress/press på jobb, som ser ut til å ha en klar negativ effekt på aldersgruppen over 50 år, er et generelt problem og en utfordring som har konsekvenser ut over utvikling av muskel- og skjelettlidelser. Stress og press er en negativ arbeidsmiljøfaktor som kan svekke sykehjemmene som lærende organisasjoner, og hindre nødvendig dobbelkretslæring med fokus på bakenforliggende forhold ved for eksempel oppretting av feil/avvik (kapittel 2.10.5).

Sykehjemmene bør sette fokus på en eller flere faktorer som i sum kan bidra til å redusere stress og press på jobb, som for eksempel utvikle en forebyggende strategi hvor en

- reduserer antall interpersonelle relasjoner – faste team i turnus (forsterke støtten)
- er prinsippfast og ufravikelig på de viktigste reglene og prosedyrene, bl.a. forflytningspraksis (forsterke krav, støtte og kontroll)
- bygger kompetanse, og styrer sterkere gjennom tillit, selvledelse og verdier/etikk (forsterke kontroll)
- muliggjør mer tid til refleksjon og læring (kapittel 2.11.4) uten å ta tid fra tjenesteproduksjonen (forsterke kontrollen)
- finne en god balanse mellom oppgavemengde/arbeidsprosesser og tid (forsterke kontrollen)



Som under analysen av forskningsspørsmål 1, må vi se våre funn under forskningsspørsmål 2 i sammenheng med funn knyttet til de andre forskningsspørsmålene.

### **4.3.3. Forskningsspørsmål 3**

*Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og ansattes forflytningskunnskap og forflytningsteknikk?*

Vi bruker begrepene forflytningskunnskap og forflytningsteknikk i forskningsspørsmålet. Det er en nyansering og presisering av begrepet kompetanse i forflytning. Vi tror at det er en allmenn oppfatning blant respondentene at kompetanse er et samlebegrep for kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Fysioterapeutene (våre observatører) skiller tydelig mellom kunnskap og teknikk, og i sine observasjoner har de tolket atferd i forhold til disse begrepene. De har for eksempel observert at enkeltansatte har brukt riktig teknikk og vist tekniske ferdigheter i en situasjon, mens i en annen situasjon brukt samme teknikk hvor det har vært behov for en helt annen. Dette anses å være et kjennetegn på manglende forflytningskunnskap. God kompetanse i forflytningskunnskap og forflytningsteknikk, er å kunne tilpasse teknikk til situasjonen og ikke omvendt. Dersom du lærer deg et sett av teknikker uten grunnleggende kunnskaper og forståelse, kan du lett generalisere og bruke begrensede ferdigheter/teknikker i alle situasjoner.

### **Analyse**

Spørsmål 22 sjekker ut respondentenes opplevelse av egen kompetanse. Her ser vi på hvordan de med muskel- og skjelettlidelser svarer i forhold til de uten. For å forenkle framstillingen er enig/delvis enig og delvis uenig/uenig slått sammen. Frekvenstabellen viser at det er størst samling rundt delvis enig og delvis uenig. Spørsmål 17 og 18 spør om deltakelse i henholdsvis veiledning og kurs i 2009. De ”friske” ser ut for å ha fått noe mer veiledning og deltatt mer på kurs. Det er større ulikheter mellom de som har vært langtidssyke og de ”friske”, enn det er mellom de korttidssyke og de ”friske”. Svarene krysses i forhold til langtidssykemeldte og korttidssykemeldte.

Det er få av våre respondenter som sier at de har gått på kurs i forflytning. Det er noen flere som sier at de har fått veiledning, men det er et ganske stort antall som likevel påstår at de har

god *kompetanse*. Hva kan dette skyldes? Vi har vist til at det er ganske mange ved våre enheter som har formell utdanning, enten som sykepleiere eller som andre helsearbeidere. Kunnskap henger ofte sammen med posisjonering og dermed også med makt (Filstad, 2010). Kan det da være slik at mange føler at de på grunn av sin utdanningsbakgrunn har en formell kompetanse som igjen gjør at de har en følelse av kompetanse når det gjelder forflytning, selv om de ikke i realiteten kan vise at de har det?

Når vi kjører en korrelasjonsanalyse mellom de med diagnosen muskel- og skjelettlidelser (spørsmål 8) og de som har hatt korttidsfravær med lidelsen (spørsmål 10) mot veiledning (spørsmål 17), kurs (spørsmål 18) og kompetanse (spørsmål 22) – finner vi ingen samvariasjon. Spørreundersøkelsen gir ikke grunnlag til å si at det er en klar sammenheng mellom veiledning/ kurs/syn på egen kompetanse og muskel- og skjelettlidelser for vårt utvalg – se tabellene 44 og 45.

| CORRELATIONS      |                     |            |          |        |              |
|-------------------|---------------------|------------|----------|--------|--------------|
|                   |                     | Muskelskj8 | Veiled17 | Kurs18 | Kompetanse22 |
| <b>Spørsmål 8</b> | Pearson Correlation | 1          | -.069    | .023   | -.062        |
|                   | Sig. (2-tailed)     |            | .595     | .862   | .640         |
|                   | N                   | 62         | 62       | 62     | 59           |

Tabell 44 Korrelasjonstabell 7

| CORRELATIONS       |                     |        |          |        |              |
|--------------------|---------------------|--------|----------|--------|--------------|
|                    |                     | Uker10 | Veiled17 | Kurs18 | Kompetanse22 |
| <b>Spørsmål 10</b> | Pearson Correlation | 1      | .028     | .029   | .187         |
|                    | Sig. (2-tailed)     |        | .828     | .823   | .156         |
|                    | N                   | 62     | 62       | 62     | 59           |

Tabell 45 Korrelasjonstabell 8

Dersom vi ser nærmere på de enkelte sykehjemmene finner vi noen interessante funn:

**Sykehjem A** har høyt sykefravær og høyt antall sykemeldt med diagnosen muskel og skjelettlidelser. Vi hadde størst svarprosent fra dette sykehjemmet, hele 91 %. Her oppgir

81,5 % at de har god kompetanse når det gjelder forflyting. Vi merker oss at det er ved dette sykehjemmet at vi har lavest prosentandel svar i forhold til at ansatte mener de har god kompetanse på forflyting. Våre observatører observerte at det nok ikke var helt samsvar mellom svarene vi fikk og det de observerte. Under intervjuet vi hadde så påpekte informanten at det var vanskelig å få enkelte ansatte til å bruke verneutstyr; *”Det er forskjellig fra avdeling til avdeling. Alle er pålagt å bruke det, men det er ikke alle som gjør det.”* Observatørene melder om bruk av uheldige grep og mange løft, noe som fører til at man jobber ustrukturert. Videre observerte de uhensiktsmessige arbeidsstillinger hos personalet, og personalet viste usikkerhet ved at de diskuterte om de burde bruke personløfter i stede for ståheis i et av stellene. De viste ikke hvor heisen var og da ble ikke denne benyttet.

**Sykehjem B** har høyt sykefravær, men et lavt antall sykemeldte med diagnosen muskel og skjelettlidelser. Hele 85 % av respondentene her mener at de har god kompetanse når det gjelder forflyting. Våre observatører melder om at de ikke observerte bruk av forflytningshjelpemidler i seng. Ut fra spørsmål som ble stilt, avdekket observatørene at personalet manglet kunnskap om dette og de begrunner valg av teknikk med dårlig tid. Dette kan tolkes som at de har mangelfull kunnskap på området. Videre melder observatørene om dårlig planlegging og risikovurdering, og de observerte én svært risikofylt forflytningssituasjon ved dette sykehjemmet den ene dagen de oppholdt seg der.

**Sykehjem C** har lavt sykefravær, og et lavt antall sykemeldte med diagnosen muskel og skjelettlidelser. Her svarte 86,7 % at de er enige eller delvis enige i at de har god kompetanse på forflytning. Vi vet fra intervjuet at det er spesielt en avdeling som ”har rykte på seg” for å være gode på forflyting og bruk av hjelpemidler, og at våre observatører ble plassert her den dagen de observerte personalet. Observatørene observerte bruk av uheldige grep og løft, noe som fører til uheldige arbeidsstillinger, og de observerte ikke bruk av forflytningshjelpemiddel i seng. Utstyret fantes, men de brukte det ikke. Personalet sier at de har glemt hvordan det brukes. Videre observerte de bruk av ”standard forflytninger” – dvs. at de ikke tok hensyn til brukers funksjonsnivå. Ståheisen ble brukt ”feil”, både for bruker og ansatt, noe som fører til uheldige arbeidsstillinger. Det ble observert bruk av uheldige grep og løft, som fører til uheldige arbeidsstillinger. Personalet brukte hjertebrettet (på seng) når bruker skulle opp på sengekanten, og de forberedte brukerne i sengen før videre forflytning/stell - noe som gir mer hensiktsmessig arbeidsstillinger.

**Sykehjem D** har lavt sykefravær, men har en relativ høy andel sykemeldte med diagnosen muskel og skjelettlidelser. Her var det størst svarprosent i forhold til spørsmålet om egen kompetanse når det gjelder forflytning, hele 86,9 % er enige i vår påstand. De mener altså at de har gode kunnskaper, men har størst andel sykemeldte med diagnosen muskel- og skjelettlidelser. Observatørene så her at personalet brukte verneutstyr under stell i seng, men de observerte utstrakt og uheldig bruk av ståheis og en del uheldige arbeidsstillinger og grep. Dette sykehjemmet hadde utstyr på fast plass (lager, og knagger i korridor). En del utstyr var ikke i bruk, men det virket som om dette sykehjemmet hadde et system som ivaretar forflytning i hverdagen.

Vi synes det er interessant med det store avviket mellom de ansattes oppfattelse av egen kompetanse og ekspertenes observasjoner på de fire sykehjemmene. Igjen - hva annet kan dette skyldes? Sannsynligvis finnes mye av forklaringen i hvilken målestokk eller hvilke kriterier en bruker for å vurdere god kompetanse mot dårlig, dvs. hvilken innsikt i fagområdet har den som vurderer. Våre eksperter har sannsynligvis en annen ”vurderingsskala” eller kriterier enn de ansatte, og vet mer om teknikker, anatomi, fysiske lover, risikobelastninger, konsekvenser med mer.

