

LEDERES ERFARINGER MED AVTALEN OM ET
INKLUDERENDE ARBEIDSLIV OG ET HELSEFREMMENTE
ARBEIDSMILJØ

EN KARTLEGGENDE OG BESKRIVENDE STUDIE

Mariann Hval



Masteroppgave ved institutt for sykepleievitenskap og helsefag
Seksjon for sykepleievitenskap

UNIVERSITETET I OSLO

071009



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Navn: Mariann Hval	Dato: 07.10.09
Tittel og undertittel: LEDERES ERFARINGER MED AVTALEN OM ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV OG ET HELSEFREMMENDE ARBEIDSMILJØ. EN KARTLEGGENDE OG BESKRIVENDE STUDIE	
Sammendrag: Felles sammendrag for artikkel og refleksjonsoppgave Hensikten med studien er: 1)Kartlegge og beskrive hvilke erfaringer sykepleiere med lederansvar på nyfødt intensiv- og barneavdelinger har med tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte medarbeidere. 2)Reflektere over forhold som har betydning for et helsefremmende arbeidsmiljø og empowerment som strategi i et inkluderende arbeidsliv. Artikkel: Det var noe overraskende at sykepleiere med lederansvar som ga uttrykk for at de var godt kjent med og fulgte opp intensjonene i avtalen om inkluderende arbeidsliv, ikke i stor grad ga uttrykk for at tilrettelegging førte til mindre sykefravær, eller at den som var syk kom raskere tilbake. Det kan også se ut som om samarbeid med tillitsvalgt og verneombud ikke benyttes i særlig grad. Svarene fra spørreundersøkelsen gir et bilde av erfarne ledere med relativt store kontrollspenn som praktiserer tett oppfølging av syke medarbeidere. Refleksjonsoppgave: Sykepleiere med lederansvar gir uttrykk for både frustrasjoner over hvordan sykefravær kan påvirke den daglige drift og strategier for hvordan de som ledere kan benytte et inkluderende arbeidsliv til å utvikle et helsefremmende arbeidsmiljø. Lederne er ikke bare opptatt av praktisk tilrettelegging og oppfølging av den som er syk, men like mye av hvordan dialogen skal foregå og hvordan de som ledere kan påvirke sykefraværskulturen. Spennet i ledernes erfaringer gjenspeiler kompleksiteten i arbeidet med syke medarbeidere. Oppgaven reflekterer over hva avtalen om et inkluderende arbeidsliv innebærer for ledere, og hvordan empowerment kan være en helsefremmende prosess i samarbeidet mellom leder og medarbeider.	
Nøkkelord: Avdelingssykepleier, tilrettelegging, oppfølging, sykefravær, spørreundersøkelse.	



UNIVERSITETET I OSLO

DET MEDISINSKE FAKULTETET

Institutt for sykepleievitenskap og helsefag

Boks 1153 Blindern, 0318 Oslo

Name: Mariann Hval	Date: 07.10.09
Title and subtitle: Nurse managers experience with the agreement enhancing a “return to work” process and healthy work environment. A monitoring and descriptive study.	
Abstract: Joint summary of the article and the reflection assignment Purpose of the study: 1) To clarify and describe the experiences nurse managers in neonatal intensive care and children's units have with work life facilitation and management of sick leave absence. 2) To reflect on factors that are important for a healthy working environment and empowerment as a strategy in an inclusive workplace. Article: It was somewhat surprising that nurse managers who stated that they were well acquainted with and followed up the intentions of the IA agreement (a policy with a “return to work” focus on sick leave management), did not express that work life facilitation led to less sick leave absence, or that the person who was sick came back earlier. It also appears that cooperation with the workers unions and safety representatives are not used to great extent. The responses from the survey gives a picture of grown up, experienced managers with a relatively large span of control that practices close monitoring of sick employees. Reflection assignment: Nurse managers expressed frustration for how sick leave absence can affect the daily practice, and described different strategies they as leaders can use to develop a healthy working environment. The managers are not only concerned with the practical facilitations and follow-up of sick employees, but also with how the dialogue should take place and how they as leaders can influence sickness absence culture. The spans in the managers’ experiences reflect the complexity working with sick employees. The assignment is a reflection of the implications of the IA-agreement on managers, and how empowerment can be a healthy process of cooperation between management and employees.	
Key words: nurse manager, facilitation, managing, sick leave absence, survey.	

Innholdsfortegnelse for den samlede masteroppgave

Artikkel:

Antall ord: 3047

HVILKE ERFARINGER HAR SYKEPLEIERE MED LEDERANSVAR PÅ NYFØDT INTENSIV- OG BARNEAVDELINGER MED TILRETTELEGGING OG OPPFØLGING AV SYKMELDTE MEDARBEIDERE?

Sammendrag	
English summary	
INNLEDNING	1
Problemformulering	1
MATRIALE OG METODE	2
Inklusjonskriterier	3
Etiske refleksjoner	3
RESULTATER	4
Sykepleiere med lederansvar	4
Oppfølging av syke medarbeidere	4
Erfaringer med tilrettelegging	4
Samarbeid med involverte parter	4
Lederegenskaper	4
DISKUSJON	5
Erfarne ledere som følger intensjonene i IA-avtalen	5
Tvil om effekten av tilrettelegging og tett oppfølging	5
Samarbeid med involverte parter	6
Problemløsning velges som den viktigste lederegenskaper.....	7
Metodiske begrensninger	8
KONKLUSJON	9

REFERANSELISTE ARTIKKEL	9
VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA	11
VEDLEGG 2: PERSONVERN OG NETTSKJEMA.....	17
VEDLEGG 3: INVITASJON TIL Å DELTA I UNDERSØKELSEN OG INFORMASJON OM ANONYMISERING	18
VEDLEGG 4: Tabell 1	20
VEDLEGG 5: Tabell 2	21
VEDLEGG 6: Figur 1.....	22
VEDLEGG 7: Figur 2.....	23
VEDLEGG 8: Figur 3.....	24
VEDLEGG 9: FORFATTERVEILEDER	25

Refleksjonsoppgave:

Antall ord: 7332

SYKEPLEIERE MED LEDERANSVAR I ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV

Innholdsfortegnelse refleksjonsoppgave.....	i
INNLEDNING	1
AVTALEN OM ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV	2
Hva innebærer IA-avtalen for sykepleiere med lederansvar?	2
Ledernes erfaringer med inkluderende arbeidsliv	3
Inkluderende arbeidsliv	6
HVILKE FORHOLD HAR BETYDNING FOR ET HELSEFREMME ARBEIDSMILJØ?	8
Sykefravær og kulturbygging i avdelingen	10
Tilrettelegging og oppfølging	11
Helseturnus	11
HVORDAN KAN EMPOWERMENT VIRKE HELSEFREMME DE?	13

Makt og sårbarhet	14
Dialog mellom leder og medarbeider	15
Samarbeid og felles ansvar	16
KONKLUSJON	17
REFERANSELISTE REFLEKSJONSOPPGAVE	18

OVERSIKT OVER TABELLER OG FIGURER

Tabell 1:	Oppfølging av syke medarbeidere	20
Tabell 2:	Leders erfaring med turnus og tilrettelegging	21
Figur 1:	Lederegenskaper som er mest verdifulle i oppfølgingen av sykmeldte	22
Figur 2:	Turnus med fokus på helse	23
Figur 3:	Hva hindrer turnus med fokus på helse?	24

HVILKE ERFARINGER HAR SYKEPLEIERE MED LEDERANSVAR PÅ NYFØDT INTENSIV- OG BARNEAVDELINGER MED TILRETTELEGGING OG OPPFØLGING AV SYKMELDTE MEDARBEIDERE?

Sammendrag

Bakgrunn for studien er egen erfaring som avdelingssykepleier i arbeidet med sykefravær, som har ført til interesse for hvilke erfaringer andre sykepleiereledere har med et inkluderende arbeidsliv (IA).

Hensikten med studien er å kartlegge det lokale fokuset på inkluderende arbeidsliv på nyfødt intensiv- og barneavdelinger, og beskrive avdelingssykepleieres erfaring med oppfølging og tilrettelegging av syke medarbeidere i praksis.

Metode: Spørreundersøkelsen ble utført ved å benytte elektronisk nettskjema til avdelingssykepleiere (n= 31). Spørreskjema er i hovedsak utviklet fra IA-folderen ”Tettere oppfølging av sykmeldte” (1), undersøkelsen er frivillig og anonym. Resultatene er behandlet ved hjelp av SPSS (versjon 16) og Microsoft Office Excel.

Hovedfunn: Spørreundersøkelsen viser at ledere på nyfødt intensiv- og barneavdelinger er erfarne ledere med relativt store kontrollspenn som gjennomfører tett oppfølging og tilrettelegging for medarbeidere etter intensjonen i IA-avtalen. Det kan se ut som om de er noe usikre på effekten av tilretteleggingen, og det kommer frem at samarbeid med tillitsvalgte og verneombud kan være en ubenyttet ressurs. De rapporterer om manglende samarbeid med lege/sykmelder, og gir uttrykk for at samarbeidet med NAV fungerer uten at det automatisk fører til mer nærvær. Ledere velger problemløsningsevne og kommunikasjonsevne som de mest verdifulle lederegenskapene i oppfølgingen av sykmeldte.

Konklusjon: Det kan se ut som om lederes erfaringer med sykefravær og inkluderende arbeidsliv oppleves som komplekse sammenhenger, med ulike individuelle utfordringer og muligheter som skal passe både for den enkelte og arbeidsplassen.

Nøkkelord: Avdelingssykepleier, tilrettelegging, oppfølging, sykefravær, spørreundersøkelse.

WHAT EXPERIENCE DOES NURSE MANAGERS IN NEONATAL INTENSIVE CARE AND PEDIATRIC UNITS HAVE WITH FACILITATION AND MANAGING OF SICK LEAVE ABSENCE?

English summary

The background for the study is my own experience as a nurse manager in the work of managing sick leave absence, which has led to interest in the experiences other nurse managers have with a “return to work” focus on sick leave management, usually called Inkluderende arbeidsliv (IA).

The purpose of this study was to survey the local focus on IA in neonatal intensive care and pediatric units in Norwegian hospitals, and describe the nurse managers’ experience with monitoring and facilitation of sick leave absence of medical staff in practice.