Vi var i teoridelen inne på hva det å reflektere betyr for læring. Det er gjennom det å reflektere at vi lærer sier Filstad (2010). Kan det være slik at respondentene våre har fått veiledning og opplæring, men ikke reflektert over hvordan de bruker det de har lært? Som vi har vært inne på tidligere så sier observatørene våre at det ser ut som om personalet bruker teknikker de har lært i flere situasjoner, også i situasjoner der de burde brukt forskjellig teknikk. Er det da slik at de føler at de har kompetanse fordi at de *vet* at de har fått veiledning, men ikke reflektert over *hvordan* og *når* de bruker de forskjellige teknikkene?

En mulig forklaring på avviket mellom vår undersøkelse og ekspertenes observasjoner, er at de ansatte *ikke vet at de ikke vet*, mens ekspertene *vet at de vet* mye om det de ansatte tilsynelatende ikke vet (Gottschalk 2004). Dersom dette er riktig, kan også det forklare mye av avviket vi har fått avdekket. Og hvis dette er riktig, står vi overfor et alvorlig problem – en kunnskapsmangel innenfor sektoren som i utgangspunktet ikke erkjennes. Vi vil mene at en

erkjennelse av reell status er en forutsetning for å forstå og ha motivasjon til å erobre nye kunnskaper.

Dette er ingen ny eller overraskende konklusjon etter som det har vært satset på bygging av forflytningskunnskap og forflytningsteknikk i flere år, også i Trondheim kommune.

Fysioterapeutene i kommunen opplever at de har jobbet i noe motvind, både i forhold til ledelse og ansatte, for å få interesse og gjennomslag for kunnskapsutvikling på dette området. Hvordan kan denne motstanden forklares?

De ansattes kompetanse ligger innenfor *transformasjonssystemet* (Busch et. al 2010). Når kompetansen, reglene, prosedyrene, utstyr og tilgjengeligheten til utstyr ikke er god nok, vil dette ha konsekvenser for tjenestens kvalitet, effektivitet og økonomi. Et lavt nivå på forflytningsområdet vil ha negative konsekvenser for de ansatte (lidelser), for brukerne (lidelser og redusert funksjonsevne), og virksomheten (sykefravær, vikarbruk, utgifter). Dette vil påvirke bidrags og belønningsbalansen for mange av interessentene. Og hvis det er slik at det er en klar sammenheng mellom kompetanse og utvikling av muskel- og skjelettlidelser, hvorfor er ikke interessentene innenfor *koalisjonssystemet* tilsynelatende villige nok til å påvirke bidrags og belønningsbalansen positivt ved å investere i kunnskapsutvikling og atferdsendring? Arbeidsgiver med investeringskostnader i kunnskap, hjelpemidler/verneutstyr og rutiner/prosedyrer, og de ansatte med tilegnelse av forflytningskunnskap og forflytningsteknikk. Kan også dette forklares ut fra at interessentene *ikke vet at de ikke vet*? Eller kan det finnes andre forklaringer?

”For at en organisasjon skal bestå, må interessentene helst motta en belønning som er større enn bidraget.” (Busch et. al. 2010:30)

Kan det være slik at arbeidsgiver fram til nå ikke har vurdert at en mulig belønning av et bidrag (investeringer) ikke har vært stort nok, og derfor kanskje ikke har prioritert området høyt nok så langt? Kanskje belønningen vil anses som svært mye høyere om noen få år når den store eldrebølgen ”flommer” inn over sykehjemmene. Da vi en av de store utfordringene være å få nok kvalifisert personell til helse og omsorgsarbeid. Viktige strategier kan da være å bedre rekruttering gjennom utdanning, redusere turnover, heve den reelle pensjonsalderen og

redusere sykefraværet. Da blir kanskje det forebyggende og helsefremmende arbeidet blant annet i forhold til muskel- og skjelettlidelser viktigere enn noen gang.

Kan det være slik at de ansatte i for stor grad definerer helseplager som et privat anliggende, slik at minusbelønning i form av plager ikke trekkes inn som en del av i bidrags- og belønningsbalansen? Kan det også være slik at velferdsstatens goder (rett til sykepenger og behandling) påvirker balansen mellom bidrag og belønning på en slik måte at dette kompensere for tap av helse? Kan det være slik at lidelsen for mange er til å leve med – og terskelen for å bli sykemeldt på grunn av lidelsen er for lav?

Mange tror at den eneste måten å bli helbredet på, er timer med behandling til fysioterapeut. Fysioterapeuter sier det er vel så viktig – kanskje viktigere, å trene godt, hardt og riktig de musklene i kroppen som har det vondt, over tid. Dette er en investering/bidrag i form av innsats (tid/penger) som mange kanskje synes er for høy i forhold til belønningen - et liv med lite eller ingen smerte.

## **Konklusjon**

Hvordan kan vi svare på forskningsspørsmålet vårt: *Finnes det sammenhenger mellom muskel- og skjelettlidelser og ansattes forflytningskunnskap og forflytningsteknikk?*

I utgangspunktet har vi hatt en klar antakelse om at det er en klar sammenheng – i alle fall teoretisk. Det vil si at dersom du jobber innen helse og velferdssektoren med forflytning som en daglig og høyfrekvent oppgave, må du ha riktige kunnskaper, ferdigheter og holdninger – utviklet innenfor forflytningsfaget, for å unngå eller begrense negative konsekvenser for din egen helse. Vår tolkning av data preges av denne antakelsen. Så kommer neste spørsmål – har de ansatte på sykehjemmene i vårt utvalg, riktige kunnskaper, ferdigheter og holdninger?

Data- og informasjonsmaterialet vårt gir ingen klare og entydige svar – de er motstridene. Vi er derfor nødt til å tolke dette ut fra hvilke data og informasjoner vi stoler mest på.

Vi vet fra tidligere at fysioterapeuter og ergoterapeuter hevder at

- gode forflytningskunnskaper og forflytningsteknikker er de mest forebyggende faktorer når det gjelder utvikling av muskel- og skjelettlidelser

- gode forflytningskunnskaper og forflytningsteknikker er et lite vektlagt fagområde i utdanningsinstitusjonene som utdanner profesjonene i sykehjem
- at arbeidsgivere og arbeidstakere har for dårlig kompetanse innen forflytningsfaget

Det overraskende i vår undersøkelse er at vi får et så stort avvik mellom ansattes forståelse av eget kompetansenivå og våre observatørens vurderinger. Vi ville hatt en helt annen situasjon dersom de ansatte hadde bedømt sin kompetanse lavere, og avviket hadde vært mindre – særlig i forhold til motivasjon og forståelse for å lære mer.

Handler atferdsforbedring i forhold til forflytning i helseorganisasjoner om enkelkretslæring, eller er det mer bakenforliggende og grunnleggende forhold som må endres – gjennom dobbelkretslæring? Kan det være slik at våre respondenter påberoper seg å ha god kompetanse på forflytning, som en forsvarsstrategi? I et slikt perspektiv kan man si at det er enkeltkretslæring som kjennetegner læringen som skjer i våre sykehjem. For å få til dobbelkretslæring må våre respondenter se på hvilke styrende verdier de jobber etter, vurdere det de faktisk gjør, konsekvensene av det - og så endre måten de jobber på.

Vi mener det er mye som taler for at våre observatører har rett når de sier at kunnskapen i forflytning og forflytningsteknikk ikke er så god som respondentene våre selv mener at den er. Dette velger vi å tro selv om de har observert et begrenset utvalg over relativt kort tid. Vi har tillit til at observasjonene har vært faglig forankret, men vi vet at observatørene også fikk bekreftet det de visste fra tidligere. Slik sett kan de ha vært preget av sine førforståelser i vurderingene. Likevel, med dette forbeholdet, velger vi å tro at kunnskapsnivået er alt for lavt i vårt utvalg. En viktig strategi for disse sykehjemmene bør være å satse tungt på utvikling av kunnskaper med faglig bistand.

Det vil bli en stor utfordring å motivere ansatte til å bygge forflytningskunnskap og utvikle bedre ferdigheter i forflytningsteknikker. En viktig forutsetning for motivasjon er *å vite at du ikke vet*, og erkjenne at det fins viten du ikke kan og ferdigheter du ikke mestrer. God forflytningskompetanse ut fra vår forståelse vil være evnen til å tilpasse atferden til situasjonen – i betydningen å kontinuerlig reflektere over gode løsninger/teknikker/atferd som er best mulig for hjelperen og pasienten i det øyeblikket det skjer. Og ikke innøvde teknikker hvor en tilpasser situasjonen til teknikken. Man må med andre ord bestrebe seg på å få til en

dobbeltkretslæring heller enn en enkeltkretslæring. Det er viktig å kunne stoppe opp og reflektere over det du faktisk gjør, og se at økt kompetanse på området vil kunne forebygge framtidige lidelser hos deg selv og dine kolleger. Slik kan en også forbedre livssituasjonen for de man er satt til å hjelpe og bidra bedre til å realisere utfordringer for velferdsstaten.

#### **4.3.4. Forskningsspørsmål 4**

*Finnes det sammenhenger mellom ledelse og utvikling av muskel- og skjelettlidelser?*

I denne sammenhengen er vi interessert å se på ledelse som funksjon, og hvilke sammenhenger som kan finnes mellom ledelse og utvikling av muskel- og skjelettlidelser. I vår forståelse utøver enhver som kan ta beslutninger innen et avgrenset område og som står ansvarlig for dem - ledelse.

På sykehjem er det flere formelle lederposisjoner med mer eller mindre avklarte roller i forhold til ansvar og myndighet. Enhetslederen er den som har delegert myndighet og ansvar gitt av rådmannen. Så har vi flere fagkoordinatorer (mellomledere) med fagansvar for større grupper av ansatte.. Disse danner ofte et lederteam sammen med enhetsleder – et forum for beslutning og ledelse av hele virksomheten. Et annet forum for beslutning er Arbeidsmiljøgruppen, som er et partssammensatt utvalg med leder, tillitsvalgt og verneombud. Gruppen har stor besluttende kraft gjennom medvirkning og enighet mellom partene. I tillegg har vi mye uformell ledelse – både identifiserbar og – for oss, ukjent. I varierende grad finnes det forflytningsveiledere og ryggombud på enhetene. Disse vil ha grader av faglig autoritet, men makt avgrenset så langt som den blir gitt, særlig fra enhetsleder. De ulike profesjonsgruppene har tradisjonell makt ut fra utdanningsnivå, og på individnivå fins det sannsynligvis former for posisjonsmakt (gitt i instruks), argumentasjonsmakt og personlig makt.