Method: The survey was conducted using the electronic web form to the nurse managers (n = 31). The questionnaire was designed primarily from the folder "Tettere oppfølging av sykmeldte" (1), a folder describing the policies of the IA-agreement with a “return to work” focus on sick leave management. The survey was voluntary and anonymous. The results were processed using SPSS (version 16), and Microsoft Office Excel.

Main findings: The survey shows that nurse managers of newborn intensive care and children’s units in hospitals in Norway are experienced managers with a relatively large control span that carries out close follow up-contact and makes facilitations for their employees in consistency to the intentions of the IA-agreement. It seems as though they are somewhat uncertain about the effect of the facilitations, and it appears that cooperation with the workers unions and safety representatives can be an unused resource. They report a lack of cooperation with the employees’ doctors/issuer of their sick leave certificates, and expressed that cooperation with NAV is good, but says that it doesn’t automatically lead to more attendance. Leaders select problem-solving ability and communication skills as the most valuable leadership skills in managing sick leave absence.

Conclusion: It seems as if the nurse managers’ experiences with sick leave absence and inclusive working life is perceived as complex contexts, with different individual challenges and opportunities that must suit both the individual and the workplace.

Keywords: nurse manager, facilitation, managing, sick leave absence, survey.

HVILKE ERFARINGER HAR SYKEPLEIERE MED LEDERANSVAR PÅ NYFØDT INTENSIV- OG BARNEAVDELINGER MED TILRETTELEGGING OG OPPFØLGING AV SYKMELDTE MEDARBEIDERE?

INNLEDNING

Tettere oppfølging av sykmeldte er en av pilarene i intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv 2006 – 2009 (2). En kunnskapsoversikt utført av Arbeidsforskningsinstituttet (3) viser at det finnes betydelig forskning på området sykefravær. Samtidig stilles det spørsmål i denne kunnskapsoversikten om den kunnskapen som finnes følges opp, samt hvordan satsingen på arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) virker på det lokale plan. Hvordan lederes atferd kan påvirke sykefraværet beskrives som et ”kunnskapshull” i forskningen (3). Man kan spørre seg om det er behov for ennå en artikkel som belyser sykefravær. Tema sykefravær debatteres i det offentlige rom, på de enkelte arbeidsplasser, i forskningsmiljøene og statlige fora. Sykdom er en naturlig del av våre liv, konsekvensene kan for den enkelte være bagatellmessige eller helt avgjørende for videre arbeidsliv. Til tross for forskning og statlig satsing er utfordringene knyttet til sykefravær stadig til stede, med de økonomiske konsekvensene det innebærer. Helsepersonell blir også syke, og sykefravær kan ha konsekvenser for drift og pasienter. Det er dermed viktig å beskrive og kartlegge hvordan kunnskapen om IA- arbeidet blir fulgt opp av sykepleiere med lederansvar i praksis. Hensikten med studien er å beskrive og kartlegge hvordan ledere, her avdelingssykepleiere på nyfødt intensiv- og barneavdelinger i Norge, arbeider med tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte medarbeidere i praksis. Denne studien er et eksempel på det lokale fokuset på enkelte avdelinger. Respondentene er sykepleiere med lederansvar på nyfødt intensiv- og barneavdelinger i Norge, bakgrunnen for dette utvalget er egen erfaring som leder i arbeid med barn. Nytteverdi av studien er fokuset på lederens rolle i inkluderende arbeidsliv i lokale enheter, og mulige ideer og inspirasjon til andre ledere i arbeidet med å følge opp og legge til rette for sykmeldte medarbeidere.

Problemformulering

Hvilke erfaringer har sykepleiere med lederansvar på nyfødt intensiv- og barneavdelinger med tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte medarbeidere?

MATRIALE OG METODE

Spørreskjema ble benyttet som metode for å kartlegge hvilke erfaringer avdelingssykepleiere på nyfødt intensiv- og barneavdelinger har med oppfølging og tilrettelegging av sykmeldte medarbeidere (vedlegg 1). På bakgrunn av at mye av kommunikasjonen i moderne sykehus foregår på e-post, ble nettskjema vurdert som en praktisk måte å nå respondenter på. Konkret ble nettskjema fra Universitetet i Oslo valgt for å samle inn data.

Problemstillingen kunne også blitt besvart ved å benytte intervju, men begrensninger i tid, økonomi og avstand ble avgjørende i valg av metode. Veien til ferdig nettskjema gikk over flere faser. Først ble det gjort et søk i litteraturen etter valide spørreskjema, og nettsidene til nav.no og idebanken.no ga ideer og oppdatert informasjon. Siden endringer om tettere oppfølging i Arbeidsmiljøloven (4) og Folketrykdløven (5) trådte i kraft 1.mars 2007, ble ingen spørreundersøkelser identifisert som direkte samsvarer med det utvidede ansvaret det innebar for ledere. Spørsmålene i undersøkelsen ble derfor i hovedsak utviklet fra IA-folderen ”Tettere oppfølging av sykmeldte”, utgitt av Arbeids- og velferdsetaten (NAV) (1). Denne brosjyren kan fungere som en oppskrift for ledere, på tidsfrister, roller og oppgaver for alle de involverte parter. Spørreskjema ble først vurdert av en ressursperson på Helse, miljø og sikkerhetsavdelingen (HMS) på eget sykehus. To pilotundersøkelser ble gjennomført på eget sykehus i forkant av utsendelse for å teste ut om spørsmålene var forståelige, samt om bruk av anonyme nettskjema ble besvart. Tilbakemeldingene fra ressurspersonen og pilotundersøkelsene førte til at spørsmålene ble mer tydelige, og invitasjonen og fremgangsmåten for å besvare nettskjema ble mer utfyllende.

Spørreskjema ble valgt som fremgangsmåte for å nå flest mulig. Nettskjema ble sendt direkte på e-post til avdelingssykepleiere. Tre automatiske purringer var lagt inn i nettskjema, og undersøkelsen lå ute i 4 uker pga. vinterferieperioden, som går over forskjellige uker i Norge.

Spørreskjema ble bygget opp i temabolker for å kartlegge demografiske spørsmål, sykefravær, samarbeid med involverte parter, tilrettelegging og oppfølging, spørsmål om turnus, ledelse og arbeidsmiljø. Både resultatavsnittene og diskusjonsavsnittene er strukturert etter:

- Oppfølging av syke medarbeidere
- Erfaringer med tilrettelegging
- Samarbeid med involverte parter
- Lederegenskaper

Spørsmålene ble utformet med ulike svarmuligheter. Eksempel på åpne spørsmål er; ”Kan du angi i prosent ca. sykefravær utover 16 dager?”. Videre er det spørsmål som besvares med ja eller nei, som i spørsmålet; ”Har du lederutdanning?”. Noen spørsmål inneholder forskjellige muligheter hvor respondenten må velge et svar, for eksempel; ”Hvor raskt tar du kontakt med medarbeider som melder seg syk?”, med alternativene; I løpet av 1-2 dager, første uke, innen 6 uker, venter til den syke tar kontakt, eller når sykmelding utgår. Flere spørsmål ble utarbeidet med svar rangert på en fem punkts skala, fra ”aldri” til ”alltid”. Svarene fra skalaene ble slått sammen i 2 forskjellige grupper; Aldri/ sjelden i en gruppe som kalles ”sjelden”, og av og til/ ofte/ alltid i en gruppe som kalles ”av og til/ ofte” for å få tydeligere trender på grunn av få respondenter.

Dataene ble lagt inn i SPSS statistical software package, version 16. Deskriptive analyser som frekvensanalyser, median og gjennomsnittsberegninger ble benyttet for å besvare spørsmålene. Korrelasjon ble brukt for å kartlegge mulig sammenheng mellom variabler ved hjelp av p-verdi, testen er tosidig, og det er benyttet 5% signifikansnivå. Microsoft Office Excel ble benyttet for å fremstille forskjellige tabeller. I resultatene er nyfødt intensiv- og barneavdelinger vurdert samlet. Prosent er oppgitt i hele tall.

Inklusjonskriterier

Kjennskap til feltet ble grunnlaget for et bekvemmelighetsutvalg. Barnesykepleieforbundet (BSF-NSF) ble kontaktet og samarbeidet med e-postlister til sykepleieledere på nyfødt intensiv- og barneavdelinger i Norge. For å bli inkludert i utvalget var det en forutsetning å være sykepleier, ansatt som leder med personalansvar, kunne lese norsk og beherske data.

Etiske refleksjoner

Etiske refleksjoner underveis var knyttet til anonymitet ved bruk av nettskjema sendt til e-postadresser. Ved bruk av nettskjema er det umulig å spore hvem som har svart (vedlegg 2). Invitasjonen ble sendt direkte til avdelingssykepleiere som nærmeste leder, med informasjon om at undersøkelsen var frivillig og anonym (vedlegg 3). Avdelingssykepleierne ble anmodet om å følge interne retningslinjer for besvarelser av spørreundersøkelser. Klinikksjefer ble informert via sykehusenes e-postmottak, og invitert til å gi tilbakemelding om undersøkelsen pr. e-post. De få tilbakemeldinger som kom fra klinikksjefer, var positive. I denne studien ble det valgt å se bort fra variabelen kjønn fordi det er en betydelig overvekt av kvinnelige ledere på avdelingssykepleiernivå i avdelingene, og en mannlig leder ville lett kunne identifiseres.

RESULTATER

Sykepleiere med lederansvar

Det ble sendt ut 58 spørreskjema, av disse ble 53% (N=31) besvart. Erfaring som sykepleier før de fikk lederstillinger på nyfødt intensiv- og barneavdelinger var 13 år (median). Av avdelingssykepleierne var det 35% som hadde vært ledere i mer enn 10 år. Gjennomsnittlig alder på ledere var 48 år (SD 7,05), og 68% hadde lederutdanning. Det er 48% av avdelingssykepleierne som er leder for mer enn 40 medarbeidere. Det viste seg at de lederne som har lederutdanning også har lengst erfaring som ledere, det er signifikant sammenheng mellom lederutdanning og erfaring. ($r = 55$, $p = .001$).

Oppfølging av syke medarbeidere

Alle sykehusene er IA- bedrifter. Et spørsmål om langtidssykefravær på avdelingene ble besvart av 77% av avdelingssykepleierne, fraværet utover 16 dager varierte fra 2 - 20%. Et utvalg av svar på spørsmål om oppfølging av syke medarbeidere presenteres i tabell 1.