En kan diskutere om ledelse har betydning og eventuelt hvilken betydning det har. Vi tror at ledelse har stor betydning fordi det utøves ledelse på mange nivå og det tas et utall beslutninger som har betydning for virksomhetens interessenter. Vi ønsker her å belyse og analysere forskningsspørsmålet ved hjelp av teoriene knyttet til den konseptuelle foretaksmodellen. Teorigrunnlaget er de fire systemene – koalisjonssystemet, transformasjonssystemet, atferdssystemet, ledelsessystemet, interessenteori, kontrakter og forholdet mellom bidrag og belønning (Busch et. al. 2010). Hvordan fungerer



ledelsessystemet inn mot de tre andre systemene i forhold til oppfyllelse av kontrakter og balanse mellom bidrag og belønning?

Ledelsessystemet representert med enhetslederen, inngår kontrakter med interessenter i koalisjonssystemet. Kontrakter kan være skriftlige, tydelige og formelle, eller bære preg av uformelle forventninger – klare og uklare. Et høyt sykefravær hvor muskel- og skjelettlidelser er den dominerende årsaken, kan oppfattes som et kontraktsbrudd mellom ledelsessystemet og andre interessenter. Graden av opplevd kontraktsbrudd er avhengig av hvor klare kontraktene er formulert, og om interessentene ser eller forstår sammenhengen mellom muskel- og skjelettlidelser og forventninger til belønning.

Den tydeligste kontrakten i forhold til vårt tema, er i lederavtalen for 2010 mellom rådmann og enhetsleder i forhold til vårt tema, fellesmål 2:

**Mål 2. Alle enheter skal redusere sitt sykefravær. Gjennom dette skal enheten bidra til at kommunens samlede sykefravær går ned.**

**Tiltak**

Enhetsleder skal i sitt arbeid i arbeidsmiljøgruppen:

- Gjennomføre en grundig sykefraværsanalyse for 2009 i begynnelsen av året, kartlegge risikofaktorer i arbeidsmiljøet, utforme tiltak og finne et realistisk mål for redusert sykefravær på egen enhet for 2010 sammenlignet med 2009.
- Følge opp resultater fra medarbeiderundersøkelsen 2010
- Åpen og tillitsfull dialog mellom enhetsleder og alle medarbeidere
- Fortsatt styrke nærværet gjennom videreføring av arbeidet med nærværsfaktorer, rutiner og normer for fravær.
- Sikre bred deltakelse og involvering ved at nærvær og fraværsutvikling er gjennomgående tema i personalmøter.
- Være kjent med og utnytte tilgjengelige sykefraværstiltak og hjelpemidler fra kommunen og NAV

Lederavtalen bygger på rådmannens kontrakt med bystyret som har vedtatt at sykefraværet for hele kommunen skal ned til 9 %. En annen kontrakt er den som ansvarlig enhetsleder har med lovverket, i vårt tilfelle er Arbeidsmiljøloven viktig – som har et klart ansatteperspektiv i sitt

krav om helsefremmende arbeidsplasser.

Avtalen om et Inkluderende Arbeidsliv – inngått mellom partene i arbeidslivet og regjeringen, er også en kontrakt som forplikter ledelsessystemet på det enkelte sykehjem.

Kontraktene med andre interessenter er mer uklare, hvor det kan være vanskelig å se sammenhengen mellom årsak og virkning. I den grad muskel- og skjelettlidelser påvirker tjenestetilbudet negativt, dvs. at brukerne får et dårligere tjenestetilbud ved at det ikke er nok og riktig forflytningsutstyr, hyppig vikarbruk/skifte av pleiere, forflytningskompetansen svekkes på grunn av vikarbruk, ansatte ikke mestrer god forflytning pga smerter, ansatte har ikke god nok kompetanse osv, kan dette, i et teoretisk perspektiv, oppfattes av brukerinteressentene som om det ikke er balanse mellom bidrag og belønning.

Ledelsessystemet må oppfylle disse kontraktene for å tilfredsstille de ulike interessentene.

### **Analyse**

I vår spørreundersøkelse har vi mange spørsmål som kan knyttes direkte og indirekte til ledelse. Disse velger vi å gruppere i forhold til hvor de kan høre hjemme i forhold til transformasjonssystemet og atferdssystemet.

#### ***Transformasjonssystemet***

I transformasjonssystemet består både av et teknologisk system, dvs. utstyr, kompetanse og prosedyrer som er nødvendig for transformere bidrag gjennom produksjon over til belønning. Tre av spørsmålene kan knyttes til dette systemet.

*13. Enheten min har tilstrekkelig med hjelpemidler/verneutstyr til forflytning*

*14. På min enhet er hjelpemidlene/verneutstyr lett tilgjengelig*

*22. Jeg har god kompetanse/kunnskaper om forflytningsteknikk*

Som vi tidligere har dokumentert, så er respondentene i spørreundersøkelsen meget godt fornøyd med opplevd status på disse tre spørsmålene. På den annen side har vi informasjon fra våre observatører og intervjuer som gir et litt annet bilde. De ansatte anses å ikke ha

tilstrekkelig eller et godt nok nivå i forflytningskunnskap og forflytningsteknikk, og hjelpemidler og verneutstyr er ikke optimalt tilgjengelige eller tilstrekkelige. I følge våre observatører har to av sykehjemmene tilfredsstillende plassering (fast plass) og tilgjengelighet, de samme to har tilstrekkelig med utstyr – men på alle fire enheter er det ikke en optimal situasjon i forhold til riktig valg utstyr.

Videre sier observatørene i rapporten (kapittel 9.4):

Vanskelig å peke på generelle forskjeller mellom sentrene. Den klareste forskjellen er at et virker som om sykehjem D har en viss struktur og plan for opplæring av nyansatte + utstyr.

Sykehjem C har også en viss struktur i og med at de har godt med utstyr (heis), og på en sentral fast plass.

De fleste vi observerte på alle sykehjemmene viste (og på spørsmål om de kunne ha gjort noe annerledes/alternativt verneutstyr) begrenset kunnskap om hjelpemidler/verneutstyr.

I intervjuene har vi fått svar og begrunnelser som:

*”Alle vil nok svare at de har god kompetanse, men vi løfter mye her hos oss.”*

*”En forklaring kan være at vi ikke kan nok, og dermed opplever at vi har god kompetanse. Vi bruker for eksempel ett silkelaken når vi burde ha brukt to, og tenker at ett er bedre enn ingenting.”*

*”Liten bemanning kan være en medvirkende årsak til at vi løfter for mye (13 brukere pr ansatt på seinvakt), men det er likevel ikke en god begrunnelse for å løfte.”*

*”Verne- og hjelpeutstyr var lett tilgjengelig hos oss, blant annet med knagger i gangene og på rommene, men det ble fjernet fordi demente brukere ofte flyttet utstyr et rundt omkring.”*

*”Det er nok slik at forflytningskompetanse ikke har høy status i profesjonsoppfattelsen. Det er jo heller ikke en vektlagt kompetanse i utdanningen.”*

### **Atferdssystemet**

Atferdssystemet består av struktur, atferd, normer, verdier og kultur. Det kan være både formelle og uformelle normer og uttalte og ikke uttalte verdier – som i sum former og påvirker handlingene. I vår undersøkelse har vi syv spørsmål som kan belyse atferdssystemet i forhold til forflytning på våre sykehjem:

11. Jobber du daglig med brukere som må ha hjelp til forflytning?
12. Har du benyttet forflytningshjelpemidler, eller fått hjelp til forflytning av kollega/er de siste to dagene?
15. På min enhet er det fokus på å benytte seg av hjelpemidler til/ved forflytning av brukere
16. Min nærmeste leder er opptatt av at medarbeiderne bruker riktige hjelpemidler
17. Har du fått veiledning i forflytningsteknikk i 2009?
18. Har du gått kurs i forflytningsteknikk i 2009?
19. Jeg opplever lite press og stress på jobb

Samlet sett gir spørreundersøkelsen oss informasjon om at forflytning og bruk av forflytningshjelpemidler/verneutstyr er høyfrekvent atferd på sykehjemmene. Det er stort fokus (kanskje kultur) for å benytte seg av utstyr, og at ledelsen vektlegger bruk av riktige hjelpemidler. Svært få har imidlertid fått veiledning og kurs. En relativt stor andel ansatte opplever høyt press og stress på jobb.

Våre observatører påpeker en gjennomgående svakhet når det gjelder planer for undervisning og forflytning – som en del av en pleieplan. Sykehjem D har aktive forflytningsveiledere og et system som ivaretar forflytning i hverdagen, ikke alle har det.

I intervjuene har vi fått svar og begrunnelser som:

*”Forflytning er et fraværende tema i ledergruppen, selv om vi sørger for at det blir arrangert kurs internt.”*

*”Vi gjennomfører årlige kurs i forflytning for ansatte og vikarer. Disse kursene tar vi hånd om selv, og de er innrettet mot praktisk trening i teknikk og hjelpemidler.”*

*”Jeg har vært bevisst i utvalget av forflytningsveiledere, og det var viktig for meg å tilsette ”rævglæfs” – altså personer som virkelig sier i fra når de ser at det gjøres feil.”*

*”Det er nok liten bevissthet hos oss om at feil arbeidsmetodikk over tid kan føre til helseskader – som muskel og skjelettlidelser, men også psykiske lidelser.”*

*”Ledelsen har ikke hatt nok fokus på forflytning. Hver fløy har egen forflytningsveileder med særlig ansvar for nytilsatte og vikarer. Veilederne tar sjelden opp mangler og behov med ledelsen.”*

*”Vi mener at medarbeiderne er opptatte av å si i fra til hverandre når det løftes eller forflyttes feil.”*

De data og den informasjonen vi har samlet, gir oss grunn til å anta at ledelsen på de fire sykehjemmene samlet sett har vært opptatt av å sikre et forholdsvis godt nivå når det gjelder forflytningshjelpemidler og løfteutstyr. Vi er litt usikre på om slikt utstyr er skaffet til veie med formål om å redusere muskel- og skjelettlidelser, fordi denne type utstyr også har et produksjonsformål – dvs. nødvendig for å kunne produsere tjenestene. Vår usikkerhet bygger på at observatørens bedømming av ansattes atferd, som til en viss grad blir bekreftet gjennom intervjuene. Det kan være at ledelsen ikke forstår eller tar risikoen ved uheldig belastning alvorlig nok til å prioritere satsing på kompetanseutvikling og riktig atferd i forflytningssituasjoner.