Erfaringer med tilrettelegging

Et spørsmål vedrørende tilrettelegging var om avdelingen hadde faste spesialturnuser som syke eller gravide kan gå inn i for en periode, 16% av lederne svarte ja til at de hadde det i grunnturnus. Tilrettelegging av arbeidet kommer frem i spørsmål vedrørende turnus og hvilke erfaringer ledere har med å inkludere syke medarbeidere i arbeidslivet (tabell 2).

Samarbeid med involverte parter

På spørsmål om samarbeid med verneombud i enkeltsaker svarte 52% at de "av og til/ofte" samarbeider, og 58% samarbeider "av og til/ofte" med tillitsvalgt i enkeltsaker. Det er 71% som har søkt om tilretteleggingstilskudd fra NAV, og 55% svarte "av og til/ofte" på et oppfølgingsspørsmål om de erfarte at tilretteleggingstilskuddet fører til redusert fravær. Det er 52% av lederne som opplever "av og til/ ofte" at dialogmøter med arbeidstaker/ bedriftshelsetjeneste/ lege fører til redusert fravær. Funnene viste at av de to gruppene avdelingssykepleiere med og uten lederutdanning, var det 76% av de som har lederutdanning som søker NAV om tilretteleggingstilskudd for medarbeider, mot 60% av de uten lederutdanning.

Lederegenskaper

Sykepleiere med lederansvar velger problemløsningsevne og kommunikasjonsevne som de mest verdifulle lederegenskapene i oppfølgingen av sykmeldte. (Figur1)

DISKUSJON

Erfarne ledere som følger intensjonene i IA-avtalen

Studien viser at ledere på nyfødt intensiv- og barneavdelinger følger tett opp og tilbyr tilrettelegging for sykmeldte medarbeidere. Det tolkes som at de ser på sykefravær som en oppgave som skal løses, i tråd med resultatet fra en fokusgruppe studie fra Sverige som konkluderte med at lederne så på seg selv som nøkkelpersoner i prosessen tilbake til arbeidet (6).

Selv om ledere i egen studie er erfarne, velutdannede ledere som følger opp IA-arbeidet etter intensjonene, kan det likevel se ut som om lederne er mer tvilende til resultatene av tilretteleggingen. Et spørsmål i egen studie var om leder opplever at tilrettelegging etter vurdering av arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne fører til redusert fravær. Hovedvekten av dette svaret lå på ”av og til”, og dette viser kompleksiteten i arbeidet med sykefravær. Hvis det er slik at avdelingssykepleier tar rollen som selve nøkkelpersonen i sykefraværsarbeidet, kan man ikke samtidig si at det er de involverte parter, ikke minst den syke selv, som er viktige i for å finne løsninger i veien tilbake til jobb. Likevel er det slik at nærmeste leder har en nøkkelfunksjonen ovenfor den sykmeldte, noe NOU:27 (2000) understreker, ved å si at nærmeste leder må engasjere seg og aktivt følge opp sykmeldte medarbeidere. Videre beskrives også nærmeste leders ansvar for å legge til rette for løsninger og tilpasset arbeid (7). Spørsmålet om sykefravær utover 16 dager viste svært store variasjoner mellom avdelingene, dette kan tyde på at lederne har ulik kompetanse og erfaring med inkluderende arbeidsliv. Lederes ansvar for å legge til rette kan ses på som sentrale føringer nettopp for å sikre gode prosesser, i motsetning til tilfeldig oppfølging av syke medarbeidere.

Tvil om effekten av tilrettelegging og tett oppfølging

Ut i fra resultatene ser det ut til at avdelingssykepleiere på nyfødt intensiv- og barneavdelinger tar sitt ansvar på alvor, og utarbeider systematiske oppfølgingsplaner og gjennomfører dialogmøter med syke medarbeidere. De aller fleste av respondentene svarte ”av og til /ofte” når de vurderte om tilrettelegging av arbeidet etter arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidsevne fører til reduser fravær, og om de erfarte at tett oppfølging kan føre til at den sykmeldte kommer raskere tilbake i jobb. Likevel kan det være at avdelingssykepleierne er usikre på effekten av tilretteleggingen som gjøres, slik det kommer frem i evalueringen av IA- avtalen (2009) som viser til at avtalen har hatt liten betydning i

statlige bedrifter (8). Når lederne i egen studie like gjerne svarer ”av og til” som ”ofte” på spørsmål om tilrettelegging reduserer fravær, og med tanke på studiens relativt lave svarprosent kan man ikke se bort fra denne muligheten. Noe som styrker denne antakelsen, er ledernes erfaringer når det gjelder effekten av dialogmøtene med medarbeider, bedriftshelsetjeneste og lege og redusert sykefravær. Knappt halvparten av avdelingssykepleierne opplever ”av og til/ofte” at dialogmøter hvor alle parter deltar, fører til redusert fravær.

Gravide medarbeidere får oftere tilrettelagt turnus enn medarbeidere over 55 år, viser svarene i studien. Det er etter hvert kjent kunnskap hos ledere at nattarbeid er uheldig for gravide, og kan føre til spontanabort og fortidlig fødsel, slik Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) beskriver i rapporten ”Arbeidstid og helse”(2008). STAMI- rapporten som ser på sammenhenger forskningen har funnet mellom arbeidstid og helse, beskriver litteraturstudier som viser at lange vakter gir økt risiko for helseproblemer, nattevakter er gjerne lenger enn definisjonen på en lang vakt, som er over 8 timer (9). Studien viser at selv om medarbeidere over 55 år ikke like ofte får tilbud om tilrettelagt turnus uten netter, så er det likevel en tredjedel som får dette tilbudet. Man kan anta at medarbeidere det her er snakk om er kvinner over 55 år med lang erfaring, som er relativt lite borte fra jobb. Man kan spørre seg om denne gruppen arbeidstakere selv etterspør en turnus som fremmer helse, eller om det er et lederansvar å ta opp dette. Det er verdt å merke seg at natt og skiftarbeid øker risikoen for blant annet enkelte kreftformer, og STAMI rapporten (2008) viser til at det å rotere turnus etter klokka, kan ha en helsegevinst (9). I studien kommer det frem at det er få ledere som praktiserer turnus med fokus på helse, for eksempel ikke aftenvakt før en dagvakt (Figur 2). Et oppfølgingsspørsmål viser at hovedgrunnen til en turnus som ikke er helsefremmende, er at medarbeiderne har ønsketurnus (Figur 3), noe som viser at ledere her prioriterer ønsker tilpasset den enkeltes liv, fremfor å fokusere på helsemessige fordeler av en mer lederstyrt turnus. Det kan dermed se ut som om avdelingssykepleiere er mer opptatt av å løse problemer for den enkelte når de oppstår, enn å forebygge.

Samarbeid med involverte parter

En vil kunne anta at ledernes involvering av samarbeidspartnere som tillitsvalgte og verneombud, vil kunne føre til tilrettelagte arbeidsoppgaver og redusert fravær. Ifølge tall fra egen undersøkelse kan det se ut som om tillitsvalgte og verneombud ikke benyttes i stor grad ved sykefravær hos den enkelte medarbeider. Det kan likevel være slik at det er etablert faste

samarbeidsarenaer med tillitsvalgt og verneombud hvor sykefravær blir behandlet på system og gruppenivå, noe to tredjedeler av respondentene i egen studie svarte ja til. Selv om de lokale avdelingene synes å oppfylle intensjonene i IA-avtalen, slik Sintef rapporten; ”Evaluering av IA-avtalen” (2009) beskriver, benytter ikke ledere og samarbeidspartene fullt ut mulighetene som ligger i det å samarbeide. Ved at IA-avtalen ikke har vært tydelig på hvilken rolle de tillitsvalgte skal ha i et inkluderende arbeidsliv, blir arbeidstakers representanter benyttet i varierende grad. Likevel konkluderer evalueringen av IA-avtalen med at den har bidratt til et økt samarbeid mellom alle partene i arbeidslivet (8). Samspillet mellom de involverte partene, her refereres det til den sykmeldte, nærmeste leder, tillitsvalgt, verneombud, sykmeldende lege og NAV, ser ut til å være et område som kan utvikles. For eksempel viser egen studie hvordan bruk av muligheter for kommunikasjon på den nye sykmeldingsblanketten fra 1.sept.2008, hvor legen kan gi råd om tilrettelegging ut i fra medisinske hensyn, oppleves som ubenyttet av lederne. I studien kommer det frem at lederne selv når de har mulighet for kommunikasjon med sykmeldende lege, ved å melde tilbake på sykmeldingens C-del, ikke benytter seg av denne muligheten. Når det gjelder dialogmøter hvor sykmeldende lege deltar, oppgir litt over halvparten av avdelingssykepleierne at det av og til/ ofte fører til redusert fravær, noe som kan tyde på at direkte kommunikasjon gir bedre grunnlag for samarbeid. Holmgren (2006) beskriver i sin studie arbeidsplassens kultur, krav og ressurser på den ene side, og samspillet mellom alle de involverte partene på den annen side som viktige når den sykmeldte skal tilbake i jobb (6).

Problemløsning velges som den viktigste lederegenskapen

Lederne i egen studie vurderer problemløsning som den viktigste lederegenskapen i oppfølgingen av sykmeldte (Figur 4.) Spørsmålet i egen studie er knyttet til de 10 mest omtalte lederegenskaper som kom frem i Aas (2006) forskning. Ledernes valg viser samme trend som i Aas (2006) forskning, hvor problemløsning er en av de mest nevnte lederegenskaper. Et lignende tema er behandlet av Framnes (2005) som i sin spørreundersøkelse om ledelse og sykefravær fant signifikant sammenheng mellom lederes holdninger og i hvilken grad de hadde innført sykefraværstiltak på arbeidsplassen (10). Et sentralt spørsmål i denne sammenheng er hvordan ledere kan påvirke hvordan sykmeldte medarbeidere kan komme tilbake til arbeidet. Ved å se på lederegenskaper, slik Aas (2006) gjør, er det rimelig å hevde at ledere har betydning for prosessen tilbake til arbeidet (11). Ved å studere faktorer i arbeidet og familielivet slik Sandmark (2007) gjør, er det imidlertid klart sykefravær er mer sammensatt enn at ledere alene kan finne løsninger (12).

Metodiske begrensninger

Denne studien har visse begrensninger, svakheter ved metoden er validitet og reliabilitet ved instrumentet som ikke er testet eller utprøvd tidligere. Det er mulig at spørsmålene ikke er presise nok, eller at de er for tidkrevende å besvare. Det kan også være usikkerhet knyttet til bruk av nettskjema, problemer med å finne passord og brukernavn for å logge inn. Forfatteren er bevisst på at egen erfaring i forhold til problemstillingen kan ha innvirkning på spørsmålenes utforming. Innholdsvaliditet er forsøkt sikret ved å la HMS avdelingen ved eget sykehus vurdere spørsmålene i pilotundersøkelse. En annen begrensning ved studien er manglende kunnskap om de som ikke besvarte undersøkelsen. Svarprosenten på 53% og et relativt lavt antall respondenter tilsier at resultatene ikke kan generaliseres, de kan kun relateres til de ledere som har valgt å svare. Resultatene som kommer frem i undersøkelsen er ikke nødvendigvis de som blir praktisert, en mulig feilkilde er at resultatene her er rapportert og ikke observert.

Styrke ved studien er at den henvender seg direkte til nærmeste leder på lokale enheter, til avdelingssykepleiere i IA-bedrifter som har erfaring med relativt store personalgrupper. Studien henvender seg til respondenter som i det daglige arbeider med oppfølging og tilrettelegging for syke medarbeidere i praksis, og spørsmålene er utarbeidet etter de nye lovendringene fra 1. Mars 2007 som sikrer tettere oppfølging av sykmeldte i Arbeidsmiljøloven (4) og Folketrygdloven (5). Studiens funn og enkelte av spørsmålsstillingene viste seg å ha samsvar med noe av det som kom frem i den omfattende evalueringen av IA-avtalen siste halvdel av 2009, for eksempel i forhold til samarbeid med verneombud og tillitsvalgte, og spørsmål vedrørende hvordan ledere følger opp oppfølgingsplaner og dialogmøter (8).

Sykepleiere med lederansvar har en viktig rolle i inkluderende arbeidsliv på lokale enheter. Det er viktig at flere nyanser i sykefraværsarbeidet kommer frem. Derfor er det behov for studier med større utvalg som forsker videre på lederes rolle i forhold til samarbeid med partene i arbeidslivet og forebyggende sykefraværsarbeid.

KONKLUSJON

Avdelingssykepleierne gjennomfører tett oppfølging og tilrettelegging etter intensjonene i IA-avtalen. Det kan se ut som om de er noe usikre på effekten av tilretteleggingen, og samarbeid med tillitsvalgt og verneombud benyttes ikke rutinemessig. Lederne rapporterer om manglende samarbeid med lege/sykmelder, og de gir uttrykk for at samarbeidet med NAV fungerer uten at det automatisk fører til mer nærvær. Ledere velger problemløsningsevne og kommunikasjonsevne som de mest verdifulle lederegenskapene i oppfølgingen av sykmeldte.

REFERANSELISTE ARTIKKEL

- (1) Arbeids- og velferdsetaten. Tettere oppfølging av sykmeldte. 2007 [cited 2009 Jun 2]; Available from: URL: <http://www.nav.no/805341071.cms>
- (2) Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009. 2005 December 14 Available from: URL: http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv/Intensjonsavtale_om_et_mer_inkluderende_.html?id=85829
- (3) Gamperiene M, Grimsmo A, Sørensen BA. Programmet FARVE (Forsøksmidler arbeid og velferd) : kunnskapsstatus tema 1: sykefravær. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet; 2007. Report No.: AFI-notat 11/2007.
- (4) Arbeidsmiljøloven, LOV-2005-06-17-62, Arbeidsmiljøloven, (2005).
- (5) Folketrygdloven, LOV-1997-02-28-19, Folketrygdloven, (1997).
- (6) Holmgren K, Dahlin IS. Supervisors' views on employer responsibility in the return to work process. A focus group study. J Occup Rehabil 2007 Mar;17(1):93-106.
- (7) Sosial- og helsedepartementet. Sykefravær og uførepensjonering : et inkluderende arbeidsliv. Oslo: Sosial- og helsedepartementet; 2000. Report No.: NOU 2000: 27.
- (8) Ose OS, Bjerkan AM, Pettersen I, Hem KG, Johnsen A, Lippestad J, et al. Evaluering av IA-avtalen (2001-2009). Oslo: SINTEF; 2009 Jun 22. Report No.: SINTEF rapport A11960.
- (9) Lie J-AS, Gulliksen E, Bast-pettersen R, Skogstad M, Tynes T, Wagstaff AS. Arbeidstid og helse : en systematisk litteraturstudie. Oslo: STAMI; 2008. Report No.: STAMI-rapport 2008/21.

- (10) Framnes J. Forholdet mellom lederes holdninger og sykefraværstiltak : en eksplorerende studie gjennomført med ledere i små og mellomstore private bedrifter. Trondheim: J. Framnes; 2005.
- (11) Aas RW, Ellingsen KL, Lindoe P, Moller A. Leadership qualities in the return to work process: a content analysis. *J Occup Rehabil* 2008 Dec;18(4):335-46.
- (12) Sandmark H. Work and family: associations with long-term sick-listing in Swedish women - a case-control study 2. *BMC Public Health* 2007;7:287.

VEDLEGG 1: SPØRRESKJEMA

Nettskjema: Forhåndsvisning av malen "Original: Sykefravær og ledelse"

Side 1 av 6

Forhåndsvisning av malen "Original: Sykefravær og ledelse"

Slik vil skjemaet se ut for en som skal besvare det.

1. Demografiske spørsmål**1.1. Hvor lang tid har du vært leder? ***

- < 4 år 5-9 år 10-14 år > 15år

1.2. Har du lederutdanning? *

- Ja Nei

1.3. Har du annen videreutdanning innen sykepleie? *

- Ja Nei

1.4. Hvor mange er du nærmeste leder for? *

- < 24 25-39 40-49 > 50

1.5. Hvor mange år jobbet du som sykepleier før du ble leder? ***1.6. Hva er din alder? *****1.7. Kjønn:**

- Kvinne
 Mann

1.8. Hvilken av disse enhetene er du leder for? *

- Nyfødt intensivavdeling
 Barneavdeling

2. Sykefravær og samarbeid

Gjennomsnittlig sykefravær

2.1. Langtidssykefravær 2008

Kan du angi i prosent ca. sykefravær utover 16 dager?

2.2. Har avdelingen etablert faste samarbeidsarenaer med verneombud/ tillitsvalgt hvor sykefravær blir behandlet på system og gruppenivå? *

- Ja Nei

2.3. Hvor ofte samarbeider du med verneombudet i enkeltsaker relatert til sykefravær? *

- Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte
 Alltid

2.4. Hvor ofte samarbeider du med tillitsvalgt i enkeltsaker relatert til sykefravær? *

- Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte

Alltid

3. Tilrettelegging og oppfølging

3.1. Er din arbeidsplass en IA-bedrift? *

IA: Intensjonsavtalen om et mer inkluderende arbeidsliv

Ja Nei Vet ikke

3.2. Har du fått opplæring i IA arbeid? *

Ja Nei Vet ikke

3.3. Opplever du at tilrettelegging av arbeidet etter vurdering av arbeidstagers arbeidsoppgaver og arbeidsevne fører til redusert fravær? *

Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte
 Alltid

3.4. Utarbeider du oppfølgingplan i samarbeid med arbeidstaker ved sykmelding mer enn 6 uker? *

Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte
 Alltid

3.5. Har du søkt Arbeids- og velferdsetaten (NAV) om tilretteleggingstilskudd for medarbeider? *

Kilde NAV: Tilretteleggingstilskudd er en ytelse som skal stimulere arbeidsgiver til å tilrettelegge arbeidet slik at den ansatte kan være i arbeid på tross av helseproblemer.

Ja Nei

3.6. Erfarer du at tilretteleggingstilskudd fra NAV fører til redusert fravær?

Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte
 Alltid

3.7. Har du deltatt i dialogmøter med sykmeldt medarbeider? *

Kilde NAV, Dialogmøter: Hvis arbeidstakeren har vært sykmeldt på full tid i 12 uker, skal arbeidsgiver innkalle til et dialogmøte. Hvis arbeidstaker ønsker det, skal legen/sykmelder delta. Finnes det bedriftshelsetjeneste, skal den delta. Tillitsvalgt kan også være med. Målet med møtet er å finne løsninger i virksomheten som kan hjelpe den sykmeldte tilbake i arbeid.

Ja Nei

3.8. Har du deltatt i dialogmøter med sykmeldt medarbeider og NAV? *

Kilde NAV: Hvis sykmeldingen forlenges, skal NAV-kontoret innkalle til et nytt dialogmøte etter senest 6 måneder. Både arbeidstaker og arbeidsgiver er pliktig til å delta, og legen og annet helsepersonell skal delta hvis det er hensiktsmessig.

Ja Nei

3.9. Opplever du at dialogmøter med arbeidstaker og bedriftshelsetjeneste, evt. Lege / sykmelder fører til redusert fravær?

Aldri

- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Alltid

3.10. Opplever du at du kan lede på en måte som kan bidra til å redusere sykefraværet på din arbeidsplass? *

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Alltid

3.11. Erfarer du at tett oppfølging kan føre til at den sykmeldte kommer raskere tilbake til jobb? *

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Alltid

3.12. Er den enkelte medarbeider i personalgruppa involvert i forebyggende sykefraværsarbeid? *

- I medarbeider/utviklingssamtaler
- I personalmøter/andre møter
- Når det er den enkelte som er syk
- Ikke tema i avdelingen

4. Kontakt med syk medarbeider

4.1. Hvor raskt tar du kontakt med medarbeider som melder seg syk? *

- I løpet av 1-2 dager
- I løpet av første uke
- Innen 6 uker
- Venter til den syke tar kontakt
- Når sykmelding utgår

4.2. Hvordan holder du som oftest kontakt med sykmeldte medarbeidere? *

- Personlig møte på arbeidsplass
- Pr. telefon
- Med SMS
- Pr. mail
- Dialogmøte med NAV
- Ved besøk i hjemmet eller i sykehus
- Ikke tid til kontakt med sykmeldte

4.3. Inviterer du sykmeldte medarbeidere til personalmøter, fagdager, eller andre samlinger? *

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte

Alltid

5. Spørsmål om turnus

5.1. Benytter avdelingen turnus med fokus på helse? *

Eks: Rotere med klokka, ikke aftenvakt rett før dagvakt.