Det ser også ut til å være en svakhet i systemer for kompetanseutvikling, veiledning og forflytningsplaner integrert i pleieplaner. Våre observatører mener at forflytningsplaner og pleieplaner må være integrerte blant annet fordi pleie og forflytning inngår i samme prosess. Hvis ledelsen hadde definert muskel- og skjelettlidelser som et stort og alvorlig problem for virksomheten, ville problemstillingen vært et gjennomgående tema i ledelsesprosessene. Vi har mer et inntrykk av temaet er relativt fraværende.

## **Konklusjon**

Hvordan kan vi svare på forskningsspørsmålet vårt: *Finnes sammenhenger mellom ledelse og utvikling av muskel- og skjelettlidelser?*

Vi har i vår undersøkelse samlet data og informasjon som er noe begrenset til å kunne dra entydige konklusjoner om forholdet mellom årsak og virkning på et så stort tema som ledelse. Likevel mener vi det er en del funn som gir oss grunnlag til å hevde at noen ledelsesmessige forbedringer på disse sykehjemmene og hos kommuneledelsen kan endre situasjonen i positiv retning.

Noen funn i negativ forstand er:

- *Ledelsen virker ikke opptatte nok av problematikken til tross for at omfanget av muskel- og skjelettlidelser er meget høyt.*
- *Det kan synes som om bygging av rett forflytningskompetanse ikke prioriteres, selv om det arrangeres noen kurs.*

- *Ledelsen sikrer ikke at det er et godt nok system hvor pleieplaner og forflytningsplaner integreres.*
- *Ledelsen ser ikke ut til å ta et godt nok ledelsesmessig grep om funksjonen forflytningsveiledere, og å prioritere godt nok de spesielle utfordringene som ligger i det å veilede kolleger.*
- *Det finnes tegn på at ledelsen privatiserer problematikken, dvs. gjøre en organisasjonsmessig problemstilling privat og individuell.*
- *Det finnes tegn på at ledelsen ikke ser sammenhengene mellom høyt sykefravær og forflytningskunnskap/forflytningsteknikk godt nok.*

Noen funn i positiv forstand er:

- *Ledelsen ser ut til å ha prioritert innsatsen mot løfte- og forflytningsutstyr.*
- *De ansatte oppfatter at ledelsen har fokus på forflytning.*

#### *Kommuneledelsen*

Ledelsessystemets kontrakter med interessentene i koalisjonssystemet er relativt klare, men forholdet mellom bidrag og belønning framtrer noe utydelig og komplisert. Hvordan kan en interessent i dette systemet vite om det er balanse – og, hva er bidragene og hva er belønningene. Den tydeligste forventede belønningen til rådmannen og politisk nivå er reduksjon i sykefraværet, men kompleksiteten i sykefraværproblematikken gjør det vanskelig for disse interessentene å sette mer makt bak kravene i kontraktene enn de allerede gjør - dersom belønningene ikke innfris eller de er lite målbare. Dessuten er sykefraværstatistikk på en liten populasjon som et sykehjem, et usikkert måleinstrument. Det er lett å skjule muskel- og skjelettlidelser under kategorien – individuelt og privat anliggende.

Kanskje kunne rådmannen ”justere siktet” noe, og inngå kontrakter med ledelsessystemet som direkte rettes inn mot kunnskapsutvikling, hjelpemidler/verneutstyr, planer og systemer. Felleskravene i lederavtalen som er presentert i analysen, må operasjonaliseres og målrettes slik at de treffer sykehjemmene hvor denne lidelsen dominerer.

#### *Sykehjemsledelsen*

I flg. Erik Johnsen (Busch et. al. 2010) kan ledelse betraktes som vedvarende prosess med involvering av ansatte. Han mener at ledelsesprosessen er smeltet sammen av

målformulerende, problemløsende og språkskapende atferd. Hvis vi anvender Johnsen's ledelsesteori, vil det være målformulerende prosesser innenfor de tre målkategoriene *driftsmål, tilpasningsmål og utviklingsmål*.

### ***Målformulert atferd***

Målformulering er vanskelig, og det er nødvendig at det arbeides etter riktige mål. I forhold til å redusere andelen ansatte med muskel- og skjelettlidelser, så snakker vi om langsiktig mål. Langsiktig - fordi denne lidelsen tar lang tid å utvikle og derfor også lang tid å forebygge. Samtidig vet vi også at temporære smerter (ikke kroniske) fort kan forebygges og helbredes ved fravær av uheldige belastninger. Gode målformuleringer kan dermed også bidra til umiddelbare effekter.

### ***Driftsmål***

Driftsmålene må formuleres slik at den kompetansen, hjelpemidler/verneutstyr og systemer virksomheten har, utnyttes og brukes i praksis. En må analysere nåsituasjonen opp mot de ressurser virksomheten disponerer, registrere eventuelle avvik og få driften raskt opp på et optimalt nivå. Gode risikoanalyser av vanlige forflytningssituasjoner, kan gi gode og presise driftsmål. Dermed kan en relativt hurtig avdekke åpenbare avvik i forhold til arbeidets organisering, tekniske hjelpemidler, kunnskap, ferdigheter og organisasjonskultur.

### ***Tilpasningsmål***

Målene må tilpasses endringer i koalisjonssystemet (nye kontrakter), transaksjonssystemet (ny teknologi, ny kunnskap, nye ansatte, nye brukere og pårørende) og atferdssystemet (endret praksis, verdier, holdinger, organisasjonskultur). Verken egen organisasjon eller omgivelsene er stabile eller statiske, og sykehjemmene må identifisere viktige bevegelser og endringer internt og eksternt for å presisere tilpasningsmålene.

### ***Utviklingsmål***

Disse målene settes ut fra krav til belønninger som forhandles fram i koalisjonssystemet, men like mye for å kunne tilby interessentene stadig bedre belønninger. Utviklingsmålene skal møte fremtiden – i vår sammenheng, skape arbeidsplasser som utvikler god helse, og er helsefremmende. Det vil være et viktig mål for å realisere velferdsstatens utfordringer når det gjelder denne type tjenesteproduksjon.

### ***Problemløsende atferd***

Erik Johnsen betrakter problemløsning som en viktig dimensjon i ledelsesprosessen. En problemløsning styres av målene, og vil være avgjørende for hvilke alternativer som er de beste. Problemløsningsprosessen kompliseres hvis en må forholde seg til motstridende mål, og det vanskeliggjøres ytterligere dersom en har dårlige rutiner for problemløsning eller manglende kompetanse (Busch, et al 2010).

Johnsen skisserer tre metoder eller hovedstrategier i problemløsningsprosesser; *analyse/syntese, samarbeid/interaksjon og søke/lære* (kapittel 2.11.2).

For problemstillinger knyttet til muskel- og skjelettlidelser vil vi anbefale å løse problemstillingene gjennom *samarbeid* og *interaksjon* med de ansatte. Problemstillingen angår de aller fleste ansatte, og det er nødvendig å ta med alle i de beslutningsprosessene som står foran – for å sikre de beste beslutningene, eierskap og forståelse for de valg som tas. Det vil også være behov for *søke- og læreprosesser* blant annet fordi problemstillingen ofte er knyttet til lokale og særegne forhold. Brukergruppens sammensetning, arkitektur inne/ute eller utstyr/hjelpemidler er lokalt, særegent og spesielt.

### ***Språkskapende atferd***

Den siste dimensjonen Johnsen legger vekt på er språkskapende atferd eller kommunikasjon. Ledelse er samspill mellom mennesker som må være i stand til å kommunisere med hverandre med samme språk, og et språk som er presist, tilpasset og hensiktsmessig for å kunne løse problemer og nå mål. Språk er tett sammenvevd med kunnskaper og forståelse, og i vår sammenheng termer og begreper innenfor forflytningskunnskap og forflytningsteknikk. Johnsen skiller mellom tre språk; *beslutningsspråk, atferdsspråk og systemspråk*. (Kapittel 2.11.2).

For å løse problemstillinger knyttet til muskel- og skjelettlidelser vil det være behov for et godt *atferdsspråk* og *systemspråk*. Atferdsspråket er utviklet til å forstå og regulere individuell-, gruppe- og organisasjonsmessig atferd, mens systemspråket siktes inn på hvordan systemer fungerer. Vi tror det er behov språk som hjelper ledelse og ansatte til å forstå og snakke om menneskekroppen i samspill med teknologien, risiko og risikovurdering,



fysiske krefter og lover, systemer og prosedyrer som kvalitetssikrer atferd og et språk som bidrar til å læring og utvikling av gode teknikker og metoder.

Våre anbefalinger som innenfor rammen av de teoriene vi har valgt, er generelle, men vi tror at dette kan være en farbar strategi for å ta ledelsesmessige grep for utvikling av en helsefremmende arbeidsplass, en lærende organisasjon og reduksjon av det høye omfanget av muskel- og skjelettlidelser på sykehjem.

## **5. REFLEKSJON**

Vi har gjennomført en studie i egen organisasjon i den forstand at vi har samme arbeidsgiver som de vi har ”studert”. Det å skulle gjennomføre en studie som dette har krevd at vi har hatt respekt for andre enheters utfordringer og arbeidsoppgaver i vårt møte med ansatte og ledelse ved enhetene vi har forsket på. Som ledere i kommunal sektor har også vi utfordringer både som arbeidsgivere og som ledere, og heller ikke vi er forskånet for et visst sykefravær ved våre enheter. Vi har måttet se på de vi skulle studere med ”nye og uforutinntatte” øyne og ikke lagt vekt på ”hvordan vi ville løst dette problemet”.