Ja Nei Delvis

5.2. Hvis nei, hva hindrer turnus med fokus på helse?

- Kjenner ikke begrepet helsefremmende turnus
- Turnus med fokus på helse ikke økonomisk gjennomførbart
- Turnus med fokus på helse har ikke vært etterspurt
- Arbeidsgiver styrer turnus etter behov
- Har ønsketurnus etter medarbeiderens behov

5.3. Har arbeidstagere over 55 år tilbud om å gå turnus uten netter? *

Ja Nei

5.4. Har avdelingen laget faste spesialturnuser i grunnturnus som medarbeidere kan gå inn i for en periode? *

For eksempel ved sykdom eller graviditet

Ja Nei

6. Tilrettelegging for gravide

6.1. Benyttes trekantsamtaler med jordmor i oppfølgingen av gravide arbeidstagere? *

Gravid, jordmor og leder i samtale

Ja Nei

6.2. Hvis ja, opplever du at trekantsamtaler med jordmor fører til at gravide har mindre fravær?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Alltid

6.3. Har avdelingen mulighet for å tilrettelegge slik at gravide får fritak fra netter i turnus? *

Ja Nei

6.4. Hvis ja, opplever du at fritak fra netter for gravide fører til mer nærvær?

- Aldri
- Sjelden
- Av og til
- Ofte
- Alltid

7. Erfaringer med ny sykmeldingsblankett fra 1. september 2008

7.1. Har du erfaring med den nye sykmeldingsblanketten fra 1.sept.2008? *

- Ja Nei Vet ikke

7.2. Opplever du at feltet i blanketten der legen kan gi råd om tilrettelegging av arbeidsoppgavene ut i fra medisinske hensyn blir benyttet?

- Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte
 Alltid

7.3. Benytter du som arbeidsgiver denne mulighet for kommunikasjon med lege, ved å melde tilbake på sykmeldingens C-del om rådene er gjennomførbare?

- Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte
 Alltid

7.4. Opplever du at "avventende sykmelding" i de første 16 dagene av sykmeldingen fører til mer aktiv tilrettelegging?

- Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte
 Alltid

8. Ledelse og arbeidsmiljø**8.1. Spør du sykmeldte medarbeidere om tilrettelegging av arbeidet kan føre til at de kan komme raskere tilbake til jobb? ***

- Aldri
 Sjelden
 Av og til
 Ofte
 Alltid

8.2. Hva er det som oftest hemmer tilrettelegging av arbeidet for syke medarbeidere? *

- Økonomiske nedskjæringer gir lite spillerom
 De gjenværende medarbeiderne må dekke vaktene
 Lite mulighet for å leie inn vikarer
 Ikke kultur for å jobbe hvis man er syk
 Ikke tid til å bruke så mye tid på de som er syke
 Vanskelig å finne arbeidsoppgaver som passer

8.3. Her presenteres forskjellige lederegenskaper. VELG 3 AV DISSE som du som leder erfarer er mest verdifull i oppfølgingen av sykmeldte *

- Kontaktevne
 Omsorgsfull
 Forståelsesfull
 Innlevelsessevne

- Anerkjennende
- Vurderingsevne
- Kommunikasjonsevne
- Lyttende
- Inkluderende
- Problemløsningsevne

9. Egen erfaring

Vennligst benytt kommentarfeltet nedenfor:

9.1. Hva er etter din erfaring den beste måten og redusere sykefraværet på?

VEDLEGG 2: PERSONVERN OG NETTSKJEMA

-----Opprinnelig melding-----

Fra: Nobody [mailto:nobody@rt-prod02.uio.no] På vegne av Stein-Eirik Lund via RT

Sendt: 3. februar 2009 14:20

Til: Mariann Hval

Emne: [hjelp.uio.no #348395] Personvern og nettskjema

On 2009-02-03 12:41:35 CET, Mariann.Hval@sb-hf.no wrote:

> Til IT tjeneste UiO

> Hvem kan svare meg på følgende spørsmål, som må besvares før

> nettskjema kan godkjennes av Kompetansesenteret for personvern Ullevål

> universitetssykehus HF.

>

>

> Personvern spør; Har du forhørt deg om følgende: "Det du må forsikre

> deg om er at det ikke lagres en kobling hos leverandør som du ikke vet

> noe om."?

> Med vennlig hilsen Mariann Hval

> Masterstudent, sykepleievitenskap UiO

Hei

Det finnes ingen måte å koble person til besvarelse i tjenesten.

Anonymitet er sikret helt til bunns i nsystemmodellen.

(Heller ikke som administrator har vi mulighet for å gjøre denne koblingen.)

Håper dette er den form for svar du behøver.

Ved behov for mer dypgripende systembeskrivelse eller annen formulering på dette fra oss, vennligst gi mer detaljer om forventet "format".

(Sender kopi av dette til intern mailadresse for tjenesten siden jeg her uttaler meg om kvaliteten/"kontrakten" rundt tjenesten.)

For tjenesten nettskjema ved USIT

Mvh

Stein-Eirik Lund

Web-gruppa/SAUS/USIT/UiO

VEDLEGG 3: INVITASJON TIL Å DELTA I UNDERSØKELSEN OG INFORMASJON OM ANONYMISERING



UNIVERSITETET I OSLO

[This page in English](#)

Nettskjema > E-post forhåndsvisning

Slik kommer e-postene for invitasjoner og purringer til å se ut.

- **Forside** [Om skjemaet](#) [Rediger innstillinger](#) [Invitasjoner](#) [Kopier skjema](#) [Slett skjema](#)
- **Besvarelser**
- **Hjelp** [Legg til invitasjoner](#) [Forhåndsvis purring og invitasjon](#)

Invitasjon

- **Redaksjoner** To: somebody@somewhere.org
- **Maler** From: mariahv@ulrik.uio.no
- **Skjemaer** Subject: Invitasjon til skjemaet "Sykefravær og lederes erfaringer med oppfølging og tilrettelegging."

- **Logg ut mariahv**

Til sykepleieledere på Nyfødt intensiv og Barneavdelinger.
BRUKERNAVN og PASSORD for å komme inn i nettskjema står helt NEDERST i denne mailen:

Tema for undersøkelsen er hvordan sykepleieledere tilrettelegger for syke medarbeidere i egen enhet, og hvilke erfaringer de har. Hensikten er å beskrive hvordan ledere jobber i forhold til IA-avtalen, og få frem lokale erfaringer for å redusere sykefravær. Besvarelsen tar 10-15 min. Nettskjema er grunnlag for en masteroppgave i sykepleievitenskap ved UiO. Undersøkelsen vil bli publisert. Din besvarelse vil være anonym. Det vil komme påminnelser.
Med vennlig hilsen
Mariann Hval

Du har blitt invitert til å svare på skjemaet "Sykefravær og lederes erfaringer med oppfølging og tilrettelegging."

Du finner dette skjemaet på:
<https://nettskjema.uio.no/answer.html?fid=41211&lang=no>

Skjemaet er åpent fra og med 09.03.2009
Skjemaet er åpent til og med 03.04.2009
Besvarelsene i denne spørreundersøkelsen er anonyme.
Les mer om anonymitet på
<http://www.usit.uio.no/it/nettskjema/hjelp/#anonymitet>

Brukernavnet ditt er: brukernavn
Passordet ditt er: passord

Purring

To: somebody@somewhere.org
From: mariahv@ulrik.uio.no
Subject: Purring på skjemaet "Sykefravær og lederes erfaringer med oppfølging og tilrettelegging."

Minner om nettskjema som fremdeles er åpent!

Til sykepleieledere på Nyfødt intensiv og Barneavdelinger.
BRUKERNAVN og PASSORD står NEDERST i denne mailen:

Tema for undersøkelsen er hvordan sykepleieledere tilrettelegger for syke medarbeidere i egen enhet, og hvilke erfaringer de har. Hensikten er å beskrive hvordan ledere jobber i forhold til IA-avtalen, og få frem lokale erfaringer for å redusere sykefravær. Besvarelsen tar 10-15 min. Nettskjema er grunnlag for en masteroppgave i sykepleievitenskap ved UiO. Undersøkelsen vil bli publisert. Din besvarelse vil være anonym. Informasjon er sendt til alle klinikk/divisjonsledere via postmottak@, følg interne retningslinjer for besvarelser av spørreundersøkelser.
Med vennlig hilsen
Mariann Hval

Du har blitt invitert til å svare på skjemaet "Sykefravær og lederes erfaringer med oppfølging og tilrettelegging."

Det ser ut til at du ikke har svart ennå

Du finner dette skjemaet på:
<https://nettskjema.uio.no/answer.html?fid=41211&lang=no>

Skjemaet er åpent fra og med 09.03.2009
Skjemaet er åpent til og med 03.04.2009
Besvarelsene i denne spørreundersøkelsen er anonyme.
Les mer om anonymitet på
<http://www.usit.uio.no/it/nettskjema/hjelp/#anonymitet>

Brukernavnet ditt er: brukernavn
Passordet ditt er: passord

VEDLEGG 4: Tabell 1

Tabell 1. Oppfølging av syke medarbeidere (n=31)

	n	%
Har fått opplæring i IA-arbeid (ja)	26	84
Tar kontakt med medarbeider som melder seg syk i løpet av første uke (ja)	28	90
Holder som oftest kontakt med sykmeldte medarbeidere pr. telefon (ja)	23	74
Utarbeider av og til/ofte oppfølgingsplan i samarbeid med arbeidstaker ved sykmelding mer enn 6 uker	30	97
Inviterer av og til/ofte sykmeldte medarbeidere til personalmøter, fagdager, eller andre samlinger?	30	97
Har du deltatt i dialogmøte med sykmeldt medarbeider? (ja)	27	87

VEDLEGG 5: Tabell 2

Tabell 2. Lederes erfaringer med turnus og tilrettelegging (n=31)

	n	%
Tilbyr arbeidstakere over 55 år turnus uten netter (ja)	21	68
Tilbyr gravide turnus uten netter (ja)	27	87
Spør av og til/ ofte sykmeldte om tilrettelegging kan føre til raskere tilbake til jobb	31	100
Erfarer av og til/ofte at tilrettelegging av arbeidet fører til redusert fravær	26	84
Erfarer av og til/ofte at de kan lede på en måte som reduserer fravær	27	87
Erfarer av og til/ofte at tett oppfølging fører til at den sykmeldte kommer raskere tilbake	23	74

VEDLEGG 6: Figur 1

FIGUR 1.

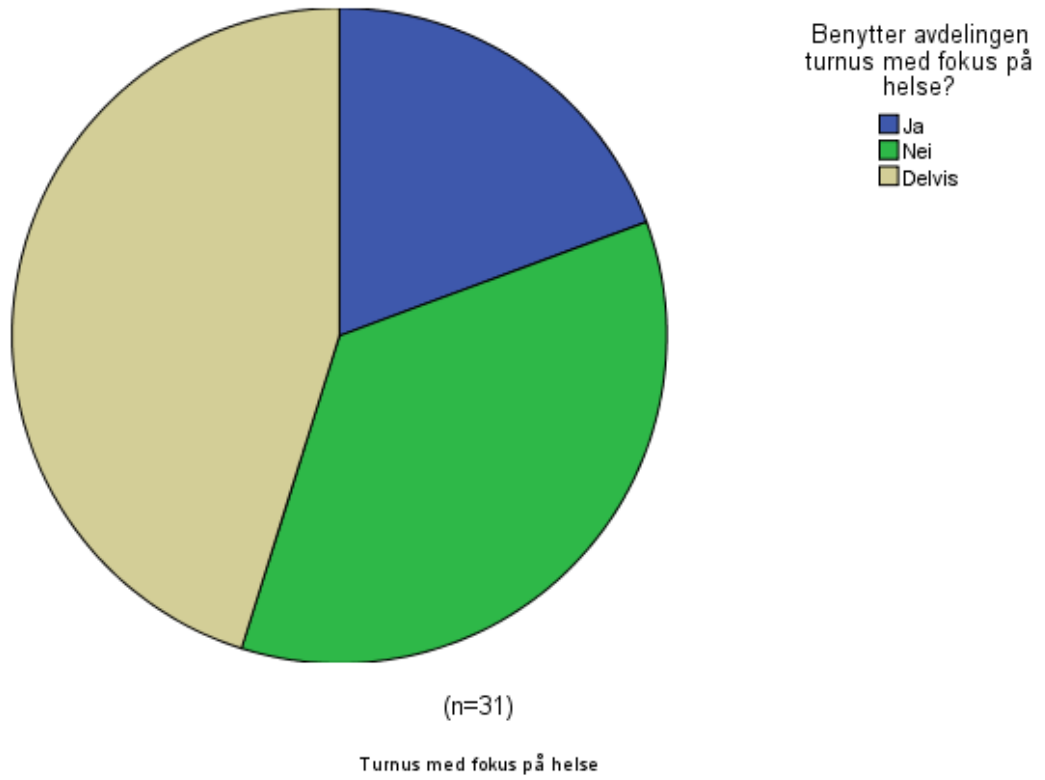


Avdelingssykepleierne ble bedt om å velge de tre viktigste lederegenskapene, 21 (n= 31) ledere valgte problemløsningsevne og 19 (n=31) valgte kommunikasjonsevne som de mest verdifulle.

Ikke alle ledere har valgt 3 lederegenskaper.

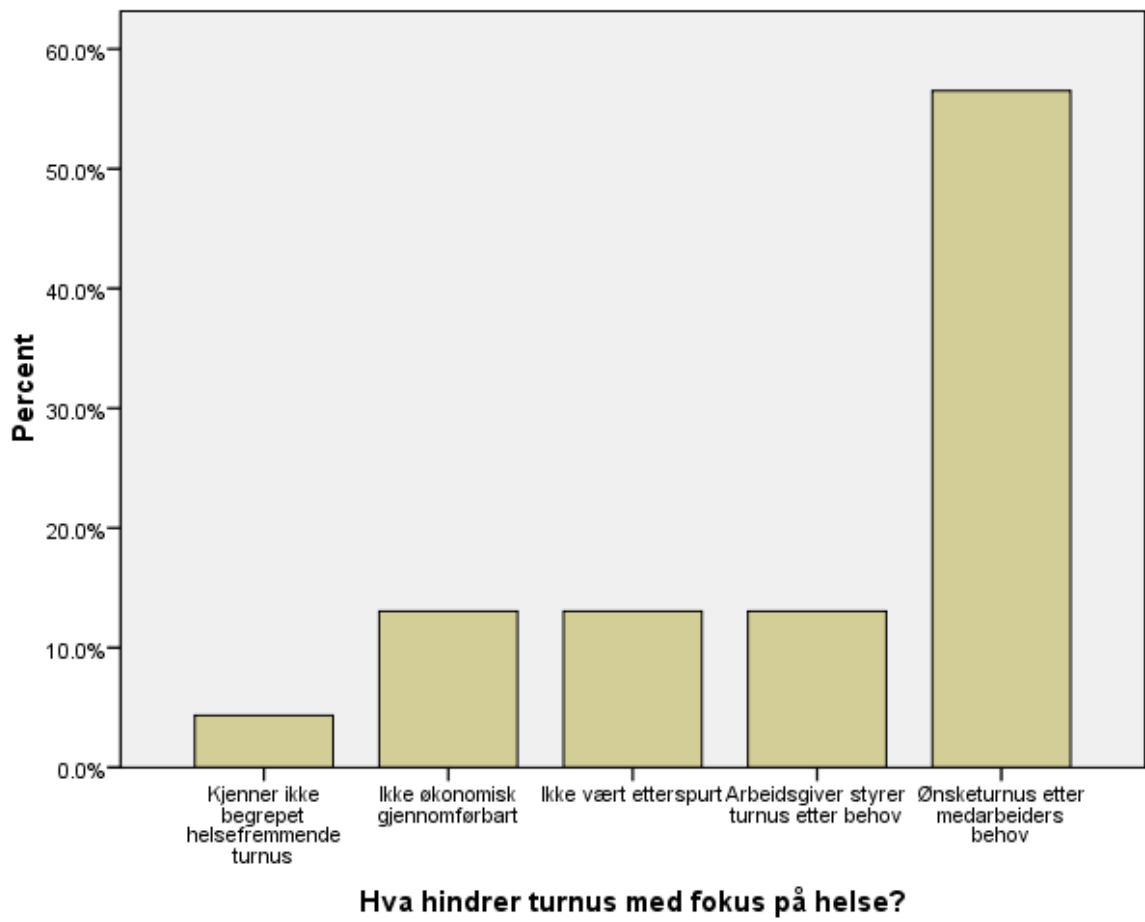
VEDLEGG 7: Figur 2

Figur 2



VEDLEGG 8: Figur 3

Figur 3



(n=23)

VEDLEGG 9: FORFATTERVEILEDER

Veiledning for skrivning av vitenskapelige artikler

Innsendelse av artikkel med vedlegg, følgebrev og erklæring om interessekonflikter sker via e-post. Tidsskriftet Sykepleien Forskning er et vitenskapelig tidsskrift som blir utgitt fire ganger i året. Vi ønsker å være den foretrukne kanal for å formidle sykepleieforskning i Norge. Sykepleien Forskning har som mål å være relevant, interessant, praksisnært og bredt. Vi vil også bidra til at helsepersonell leser forskning og bruker forskningsresultater i teori og i praksis.

Sykepleien Forskning har et stort opplag (cirka 85.000 eksemplarer) og vi har til hensikt å bli indeksert i internasjonale databaser. Vi gjør originale forskningsartikler tilgjengelig for alle via internett. Forfattere som publiserer hos oss beholder også copyright selv og kan for eksempel publisere den fra den institusjonen de er ansatt i. Forfattere kan ikke sende samme artikkelmanuskripter til flere/andre vitenskapelige tidsskrifter til bedømming på samme tid. Artikkelmanuskriptet skal ikke ha vært publisert i et annet vitenskapelig tidsskrift.

Redaksjonen tilstreber rask behandlingstid for artikkelmanuskript som sendes til oss. Innen to uker foretar redaktøren en vurdering om artikkelmanuskriptet refuseres, sendes tilbake til forfatter for revidering eller oversendes til fagfeller (referees) for nærmere vurdering. Forfattere får første tilbakemelding fra redaktøren innen to uker etter at manuskriptet er sendt inn. Dersom artikkelmanuskriptet sendes til vurdering av eksterne fagfeller (referees), vil vi tilstrebe å gi forfattere neste tilbakemelding innen seks uker.

Sykepleien Forskning bruker åpen fagfellevurdering, hvor navn på både forfatter og fagfelle er kjent for hverandre. Fagfellen bes signere sin vurdering.

Artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen bedømmes først ut fra følgende kriterier:

Er tematikken i artikkelmanuskriptet relevant for helsepersonell?

Passer tematikken i artikkelmanuskriptet til tidsskriftets profil?

Redaktøren og/eller redaksjon kan forkaste artikkelmanuskriptet på dette tidspunkt.

Artikkelmanuskript som antas å være aktuelle sendes til peer review. Det kan også være aktuelt at tidsskriftets redaksjonskomité vurderer tilsendt artikkelmanuskript. Alle artikkelmanuskripter som sendes redaksjonen må fylle krav for å bli vurdert. Det vil si at vi returnerer artikkelmanuskripter selv om de har interessante og relevante emner/tematikk, dersom de ikke overholder våre krav til kvalitet og struktur.

Redaksjonen forutsetter at forfatterne ikke aktivt går ut i andre medier før eventuell publisering hos Sykepleien Forskning. Dette gjelder ikke fremlegg på konferanser med trykking av sammendrag.

Når ett artikkelmanuskript har flere forfattere, skal alle forfattere ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta offentlig ansvar for gjeldende deler av innholdet. En eller flere forfattere må ta ansvar for helheten i arbeidet, fra planlegging til publisering. Bare personer som oppfyller alle følgende tre kriterier kan være medforfatter av en artikkel:

1. Å yte vesentlige bidrag med hensyn til forskningsprosessen i sin helhet.
2. Å ha ført rapportutkastet i pennen, revidert det kritisk eller på en annen måte gitt vesentlige intellektuelle bidrag.
3. Å ha gitt endelig godkjenning.

Ved felles (kollektivt) forfatterskap må en eller flere personer som er ansvarlig navngis. Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt bør presiseres. Slik takk forutsetter de aktuelle personers samtykke.

Følgebrev til redaktør

Følgebrevet kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering.

Det bør tydelig, men kortfattet og fritt formulert fremstilles følgende:

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor emnet/tematikken har vekket forfatterens (forfatternes) interesse for å skrive et artikkelmanuskript.

Bakgrunnsfaktorer for hvorfor forfatteren (forfatterne) ønsker å publisere sitt artikkelmanuskript i Sykepleien Forskning.

Hva er det man vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er det man ikke vet om emnet/tematikken i artikkelmanuskriptet fra før?

Hva er verdt å vite om emnet/tematikken?

Navn og kontaktinformasjon på to aktuelle habile fagfeller.