Samtidig har vi en ydmykhet i forhold til hvor enkelt det er for oss som kikker inn i en organisasjon til å komme med forslag og ha meninger om hvordan andre bør organisere arbeidet, jobbe med risikoanalyser, endringer, forbedringer, kompetanseutvikling – og utøve ledelse. Vi vet at i hverdagen er dette krevende – ikke minst å komme ut av driftens uttallige oppgaver og utfordringer, slik at en kan frigjøre tid og krefter til å forstå seg selv og omgivelsene. Slik at en kan jobbe strategisk godt og målbevisst i forhold til ledelsen av målformulerings-, problemløsnings- og språkskapingsprosessene.

Vi ser og erfarer gjennom våre samtaler og vårt materiale at det utøves en viktig og krevende jobb ved våre sykehjem, dette er for så vidt ingen ny kunnskap for oss, men har gjort at vi har reflektert over at det er en mangfoldig organisasjon vi arbeider i. Dette studiet har gitt oss en grunnleggende kunnskap og forståelse av hvor viktig læring, kompetanse og kunnskap er på alle nivå også i vår organisasjon.

## 6. SVAR PÅ PROBLEMSTILLINGENE

Våre forskningsspørsmål dreier seg om det finnes sammenhenger mellom muskel – og skjelettlidelser og arbeidsmiljøfaktorer som løfte – og forflytningshjelpemidler/verneutstyr, stress og press på jobb, ansattes kunnskaper om forflytning og forflytningsteknikk, - og hva ledelse kan ha å si for utvikling av muskel – og skjelettlidelser?

### *Løfte- og forflytningshjelpemidler/verneutstyr*

I vår studie finner vi ikke at tilgjengelighet eller utstyrsnivå av løfte- og forflytningshjelpemidler på sykehjemmene i vårt utvalg, kan være en direkte årsak til den relativt høye andelen av muskel- og skjelettlidelser. Vi mener at disse sykehjemmene er rimelig godt utstyrt og at utstyret er forholdsvis godt organisert og tilgjengelig i løfte- og forflytningssituasjoner. Slik sett er det godt mulig at situasjonen på dette området virker helsefremmende og forebyggende.

### *Stress og press på jobben*

I vår studie kan vi ikke bevise at det er en direkte sammenheng mellom stress og press på jobb og muskel- og skjelettlidelser. Vi tror ut fra våre begrensede data og den informasjonen vi har fra forskning og tjenestens egenart, at stress og press er en medvirkende årsak til at disse lidelsene utvikles. Vi vet også at stress alene kan gi slike lidelser, og kombinasjonen av stress og uheldige belastninger vil sannsynligvis virke forsterkende på hverandre.

### *Forflytningskunnskap og forflytningsteknikk*

I vår studie mener vi at vi har data og informasjon som sannsynliggjør at kunnskapsnivået hos de ansatte i vårt utvalg er for lavt i forhold til hva de daglige oppgavene krever når det gjelder bruk av løfteutstyr, forflytningsutstyr og forflytningsteknikker. Vi mener det er nødvendig å få kunnskapen opp på et nivå hvor det er samsvar mellom nødvendig kunnskap og oppgavene. Et høyere nivå vil etter vår mening være helsefremmende og forebyggende. Målrettede tiltak som utvikler forflytningskunnskap, forflytningsteknikk og risikoforståelse vil kunne redusere både temporære lidelser (på kort sikt) og kroniske lidelser (på lenger sikt).

### *Ledelse*

Det finnes data og informasjon i vår studie som indikerer behov for ledelsesmessige forbedringer som vil kunne redusere omfanget av muskel- og skjelettlidelser. Vi mener at

ledelsen i sykehjemmene i vårt utvalg, kan bli mye bedre i å bygge en læringskultur og sikre at de ansatte har og utvikler nødvendige forflytningskunnskaper, ferdigheter i å bruke løfte- og forflytningsutstyr og forflytningsteknikker. Det bør utvikles bedre systematikk i planverket – særlig når det gjelder pleie- og forflytningsplaner. Dessuten er det viktig å bygge en organisasjonskultur som har fokus på sikkerhet og helse – både for brukerne og de ansatte.

#### *Vår undersøkelse i et holistisk perspektiv*

Svært mange forbedringer må gjennomføres på organisasjonsnivå – med bakgrunn i de teoriene vi har valgt, i koalisjonssystemet, transformasjonssystemet, atferdssystemet og ledelsessystemet. Helseloven og Arbeidsmiljøloven styrer de to viktige hovedoppdragene for sykehjemmene – et godt helse- og omsorgstilbud for brukerne og et helsefremmende arbeidsmiljø for de ansatte. Vi mener at disse to oppdragene i forhold til vårt tema, henger sammen – og står derfor ikke i konflikt med hverandre.

#### *Vår undersøkelse i et individperspektiv*

Mange av de forbedringene vi foreslår er avhengig av det enkelte individ. Det må ligge en klar forpliktelse hos den enkelte, som profesjonell, å bidra til et godt og helsefremmende arbeidsmiljø. I det ligger å delta i kompetanseutvikling i regi av egen organisasjon, ha interesse av å lære og ta et kollektivt ansvar for at organisasjonen bygger riktige kunnskaper og utvikler en god sikkerhetskultur. Vi har data i vårt materiale som vi ikke har analysert, som belyser forhold utenfor jobb. På generelt grunnlag mener vi at individet som ansatt, må forholde seg bevisst til de belastninger jobben og fritid gir, og på egen hånd ta ansvar for nødvendig trening, hvile og restitusjon. Innenfor vårt tema vil det helt klart gi en helsegevinst å trene de deler av kroppen som utsettes for belastninger og holde seg i god form.

#### *Generaliserbarhet*

Vår undersøkelse bygger på data fra et lite utvalg sykehjem, og resultatene er lokale. Samtidig er det slik at symptomene er generelle – andelen muskel- og skjelettlidelser har en høyere forekomst i sykehjem enn i arbeidslivet for øvrig - særlig for hjelpepleiere og sykepleiere (Lunde 2003).

Vi vil mene at våre funn knyttet til løfte- og forflytningsutstyr ikke kan generaliseres fordi vi ikke vet noe om utstyrssituasjonen eller organiseringen av den på andre sykehjem i

Trondheim kommune eller landet for øvrig. Når det gjelder stress og press, så vil det være både et lokalt og generelt fenomen. Vi kan ikke ut fra våre undersøkelser skille ut hva som er lokalt og hva som er generelt, men vi tror at sykehjemmene i Trondheim har mange likhetstrekk og at våre funn burde være interessante for hele organisasjonen. Det samme vil vi hevde når det gjelder kunnskapsnivået. Særlig fordi våre observatører har generell kunnskap om situasjonen i kommunen. Det de har observert i vårt utvalg, bekrefter erfaringene de allerede har. Vi mener også at forflytningskunnskap og forflytningsteknikk må sterkere inn i utdanningene på høgskolenivå slik at kunnskapsområdet blir en integrert del av profesjonene. Når det gjelder ledelse, holder vi på at våre funn er vanskelig å generalisere. Men vi mener at kommuneledelsen, ut fra kunnskap om den relativt høye andelen av muskel- og skjelettlidelser innen tjenesteområdet, må styre sterkere i koalisjonssystemet for å heve kompetansen i sektoren - blant annet gjennom lederavtalene.

## **7. AVSLUTNING**

Filstad (2010) viser til studier om arbeidsplassen som en meget viktig læringsarena kolleger imellom. De må ha både tid til læring, mulighet for det og et ønske om å lære praktisk og teoretisk sammen. Det forutsettes at ledelse og medarbeidere utvikler sosiale relasjoner i et praksisfellesskap for å kunne utnytte tause og erfaringsbasert kunnskap. Svarene på spørsmål 20 i vår undersøkelse viser at våre respondenter trives sammen med kollegene på jobb. Ut fra dette skulle det være muligheter for å få til gode læringsarenaer også. Når vi løser oppgaver sammen fører det til at vi diskuterer og reflekterer mer enn om vi løser oppgavene alene (ibid). At virksomheter ikke alltid får til denne formen for læring, skyldes ifølge Filstad (2010) ofte at de ikke har nok fokus på det de gjør, tilgjengeligheten til hverandre er for dårlig, eller at de rett og slett ikke setter av nok tid til læring i hverdagen. Det blir derfor ekstra viktig å vise til lederens ansvar for å legge til rette for at slik læring kan skje. For at kunnskapsdeling skal være mulig må ansatte ha tillit, - det er ifølge Filstad (2010) avgjørende for at kunnskapsdeling skal kunne skje. Dette er også noe Newell et. al (2002) viser til når hun sier at tillit og omsorg er viktige ingredienser for å få til kunnskapsdeling og når ny kunnskap skal formes og utvikles. Læring kan foregå på flere måter, og det er flere organisasjonsformer som fremmer læring, for eksempel er coaching, veiledning, fadderordninger og mentorordninger (Filstad 2010).

Mennesker lærer gjennom endring, og når vi bruker slike virkemidler kan refleksjon, læring og endring skje. Som vi var inne på i kapittel 2 så betyr det å ha en *sterk* læringskultur at ansatte sammen kan reflektere over det de gjør, at de forstår hvorfor de lærer og hvorfor det er nødvendig å tilrettelegge for læring og kunnskapsutvikling. Det er viktig å vite hvorfor (know why), vite noe om (know that) og vite hvordan (know how). Vi mener en av de viktigste ledelsesoppgavene er å skape en sterk læringskultur - *også* med tanke på å forebygge sykefravær og sykdom.

Den beste måten å redusere sykefraværet på, er å forebygge at fraværet oppstår. Den enkelte leder må se på faresignalene (risiko) ved egen enhet, og analysere og vurdere hvordan det best kan legges til rette for at sykefravær ikke oppstår. Vi tror derfor at en målrettet bygging av kunnskap hos den enkelte medarbeider er avgjørende. Det må gis tid og godt rom for videreutvikling både av den enkelte medarbeider og av enheten. Vi har sett på at refleksjon er viktig for læring - medarbeiderne må få faglig påfyll og mulighet til å reflektere over praksis og teori.

Det er i møtet mellom praksis og teori at ny erkjennelse oppstår og atferd endres. Vi har et ordtak som sier at *mange bekker gjør en stor å*. Muskel- og skjelettlidelser utvikles vanligvis over tid hvor belastningsgrad og frekvens er to viktige faktorer. Mange ”bekker” kan derfor bli til et stort åhh – en smertefull lidelse.