.Redaktøren avgjør hvem som skal bedømme artikkelmanuskriptene og er ikke forpliktet til å følge forslagene.

Erklæring om interessekonflikter

Erklæring om interessekonflikter kan inneholde opplysninger som kan ha betydning for eventuell publisering. Vi ønsker at forfattere sender Erklæring om interessekonflikter elektronisk, men det er også mulig å sende den per post til:

Sykepleien Forskning

P.O. Box 456, Sentrum

0104 Oslo

Skjemaet for Erklæring om interessekonflikter finnes på <http://www.sykepleien.no/>

Generelt

Artikkelmanuskript med alle vedlegg sendes elektronisk i Microsoft Word-programmets doc-form. All tekst skrives med Times New Roman-teksttype, bokstavstørrelse 12.

Overskriftene markeres med tykkere bokstaver.

Linjeavstand skal være 1,5 cm

Høyre marginal skal ikke jevnes ut.

Sidetallene plasseres øverst på høyre side.

Sidenummerering begynner fra tekstsida (inkluderer ikke overskriftssida eller sammendrag på norsk eller engelsk).

Fotnoter skal ikke brukes.

Figurer og tabeller fremstilles på separate vedlegg.

Bruk av fremmedord er begrenset. Fremmedord skal forklares og forkortelser forklares første gang de forekommer i teksten.

Artikkelmanuskriptets tittel bør være kort, klar, informativ og lett forståelig. Unngå bruket av undertittel.

Forfatteren (forfatterne) har selvstendig ansvar for all språkvasking.

Antall ord er maksimalt 3000 (utenom figurer, tabeller og referanser).

ARTIKKELMANUSKRIFTETS OPPBYGGING:

Overskriftsside (separat vedlegg):

Over- og underskriftene (tittel) for artikkelmanuskript fremstilles.

Forfatterens(forfatternes) for- og etternavn.

Kort presentasjon av forfatterens (forfatternes) utdannings- og profesjonsbakgrunn.

Forfatterens (forfatternes) stilling og arbeidssted.

Forfatterens (forfatternes) elektronisk postadresse.

Forfatterens (forfatternes) telefonnummer.

Hvis det er flere forfattere for ett artikkelmanuskript presenteres i tillegg kontaktpersonens:

For- og etternavn.

Postadresse.

Elektronisk postadresse.

Telefonnummer.

I tillegg skal det fremstilles:

Antall tegn med ordmellomrom (ikke medregnet tittel, undertittel og ingress).

Antall ord.

Antall figurer og tabeller.

Det bør tydelig presiseres en elektronisk postadresse for en person som kan kontaktes av lesere.

Sammendrag

Fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Sammendrag skal skrives på norsk.

Sammendraget skal oppsummere det aller viktigste i artikkelmanuskriptet. Det skal dekke studiens bakgrunn, hensikt, metodei, hovedresultat og konklusjon.

Maksimalt 200 ord.

3-5 nøkkelord fra Sykepleien Forsknings nøkkelordliste fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten. Velg minst ett som angir anvendt forskningsdesign.

English abstract

Fremstilles på egen side.

Artikkelmanuskriptets engelskspråklige overskrift (tittel) fremstilles øverst på siden.

Det engelske sammendraget skal være en direkteoversetting av det norske sammendraget.

Maksimalt 200 ord.

3-5 nøkkelord (key words) fremstilles for indeksering nederst på siden etter teksten.

Tekstsider

Sidetallene plasseres øverst på høyre side. Tekstsider begynner fra side 1 (ett) med artikkelmanuskriptets overskrift (tittel).

Generelle regler for vitenskapelig tekstproduksjon etterstaves og disposisjonen beror på artikkelmanuskriptets karakteristika.

Overskriftene i den fortløpende teksten skal være korte og tydelige og markeres med tykke bokstaver.

Kvalitative studier

Til artikkelmanuskripter som baseres i empiriske studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å ...».

Teoretisk perspektiv (teoretiske utgangspunkter) eller litteraturoversikt.

Hensikt med studien og problemstilling(er).

Metodei (alle forskningsmetoder som er brukt skal framstilles samt ved empiriske studier datainnsamlingsmetode, gjennomføring, bearbeiding og analyse av datainnsamling).

Resultater.

Diskusjon (validitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat).

Etiske aspekter (i forhold til både teoretisk og empirisk datainnsamlingsmateriale).

Konklusjon.

Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling.

Kvantitative studier

Til artikkelmanuskripter som baseres i kvantitative studier anbefales følgende struktur:

Introduksjon til emnet/tematikken, som avsluttes med: «Hensikten med studien er å...».

Metodei (alle forskningsmetoder som er brukt skal framstilles).

Resultater.

Diskusjon (validitets- og reliabilitetsdiskusjon skal inkluderes i den generelle diskusjonen over studiens resultat).

Konklusjon.

Implikasjoner for sykepleiepraksis, videre forskning og eventuelt teoriutvikling.

Vi anbefaler at forfattere som bruker kvantitativ metode får studien vurdert av statistiker før den sendes inn.

Figurer og tabeller

Sendes på eget ark, en side per figur eller tabell. Figurer og tabeller skal være selvforklarende og så enkle å forstå som mulig.

Hver figur og tabell nummereres i den rekkefølgen som de forekommer i teksten.

Ved figurer skrives teksten under figuren og ved tabeller skrives teksten over tabellen.

Figurer og tabeller bør tåle forminsking i forbindelse med redaksjonell trykkingsarbeid.

Referanser

Angis etter Vancouver-systemet. Det vil si at referansene gis fortløpende nummer i parentes i teksten og føres fortløpende i litteraturhenvisningen.

Alle forfatternavn skal foranstilles.

For eksempel:

- 1. Lovdata.** Lov om helsepersonell. 2 juli 1999; nr. 4. [Helsepersonelloven]. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-008.html>. (Nedlastet 15.11.2007).
- 2. Sosialdepartementet.** Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten 7/2003. 2003.
- 3. Dahl K, Heggdal K, Standal S.** Sykepleiedokumentasjon. I: Kristoffersen NJ., Nortvedt F., Skaug E-A. (red). Grunnleggende Sykepleie. Gyldendal Akademisk, Oslo. 2005.
- 4. Foucault M.** Truth and power. In: Gordon C. (ed). Power/Knowledge: Michel Foucault. Pantheon Books, New York. 1980 (pp 78-101).
- 5. Fraser DM, Cooper MA.** Myles Textbook for Midwives. Churchill Livingstone, London. 2003.
- 6. de Witt L, Ploeg J.** Critical appraisal of rigour in interpretive phenomenological nursing research. Journal of Advanced Nursing. 2006;55:215-229.
- 7. Karterud D.** Den etiske akten. Den caritative etikken når pasientens fordringer er av eksistensiell art. (Doktoravhandling). Åbo Akademis Förlag, Åbo. 2006.

Innholdsfortegnelse refleksjonsoppgave

INNLEDNING	1
AVTALEN OM ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV	2
Hva innebærer IA-avtalen for sykepleiere med lederansvar?	2
Ledernes erfaringer med inkluderende arbeidsliv	3
Inkluderende arbeidsliv	6
HVILKE FORHOLD HAR BETYDNING FOR ET HELSEFREMME ARBEIDSMILJØ?	8
Sykefravær og kulturbygging i avdelingen	10
Tilrettelegging og oppfølging	11
Helseturnus	11
HVORDAN KAN EMPOWERMENT VIRKE HELSEFREMME ?	13
Makt og sårbarhet	14
Dialog mellom leder og medarbeider	15
Samarbeid og felles ansvar	16
KONKLUSJON	17
REFERANSELISTE REFLEKSJONSOPPGAVE	18

Antall ord: 7331

SYKEPLEIERE MED LEDERANSVAR I ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV

INNLEDNING

Denne refleksjonsoppgaven er en sykepleiefaglig legitimering av problemstillingen i egen artikkel ”Hvilke erfaringer har sykepleiere med lederansvar på nyfødt intensiv- og barneavdelinger med tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte medarbeidere?”. I oppgaven reflekteres det over hvordan sykepleiere med lederansvar kan benytte avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005) til å utvikle et helsefremmende arbeidsmiljø. I denne sammenheng betyr det hvordan ledere kan tilrettelegge for og følge opp syke medarbeidere, og hvordan dialog og samarbeid kan være et virkemiddel i IA arbeidet. Hvordan ledere oppfyller intensjonen i IA-avtalen (2005) kan ha konsekvenser for den sykmeldte og arbeidsmiljø. Som en del av kompleksiteten i sykefraværsarbeidet, er det også naturlig å nevne hvordan sykefravær kan ha konsekvenser for pasientene. IA-avtalen (2005) er en omfattende avtale mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, som har overordnede helsepolitiske og nasjonale mål. Denne oppgaven tar utgangspunkt i en av hovedlinjene i avtalen; ”at en får et mer inkluderende arbeidsliv til beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet” (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Sykmeldte er i denne sammenheng de som har et legemeldt fravær. Det vil bli forsøkt å vise hvordan arbeidet med tilrettelegging kan starte før sykemeldingen kommer.

Refleksjonsoppgaven tar utgangspunkt i arbeidet med egen spørreundersøkelse til sykepleieledere med personalansvar, her avdelingssykepleiere, på nyfødt intensiv- og barneavdelinger i Norge. Hovedfunnene i egen studie presenteres i artikkelform (Hval, 2009). Undersøkelsens tema er lederes erfaringer med tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte. Spørreundersøkelsen har i tillegg til tema som behandles i artikkelen, et åpent spørsmål om ledernes egen erfaring med hva som er den beste måten å redusere sykefraværet på. Svarene i det åpne spørsmålet er brukt som et bakteppe for refleksjonene. Sitater som er med på å belyse problemstillingen er hentet fra egen studie, og er gjengitt med hermetegn i oppgaven.

Å reflektere vil si å undre seg og å stille spørsmål (Schön, 1987). Ved å reflektere kan det dukke opp flere nye spørsmål når tanker kastes frem og tilbake, og gi flere mulige svar. I denne oppgaven er viktige spørsmål utelatt pga. oppgavens begrensede omfang, men undringen og søken etter muligheter er forsøkt ivaretatt.