## LITTERATURLISTE

- Abrahamsen, B. (1986). *Harde yrker i myk sektor*, Institutt for samfunnsforskning, Oslo  
Arbeidstilsynet. Veilededer best.nr. 538 – bokmål. (2006) *Hvordan forebygge yrkesrelaterte muskel- og skjelettlidelser*
- Argyris, C. og Schön, D. (1978). *Organizational learning: A theory of Action Perspective*, Reading, Mass.: Addison Wesley-Publ. Company
- Bjørvik, K. I. og Haukedal, W.(1997). *Arbeids- og lederpsykologi*, Oslo 1997, Cappelen Akademisk Forlag as,
- Busch, T., Johnsen, E., Valstad, S. J. og Vanebo, J. O. (2007). *Endringsledelse i et strategisk perspektiv*, Oslo, Universitetsforlaget
- Busch, T., Vanebo, J. O. og Dæhlin, E. (2010). *Organisasjon og organisering*, Oslo, Universitetsforlaget
- Emerson, R. M. (1962). *Power-Dependence Relations*, American Sociological Review
- Engkvist, I.-L. m.fl. (2000). *Risk indicators for reported over-exertion back injuries among female nursing personnel*. Epidemiology, vol. 11(5): 519-22
- Escolas Ordbok Bokmål* (1996). Escolas Forlag
- Filstad, C. (2010). *Organisasjonslæring – fra kunnskap til kompetanse*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Gottschalk, P. (2004). *Informasjonsteknologi i kunnskapsledelse*, Oslo, Universitetsforlaget
- Gotvassli, K.-Å. (1999). *Case studier – bakgrunn og gjennomføring*, Arbeidsnotat nr. 81, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Steinkjer 1999
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk etter kokebokmetoden*, Oslo, Ad Notam Gyldendal
- Haukedal, W. (2004). *Arbeids- og lederpsykologi*. Oslo, Cappelens Akademiske Forlag
- Holter, Ø. G., Svare, H. & Egeland, C.: *Likestilling og livskvalitet 2007*. AFI-rapport 1/2008 [http://www.afi.no/stream\\_file.asp?iEntityId=2614](http://www.afi.no/stream_file.asp?iEntityId=2614)
- Holme, I. M., og Krohn Solvang, B. (1996). *Metodevalg og metodebruk*, Oslo, TANO
- Høgskolen i Nesna (2010). Studieplan. [www.hinesna.no/node/3202](http://www.hinesna.no/node/3202)
- Høgskolen i Buskerud (2010). Studieplan. [www.hibu.no/studietilbud/helsefag](http://www.hibu.no/studietilbud/helsefag)
- Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv 1. mars 2010-31. desember 2013 (IA-avtalen)
- Irgens, E. (2008). Foredrag om *Profesjon og organisasjon* (ppt-fil) <http://www.hint.no/~eii/>

Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*, Kristiansand, Høyskoleforlaget

Johnsen, E. (1984). *Introduksjon til ledelseslære*, Nyt Nordisk Forlag, København

Johnson, J. V. & Hall, E. M. (1988). *Job strain, workplace support and cardiovascular diseases: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population*, American Journal of Public Health, Vol. 78 Issue 10 1336-1342  
<http://ajph.aphapublications.org/cgi/content/abstract/78/10/1336>

Johnsson, J., Lugn, A., Rexed, B. (2006). *Langtidsfrisk, slik skapes helse, effektivitet og lønnsomhet*, Genesis

Knardal, S. (2000). *Arbeid, stress og helse*. I: Einarsen, S & Skogstad, A: Det gode arbeidsmiljø, Krav og utfordringer, Bergen, Fagboklaget Vigmostad & Bjørke AS  
Kommunesektorens interesse – og arbeidsgiverorganisasjon; <http://www.ks.no>

Koren, P. C. og Lindøe, P. H. (2008). *Metoder for bedre arbeidsmiljø: involvering og gode prosesser*, Gyldendal

Kristensen, T. S. (2001). Arbeidsmiljøinstituttet. København

Lederavtale (2010). Trondheim kommune

Lien L., og Gjernes T. (2009). - *Miljøet hos oss er helt konge! Om nærvær og (syke)fravær i kommunale sykehjem og barnehager i Norges fem største byer*. NF-rapport nr. 11/2009

Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven)  
LOV-2005-06-17-62 <http://www.lovdata.no/all/nl-20050617-062.html>

Lov om folketrygd (folketrygdloven) LOV 1997-02-28-19 <http://www.lovdata.no/all/nl-19970228-019.html>

Lunde, P. H. (2003). *Forflytningskunnskap*, Gyldendal Akademisk

Marsdal, M. E. (2010). *Sykelønn ABC. Fakta og argumenter om arbeidsliv og helse*. Forlaget Manifest AS

Medarbeiderundersøkelsen 2010, Trondheim kommune

Newell, S., Robertson, M., Scarbrough, H. & Swan, J. (2002). *Managing Knowledge Work*, Palgrave Macmillan

Nordhaug, O. (red.) (2006). *Kunnskapsledelse, Trender og utfordringer*, Universitetsforlaget

NRK (2010). *Fant 5263 varslede lovbrudd i Helse-Norge*.  
<http://nrk.nonyheter/norge/1.7219839>

Nyeng, F. (red.) og Wennes, G.(red.) (2005). *Kan organisasjoner føle?* Oslo, Cappelen Akademisk Forlag

- Nytrø, K., *Årsaker og muligheter. En oversikt over årsaker til fravær og muligheter for forebygging*, SINTEF rapport, rapport nr. STF38 A97510 1997, Tapir Trykk 1997
- Perrow, C. (1967). *A framework for the comparative analysis of organizations*. American Sociological Review
- Polanyi, M. (2000). *Den tause dimensjonen, En introduksjon til taus kunnskap*, Oslo, Spartacus forlag AS
- Påsche, A. og Aspenes, E. H. (2009). *Vurdering av to alternative pasientforflytningssystem med takmontert personløfter* SINTEF rapport 2009
- Rapport fra arbeidsgruppe 28.8.2007 *Pasientforløp. Langvarige muskel- og skjelettlidelser i Helse Nord*
- Rennemo, Ø. (2006). *Levèr og lær*, Oslo, Universitetsforlaget
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold, samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Rohlin, L., Skärvad, P-H., Nilsson, S. Å. (1994). *Strategisk Ledarskap i Lärsamhället*, Dalby MiL Publishers AB
- Roness, A. Og Matthiesen, S. B. (2002). *Utbrent: krevende jobber – gode liv*, Bergen, Fagbokforlaget
- Storm, M. L., Stenset, W., Tangvold, R. (2010). *Naturlige bevegelser – Hvordan forflytte brukerne på en god måte*, Trondheim kommune v/Arbeidsmiljøenheten
- Sørensen, BA., Dahl- Jørgensen, C., og Skogstad, A. (1998). *Arbeid og arbeidshelse i pleie- og omsorgssektoren – En kunnskapsoversikt med forslag til modellforsøk*, AFIrapport6/1998. Oslo, Arbeidsforskningsinstituttet
- Thagaard, T. (2003). *Systematisk innlevelse, En innføring i kvalitativ metode*, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- von Krogh, G., Ichijo, K., og Nonaka, I. (2007). *Slik skapes kunnskap, Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenking i organisasjoner*, Oslo, N. W. Damm & Søn
- Westeren, K. I. (2010). *Kunnskap og konkurransevne hos Aker Verdal*, Høgskolen i Nord-Trøndelag, Utredning nr. 119, Steinkjer 2010

## **Figurer, foto og tabeller**

Figur 1 *Risikoanalyse – gulvmodellen*



## Figur 2 *Karasekmodellen*

[www.it.uu.se/edu/course/homepage/hcinet/ht04/lectures/lecture7/karasek.gif&imgrefurl=http://www.it.uu.se/edu/course/homepage/hcinet/ht05/lectures/lecture7%3Fprintable%3Dyes&h=300&w=500&sz=15&tbnid=MevYi60qGyFeaM:&tbnh=78&tbnw=130&prev=/images%3Fq%3Dkarasek%2Bmodel&zoom=1&hl=en&usg=\\_\\_o6afdoNN-7Us1GbEP1ovVdhI09c=&sa=X&ei=ZOt0TI7HCIubOM7Lqd4G&ved=0CC8Q9QEwBg](http://www.it.uu.se/edu/course/homepage/hcinet/ht04/lectures/lecture7/karasek.gif&imgrefurl=http://www.it.uu.se/edu/course/homepage/hcinet/ht05/lectures/lecture7%3Fprintable%3Dyes&h=300&w=500&sz=15&tbnid=MevYi60qGyFeaM:&tbnh=78&tbnw=130&prev=/images%3Fq%3Dkarasek%2Bmodel&zoom=1&hl=en&usg=__o6afdoNN-7Us1GbEP1ovVdhI09c=&sa=X&ei=ZOt0TI7HCIubOM7Lqd4G&ved=0CC8Q9QEwBg)

## Figur 3 *Kommunikasjonsklima* (Rennemo 2006:101)

### **Foto**

Foto side 1 *Carl Erik Eriksson*, Trondheim kommune

Foto side 23 *Hans Jacob Busch*, Trondheim kommune

### **Tabeller**

Tabell 1 *Sykehjem, sykefravær og svarprosent*

Tabell 2 *Forskningsspørsmål 1*

Tabell 3 *Forskningsspørsmål 2*

Tabell 4 *Forskningsspørsmål 3*

Tabell 5 *Forskningsspørsmål 4*

Tabell 6 *Kjønn*

Tabell 7 *Alder*

Tabell 8 *Tilsetningslengde*

Tabell 9 *Utdanning*

Tabell 10 *Stillingsandel*

Tabell 11 *Ansettelse*

Tabell 12 *Sykemeldt av lege*

Tabell 13 *Sykemeldt pga muskel- og skjelettlidelser*

Tabell 14 *Sammenheng mellom arbeid og sykdom*

Tabell 15 *Egenmeldt fravær pga muskel- og skjelettlidelser*

Tabell 16 *Forflytning som en del av jobben*

Tabell 17 *Bruker forflytningshjelpemidler/verneutstyr*

Tabell 18 *Tilstrekkelig med hjelpemidler/verneutstyr*

Tabell 19 *Tilgjengelighet av hjelpemidler/verneutstyr*

Tabell 20 *Fokus på å benytte hjelpemidler*

Tabell 21 *Leder er opptatt av bruk av hjelpemidler/verneutstyr*

Tabell 22 *Har fått veiledning i forflytningsteknikk*

Tabell 23 *Har fått kurs i forflytningsteknikk*

Tabell 24 *Opplevelse av press og stress på jobb*

Tabell 25 *Trivsel på jobben*

Tabell 26 *Be om hjelp til forflytning*

Tabell 27 *Egen kompetanse i forflytning*

Tabell 28 *Fritid og belastning i forhold til muskel- og skjelett*

Tabell 29 *Balanse i livet mellom arbeid, fritid, hvile og søvn*

Tabell 30 *Stress og press på fritiden*

Tabell 31 *Trening av muskler på fritiden*

Tabell 32 *Gå og sykle på jobb*

Tabell 33 *Mosjon på fritiden*

Tabell 34 *Fysikalsk behandling for muskel- og skjelettlidelser*

Tabell 35 *Sykemeldt pga muskel- og skjelettlidelser*

Tabell 36 *Korrelasjonstabell 1*

Tabell 37 *Sykemeldt pga muskel- og skjelettlidelser*

Tabell 38 *Korrelasjonstabell 2*

Tabell 39 *Korrelasjonstabell 3*

Tabell 40 *Medarbeiderundersøkelsen*

Tabell 41 *Korrelasjonstabell 4*

Tabell 42 *Korrelasjonstabell 5*

Tabell 43 *Korrelasjonstabell 6*

Tabell 44 *Korrelasjonstabell 7*

Tabell 45 *Korrelasjonstabell 8*

## **VEDLEGG**

### **Vedlegg 1 Spørreskjema**

#### **Spørreundersøkelse**

#### *Muskel og skjelettlidelser*

Innen Helse og velferd i Trondheim kommune er muskel og skjelettlidelser den største diagnosen blant sykemeldte medarbeidere (i gjennomsnitt ca 38 % av alle sykemeldte). I hvor stor grad kan den relative store andelen av muskel og skjelettlidelser skyldes arbeidsmessige forhold.

Ann Karin Martnes, enhetsleder Østbyen Helse og velferdskontor og Hans Jacob Busch, enhetsleder Arbeidsmiljøenheten, vil i sin masteravhandling ved MKIL ved Hint forsøke å finne svar på dette spørsmålet. Derfor trenger vi data og opplysninger som bare du kan gi oss.

Vi er avhengig av at du tar deg tid til å svare på 30 spørsmål. Det tar ikke lang tid, men svaret ditt vil være avgjørende for å få mer kunnskap om disse spørsmålene – slik at Trondheim kommune kan jobbe mer målrettet mot arbeidsplasser som bidrar til god helse – helsefremmende arbeidsplasser.

Ditt svar blir konfidensielt behandlet. Det innebærer at ingen andre enn du selv vet hva du har svart. Vi er opptatt av å få inn så mange svar at det kan gi oss nok informasjon til skape mer viten og kunnskap. Svaret ditt legger du lukket i vedlagte konvolutt som du leverer til din enhetsleder.

På forhånd takk for at du har tatt deg tid til dette.

Enhet A, B, C, D

Svarfrist

## SPØRRESKJEMA

Sett kun *ett* kryss for hvert punkt.

**1. Kjønn:**  Kvinne  Mann

**2. Alder:**  Under 30 år  30-49 år  50-59  60 år eller eldre

**3. Hvor lenge har du vært ansatt i Trondheim kommune?**

Under 3 år  3-10 år  Over 10 år

**4. Høyeste fullførte utdanning?**

Grunnskole  Videregående skole  Fagskole

Høgskole/Universitet, bachelor o.l.  Høgskole/Universitet, mastergrad o.l.

**5. Hvilken stillingsprosent jobbet du i 2009?**

100 %  50 – 100 %  Under 50 %

**6. Var du fast ansatt i 2009?**

Ja  Nei  Bare i en del av stillingen

**7. Var du sykemeldt (av lege) i 2009 i mer enn to uker i ett:**

1 gang  2-3 ganger  Flere enn 3 ganger  Var *ikke* sykemeldt i 2009

**8. Dersom du var sykemeldt, - var sykefraværet relatert til muskel og/eller skjelettlidelser?**

Ja  Ja, men ikke alle gangene  Nei  Usikkert

**9. Dersom du var sykemeldt, - mener du at sykefraværet var relatert til dine arbeidsoppgaver og fysiske belastninger ifht disse?**

Ja  Nei  Usikkert

**10. Hadde du sykefravær, egenmeldt eller sykemeldt av lege og som varte *under to uker* i 2009 og som skyldes muskel og/eller skjelettlidelser?**

Ja, en gang  Ja, flere ganger  Nei

**11. Jobber du daglig med brukere som må ha hjelp til forflytning?**

Ja  Nei  Bare av og til  Nei, men jeg hjelper kolleger dersom de trenger hjelp

**12. Har du benyttet forflytningshjelpemidler, eller fått hjelp til forflytning av kollega/er de siste to dagene?**

Ja  Nei

**13. Enheten min har tilstrekkelig med hjelpemidler/verneutstyr til forflytning**

**Enig**            **Delvis enig**            **Delvis uenig**            **Uenig**            **Vet ikke**

**14. På min enhet er hjelpemidlene/verneutstyr lett tilgjengelig**

**Enig**            **Delvis enig**            **Delvis uenig**            **Uenig**            **Vet ikke**

**15. På min enhet er det fokus på å benytte seg av hjelpemidler til/ved forflytning av brukere**

**Enig**            **Delvis enig**            **Delvis uenig**            **Uenig**            **Vet ikke**

**16. Min nærmeste leder er opptatt av at medarbeiderne bruker riktige hjelpemidler**

**Enig**            **Delvis enig**            **Delvis uenig**            **Uenig**            **Vet ikke**

**17. Har du fått veiledning i forflytningsteknikk i 2009?**

Ja  Nei

**18. Har du gått kurs i forflytningsteknikk i 2009?**

Ja  Nei

**19. Jeg opplever lite press og stress på jobb**

| <b>Enig</b>              | <b>Delvis enig</b>       | <b>Delvis uenig</b>      | <b>Uenig</b>             | <b>Vet ikke</b>          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**20. Jeg trives sammen med mine kolleger**

| <b>Enig</b>              | <b>Delvis enig</b>       | <b>Delvis uenig</b>      | <b>Uenig</b>             | <b>Vet ikke</b>          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**21. Hvordan synes du det er å be en kollega om hjelp ved forflytning:**

- Vanskelig, det er ofte for travelt for alle     Lett, men jeg klarer meg som regel alene
- Vi er alltid to ved forflytning     Vi har gode hjelpemidler slik at vi klarer oss alene

**22. Jeg har god kompetanse/kunnskaper om forflytningsteknikk**

| <b>Enig</b>              | <b>Delvis enig</b>       | <b>Delvis uenig</b>      | <b>Uenig</b>             | <b>Vet ikke</b>          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**23. Utenom jobb har jeg oppgaver (omsorg, hobbyer, hus, hytte eller annet) som ikke er belastende for muskel og skjelett**

| <b>Enig</b>              | <b>Delvis enig</b>       | <b>Delvis uenig</b>      | <b>Uenig</b>             | <b>Vet ikke</b>          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**24. Jeg opplever balanse i livet – mellom arbeid, fritid, hvile og søvn.**

| <b>Enig</b>              | <b>Delvis enig</b>       | <b>Delvis uenig</b>      | <b>Uenig</b>             | <b>Vet ikke</b>          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**25. Jeg opplever lite stress og press på fritiden**

| <b>Enig</b>              | <b>Delvis enig</b>       | <b>Delvis uenig</b>      | <b>Uenig</b>             | <b>Vet ikke</b>          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**26. Jeg trener muskler og kropp på fritiden**

| <b>Enig</b>              | <b>Delvis enig</b>       | <b>Delvis uenig</b>      | <b>Uenig</b>             | <b>Vet ikke</b>          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**27. Går/sykler du til/fra jobb**

Hver arbeidsdag     En til flere ganger i uka     Ikke hver uke     Aldri

**28. Mosjonerer du på fritiden, dvs .går turer, svømmer, er aktiv sammen med barn, annen aktivitet?**

Ja mer enn 3 dager i uka     Sjelden, dvs ikke hver uke     Aldri

**29. Har du gått til fysioterapeut/kiropraktor eller til annen behandling pga muskel og/eller skjelettlidelser siste 15 mnd?**

Ja     Nei

**30. Er det noe annet du vil si angående det å skulle benytte seg av hjelpemidler på din arbeidsplass?**

**Vedlegg 2 Kodebok**

**Kodebok**

- A Skjema nr
- B Sykehjem A1, B2, C3, D4
- C Kvinne 1 Mann 2
- D < 30 = 1, 30-49 = 2, 50-59 = 3, >60 = 4
- E < 3 år = 1, 3-10 år = 2, >10 år = 3
- F Grskole = 1, Videreg. = 2, Fagskole = 3, Høgskole/uni = 4, Høgskole/uni/master = 5
- G 100 = 1, 50-100 = 2 < 50 = 3
- H Ja = 1, Nei = 2, Del av stilling = 3
- I 1 gang = 1, 2-3 ganger = 2, flere enn 3 = 3 ikke syk = 4
- J Ja = 1, Ja men ikke alle = 2, Nei = 3, usikkert = 4
- K Ja = 1, Nei = 2, usikkert = 3
- L Ja en gang = 1, Ja, flere g = 2, Nei = 3
- M Ja = 1, Nei = 2, av og til = 3, Nei, men hjelper = 4

|    |   |
|----|---|
| N  | Ja = 1, Nei = 2   |
| O  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| P  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| Q  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| R  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| S  | Ja = 1, Nei = 2   |
| T  | Ja = 1, Nei = 2   |
| U  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| V  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| W  | Vanskelig = 1, Lett alene = 2 Alltid to = 3, Gode hjelpemidler = 4      |
| X  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| Y  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| Z  | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| AA | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| AB | Enig = 1, D enig = 2, D uenig = 3, Uenig 4, Vet ikke 9                  |
| AC | Hver arb.dag = 1, En til flere ganger = 2, Ikke hver uke = 3, Aldri = 4 |
| AD | Ja mer enn tre ganger = 1, Sjelden = 2, Aldri 3                         |
| AE | Ja = 1, Nei = 2   |

### **Vedlegge 3 Intervjuguide**

#### **Introduksjon**

Spørreundersøkelsen viser at det er et avvik mellom de ansattes opplevelser/synspunkter og ekspertenes observasjoner på alle fire sykehjem.

De ansatte svarer meget godt og god når det gjelder

- Egen kompetanse (83 %)
- Tilgjengelighet til hjelpemidler og verneutstyr (90 %)
- Tilstrekkelighet av hjelpemidler og verneutstyr (90 %)
- Ledelse og fokus ( 80 %)

Ekspertene sier blant annet:



### **Kompetanse:**

De ansatte formidlet at de manglet kompetanse i møtet med fysioterapeutene, og etterspurte kunnskap. De var opptatte av å få kunnskaper og veiledning.

De observerte manglende kunnskaper og ferdigheter i bruk av hjelpemidler og teknikker – elementær kompetanse.

På områder hvor de hadde teknikken inne, virket det som om de manglet kunnskapene om forflytningsprinsipper – slik at teknikkene ikke ble tilpasset situasjonene.

### **Tilgjengelighet**

Nødvendig utstyr og hjelpemidler var relativt utilgjengelig. Hvor utstyr var tilgjengelig, virket det som om det ikke var i bruk. Lite kunnskap om utstyr som var tilgjengelig, viste ikke hvor det finnes.

### **Tilstrekkelighet (nok og riktig utstyr)**

Enhetene har personheiser, og de blir ofte brukt.

Ut over det var det ofte mangelfullt.

### **SPØRSMÅL**

- Hvorfor får vi dette avviket mellom resultatet i spørreundersøkelsen og ekspertenes observasjoner?
- Hva er ønsket situasjon?
- Hvor viktig er forflytningskompetanse sammenlignet med andre kunnskapsområder innenfor pleie og omsorg? Profesjonalitet i yrket?

## Vedlegg 4 Rapport fra observatørene

### RAPPORT

#### Observasjon av fire sykehjem, forflytning

**Sykehjem A:** 2 sykepleiere - 4-5 på enhet

4 hjelpepleiere/omsorgsarbeidere - 5-10 år på enhet

1 hjelpepleier under utdanning

**Sykehjem B:** 1 vernepleier

3 hjelpepleiere

1 lærling/hjelpepleier

**Sykehjem C:** 1 sykepleier- 4 år på enhet

2 hjelpepleiere - over 10 år på enhet

1 assistent

**Sykehjem D:** 1 sykepleier

2 hjelpepleiere - over 20 år på enheten

#### **Sykehjem A:**

- ”Ryggombud”, lenge siden hun har vært på kurs.
- Ingen plan for undervisning
- God plass, men drar ikke frem senga slik at de legger til rette for gode arbeidsforhold
- Forflytning har eget punkt i pleieplanen
- Observerte ikke bruk av forflytningshjelpemidler i seng.
- Løftet med og uten stikklaken
- Observerte bruk av uheldige grep og mange løft. Ustrukturert = flere løft.

- Observerte uhensiktsmessige arbeidsstillinger
- Personalet diskuterte at de burde bruke personløfter i stede for ståheis i et av stellene, men de viste ikke hvor den var
- Ønsket veiledning og mente at de hadde for lite kompetanse.
- Veldig variabel praksis, personavhengig. Variere fra avdeling til avdeling og person til person.

### **Sykehjem B:**

- Mangler opplæring i forflytning, noe de etterspurte/ønsket.
- Uheldige arbeidsstillinger og grep, samt løft, lite kunnskap om naturlige bevegelser
- Vi så grep rundt nakke på bruker, bukselinning og skuldre ble brukt som håndtak.
- Brukte seng som vernutstyr.
- Ikke observert bruk av forflytningshjelpemidler i seng. Ut fra spørsmål vi stilte avdekket vi at de manglet kunnskap om dette.
- Begrunner valg av teknikk med dårlig tid - mangelfull kunnskap
- Dårlig planlegging og risikovurdering. Observerte en svært risikofylt forflyningssituasjon.

### **Sykehjem C:**

- Forflytningsveilederne har kurs for vikarer og nyansatte
- Forflytningsveilederne var aktiv i hverdagen
- Variabel praksis, personavhengig.
- Observerte ”standar forflytninger”, lik måte å forflyte brukerne på uavhengig av brukers funksjon.
- Forflytningshjelpemiddel: brukte verneutstyr under stell i seng(eneste HVS hvor vi observerte dette utstyret i bruk)Bra!
- Utstrakt og uheldig bruk av ståheis(1 etg).

- Har utstyr på fast plass.(lager, og knagger i korridor). En del utstyr var ikke i bruk.
- Senga brukes aktivt som verneutstyr
- Det kan virke som at Byneset har et system som ivaretar forflytning i hverdagen
- Uheldige arbeidsstillinger og grep.
- Mangelfull tilrettelegging/ planlegging i forhold til møblering slik at de får gode forutsetninger for gode arbeidsstillinger.

### **Sykehjem D**

- Har forflytningsveiledere, men ingen plan for undervisning.
- Utstyret godt tilgjengelig, men kun en ståheis?
- Det ble ikke observert bruk av forflytningshjelpemiddel i seng. De har utstyret men det brukes ikke. De har glemt hvordan det brukes.
- Organisert det slik at de stelte 2-3 brukere samtidig, jobbet to sammen.
- Observert at de fleste stell var noe planlagt
- 1 stell bar preg på mangel av planlegging, noe som førte til flere uheldige løft og unødvendig mange operasjoner.
- Trangt og mye møbler, la ikke til rette for god forflytning
- Observert bruk av ”standard forflytninger” uavhengig av funksjon til bruker.
- En ansatt hadde i tillegg til stell ansvar for vakttelefon, dette ført til at hun ble avbrutt opp til flere ganger.
- Lite bruk av pasienten sine ressurser, både i form av handling og i forhold til verbal instruksjon.
- Observert bruk av uheldige grep og løft, som fører til uheldige arbeidsstillinger
- Brukte hjertebrettet når bruker skulle opp på sengekant, forberedte brukerne i seng før videre forflytning/stell noe som gir mer hensiktsmessig arbeidsstillinger

- Innstilling av rullestol før bruker forflytes over i den, men allikevel et løft for å få han/ henne inn i stolen.
- Ståheisen blir brukt ”feil”, både for bruker og ansatt. Dette gir uheldige arbeidsstillinger

### Hjelpemidler/verneutstyr

|                                     | <b>D</b> | <b>A</b> | <b>C</b> | <b>B</b> |
|-------------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Fast plass/tilgjengelighet          | x        |          | x*       |          |
| Tilstrekkelig utstyr                | x*       |          | x        |          |
| Feil bruk av utstyr                 | x        | x        | x        | x        |
| Feil valg av utstyr (ikke optimalt) | x        | x        | x        | x        |

\*Sykehjem C hadde fast plass, men mye var inne på et overfylt rom som hindret lett tilgang. Sykehjem D mente de hadde en ståheis for lite.

### Opplæring:

|                                  | <b>D</b> | <b>A</b> | <b>C</b> | <b>B</b> |
|----------------------------------|----------|----------|----------|----------|
| Systematisk opplæring av ansatte |          |          | x*       |          |
| Forflytningsveiledere/ryggombud? | x        | x        | x        |          |
| Forflytningsplaner(i pleieplan)  |          | x        |          |          |

\*Sykehjem C opplyste om innføring i forflytning hos nyansatte og at forflytningsveiledere ble brukt aktivt i hverdagen.

### Ugunstige arbeidsstillinger:

|  | D   | A | C | B |
|--|-----|---|---|---|
| Uprovoserte/egenfeil   | x   | x | x | x |
| Pga. plassmangel/eks. ugunstig utforming av lokalet                                      | x   |   |   |   |
| Pga. mangelfull planlegging/organisering( legger ikke til rette, eks.plassering av seng) | (x) | x | x | x |
| Valg av grep som fører til ugunstig bruk av egen kropp                                   | x   | x | x | x |

Sykehjem D viste flere at de planla forflytningene slik at de var forberedt til neste forflytning.

### Oppsummering:

Vanskelig å peke på generelle forskjeller mellom sykehjemmene. Den klareste forskjellen er at det virker som om Sykehjem C har en viss struktur og plan for opplæringen av nyansatte+utstyr. Vi merket oss i 2 etg. på Sykehjem C at pasientene var mye i fokus. Sykehjem D har også en viss struktur i og med at de har godt med utstyr, (heis), og på en sentral fast plass. Forflytningene bar preg av å være planlagte for de fleste.

Vi har sett store variasjoner på individuell praksis på alle sykehjemmene. Vårt inntrykk er at de fleste vi observerte praktiserer innøvde teknikker som de utførte likt på alle brukerne. Disse fungerer i og for seg godt for dem selv (fører til noe mindre belastning for den ansatte) men fører til risiko for bruker. Spesielt gjelder dette bruken av ståheis som uten unntak blir brukt feil rent teknisk, men ofte også ut i fra brukerens funksjon (et annet hjelpemiddel/verneutstyr kunne ha hjulpet ansatt/bruker bedre). Sekundært kan slik praksis føre til funksjonsfall hos brukerne som igjen kan øke pleietyngden (uproff/ikke etisk praksis?)

De fleste vi observerte på alle sykehjemmene viste (og på spørsmål om de kunne ha gjort noe annerledes/alternativt verneutstyr) begrenset kunnskap om hjelpemidler/verneutstyr.

Et eksempel på god praksis som de fleste utfører er at ved forflytningen liggende til sittende i seng bruker de fleste sengen som hjelpemiddel/verneutstyr.

På tross av gode forutsetninger for å utføre arbeidsoppgavene viser de fleste mangelfull kunnskap om egen kroppsbruk. Vi observerte ofte arbeid i ugunstige posisjoner. (Eks. bøyde og vridde stillinger under påkledning, sitte på kne, stor belastning på skuldre/arm/nakke osv. (På sykehjem D begrenser utformingen av baderom mulighetene for optimale arbeidsstillinger, trangt)

De fleste er flinke til å organisere arbeidet slik at de jobber sammen 2 og 2 der det er behov for det, men flere uttalte at det av og til var noen som ønsket å arbeide alene/klare seg selv, (status?).