AVTALEN OM ET INKLUDERENDE ARBEIDSLIV

IA- avtalen beskriver den enkelte arbeidsplass som den viktigste arena for å nå målet om et mer inkluderende arbeidsliv (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Det er det lokale fokuset på sykehusavdelinger, syke medarbeidere og avdelingssykepleier som samfunnsaktør i IA-arbeidet refleksjonene handler om. Lovendringer fra 1.mars 2007 i Arbeidsmiljøloven (AML) (2005)regulerer i ennå sterkere grad arbeidsgivers ansvar, og det legges vekt på å komme tidlig i gang med å finne løsninger og se muligheter som kan hindre langvarig og unødig fravær.

Hva innebærer IA-avtalen for sykepleiere med lederansvar?

Denne fremstillingen har fokus på generelle aspekter ved ledelse, sykefravær og dialog, og ikke det spesielle ved å arbeide med barn og familie. Barnets nærmeste omsorgspersoner er en naturlig del av arbeidet på avdelingene, ifølge Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2002). Ingen av respondentene kom inn på forhold rundt pasientgruppen når de ble spurt om sine erfaringer med å redusere sykefravær.

Sykehusavdelinger er komplekse arbeidsplasser, kompetansebedrifter med høye krav til faglig dyktighet og effektivitet, som beskrevet i en rapport kalt "God vakt" om arbeidsmiljø i sykehus (Arbeidstilsynet, 2006). Rapporten peker på flere forhold i sykehus i Norge, som for eksempel arbeidssituasjonen til førstelinjeledere (Arbeidstilsynet, 2006). På bakgrunn av egen erfaring fra arbeidslivet, kan nyfødt intensiv- og barneavdelinger ha relativt store personalgrupper. En utfordring for ledere er derfor å møte faglige krav og samtidig være en effektiv leder. Det er likevel verdt å påpeke at antallet medarbeidere ikke nødvendigvis er avgjørende for hvordan ledere jobber med inkluderende arbeidsliv, selv om man ikke kan utelukke at det kan ha betydning. Samtidig kan det være viktig å være klar over hvordan muligheten for deltidstillinger bidrar til at ledere kan ha stort kontrollspenn. Dette påpekes også i "God vakt" rapporten (2006), som viser til hvordan økte krav til tilrettelegging og

oppfølging er spesielt krevende for ledere med store personalgrupper. Rapporten viser videre hvordan nye arbeidsoppgaver legges til en allerede presset hverdag, hvor ledere må prioritere hvordan de bruker sin tid (Arbeidstilsynet, 2006). Det forventes at ledere tilegner seg ny kunnskap, bruker tid på dokumentasjon og individuell tilrettelegging i IA-arbeidet (Arbeidstilsynet, 2006). Det innebærer at ledere møter forventninger og krav fra flere hold, fra egen leder, medarbeidere, og interne prosedyrer, som igjen er basert på lover og regler. For eksempel vil føringer for samarbeidsrelasjoner, rutiner og tidsintervaller for oppfølging av sykefravær reguleres gjennom AML (2005) og Folketrygdeloven (1997).

Slik IA-avtalen (2005) beskriver det, skjer det viktigste samarbeidet i arbeidet med å redusere sykefravær mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Norsk Sykepleierforbund (NSF) benytter formuleringen sykepleier med lederansvar, og kan forstås som en tydeliggjøring av at leder også er sykepleier (Norsk sykepleierforbund, 2005). I møtet med en syk kollega vil leder kunne ha en dobbel forståelse, både som sykepleier og leder. Møtet med medarbeider i en sårbar situasjon er først og fremst som leder, regulert ved hjelp av lover og regler i arbeidslivet.

Ledernes erfaringer med inkluderende arbeidsliv

Dialog med medarbeider, arbeidsmiljø og turnus er etter avdelingssykepleieres syn de viktigste måtene å redusere sykefravær på. Av de totalt 31 respondentene i egen studie valgte 29 ledere å svare på det åpne spørsmålet om hva som etter deres erfaring best kan redusere sykefravær.

Svarene fordelte seg på aktive løsningsorienterte tilnærminger, passive tilnærminger hvor det ble vist til forhold utenfor leders muligheter, og nøytrale utsagn. Det var stor forskjell på ledernes ytringer, for eksempel; ”Det er for enkelt å få en sykmelding” og en mer aktiv tilnærming som; ”Være tydelig på at jeg som leder ønsker tydelig tilbakemelding når en ansatt står i fare for å bli sykmeldt”. Spennet i svarene lederne gir, kan tyde på at ledere opplever at de har ulik mulighet til å påvirke sykefraværet og dermed ressursene i avdelingen. En avdelingssykepleier beskriver som den beste måte å redusere sykefravær det å ha; ”Riktig bemanning/ressurser i forhold til mengde av oppgaver”. I følge Nordhaug (1998) er avdelingsykepleier personalleder for de menneskelige ressursene i avdelingen. En måte å definere personalledelse på er hvordan organisasjonen planlegger, ansetter, utvikler og belønner de menneskelige ressursene i produktive mål (Nordhaug, 1998). Et viktig poeng her

er hvordan de menneskelige ressurser, når de er syke, tvert i mot kan skape uforutsigbarhet. Selv om ledere planlegger, er det likevel ikke til å unngå at driften og pasientenes hverdag kan bli påvirket av fravær. Det betyr dermed at ledelse også er å ivareta medarbeidere som på grunn av sin sykdom ikke kan bidra og være like produktive. Dette støttes av Arbeidsforskningsinstituttets kunnskapsstatus om sykefravær, som beskriver det som vel dokumentert at lederes støtte og handlinger kan ha betydning for sykefravær (Gamperiene, Grimsmo, & Sørensen, 2007).

I egen studie kom det frem at ledernes erfaringer med å redusere sykefravær ikke først og fremst viser seg i konkrete praktiske forhold, men like mye i hvordan den som er syk skal møtes. Det kan være et uttrykk for et menneskesyn som ivaretar både enkeltmennesket og organisasjonens interesser. Et ledelseskonsept i sykehus er Human resource management (HRM) hvor begge parter har fordel av at den enkelte og organisasjonen er tilpasset hverandre på best mulig måte (Bolman & Deal, 1991). Flere av lederne gir uttrykk for denne måten å lede på, ved for eksempel følgende uttalelser; ”Den enkelte arbeidstaker må oppleve tillit og gis ansvar” og; ”Opplevelsen av å være betydningsfull”. Uttalelsene samsvarer med IA-avtalens (2005) fokus på hva som er til det beste for hver enkelt og hvilke ressurser den enkelte arbeidstaker har. Man kan ikke utelukke at nettopp en slik måte å møte sykmeldte medarbeidere på, kan ha betydning i arbeidet med å utvikle et helsefremmende arbeidsmiljø.

Ansvar for syke medarbeidere og forebygging av sykdom kan gripe inn i alle lederens arbeidsområder. Avdelingssykepleier er nærmeste leder for sykepleiere og øvrige pleiepersonale, og driver posten i samarbeid med øvrig ledelse ved klinikken/divisjonen. Til tross for et økende fokus på et inkluderende arbeidsliv, slik det kommer frem i egen studie, er det ikke nødvendigvis tilsvarende fokus på at mer tid til oppfølging skal kombineres med andre arbeidsoppgaver. Ansvarsområdene beskrives for sykepleiere med lederansvar som administrativt ansvar, faglig ansvar, juridisk ansvar og etisk ansvar (Norsk sykepleierforbund, 2005). I en praktisk hverdag i sykehusavdelingen kan det for eksempel bety at det administrative ansvaret innebærer planlegging av turnus og utvikle en inkluderende sykefraværskultur. Videre kan det faglige ansvaret omhandle sykepleien til pasientene og kompetansebygging. Spesielt aktuelt for nærmeste leder med hensyn til det juridiske ansvaret, vil være å sørge for at regelverket som er gitt i arbeidsmiljøloven blir fulgt.

Arbeidsmiljølovens §14 fastsetter lederens plikter, og som et av mange omfattende områder er det å tilrettelegge arbeidet i forhold til alder og arbeidsevne beskrevet (Arbeids- og

inkluderingsdepartementet, 2005). NSF presiserer lederens ansvar for arbeidstidsbestemmelser og turnus, hvor det er påkrevet at ordningene følger gjeldende regelverk (Norsk sykepleierforbund, 2005). Det etiske ansvaret er ikke minst viktig, og kan i sykefraværssammenheng innebære en bevissthet om ledelse og makt, sykdom og sårbarhet.

Når det er slik at leders plikter og ansvar er nedfelt i lover og regelverk, og NSF (2005) har klare forventninger til kvalifikasjoner og tydelig fagledelse, kan man anta at sykefraværsoppfølging blir godt ivaretatt. I følge egen studie viser ledernes erfaringer og uttalelser at avdelingssykepleiere har forskjellige måter å nærme seg den syke på. Det kan være nyanser i måter å tilrettelegge og følge opp syke medarbeidere på, og grader av samarbeid. Sykepleiere med lederansvar kan ha fokus på begrensninger, eller de kan se etter det friske og finne kreative løsninger.

Det kan oppleves som et paradoks at leder skal bruke mye av sin tid på å lede medarbeidere som ikke er tilstede. En avdelingssykepleier kom med følgende erfaring på spørsmål om hva som kan redusere sykefravær; ”Ivareta de som ikke er syke”. Lederen illustrerer her en annen vinkling i oppfølging og tilrettelegging for syke medarbeidere i utvikling av et helsefremmende arbeidsmiljø. Dette samsvarer med et av de overordnede nasjonale hovedmål i IA-avtalen, som er å forebygge sykefravær for de som ikke er syke, og ha fokus på nærværet i arbeidet (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Som en kontinuerlig utfordring, beskriver NSF det å jobbe for et så lavt sykefravær som mulig, og om å forankre avtalen om inkluderende arbeidsliv i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2005). Ledere har klare føringer i AML § 3-1, hvordan arbeidsgiver skal sørge for at arbeidet med forebygging og oppfølging av sykefravær foregår på en systematisk måte, § 4- 6 i AML handler om tilrettelegging for arbeidstakere som har redusert arbeidsevne (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Ballanse mellom oppgaver og arbeidsevne beskrives av en leder som den beste måten å redusere sykefraværet på; ”Å kunne tilby en arbeidshverdag som ikke presser den enkelte arbeidstakeren for mye”. En aktiv arbeidshverdag og fokus på arbeidsforholdene er ikke ukjent for sykepleiere. Sykepleiens historie i Norge viser at for å bli tatt opp på utdanning som sykepleier var det strenge krav til god helse, utholdenhet var et ideal, og tretthet og åreknuter en dårlig inngangsport (Melby, Bentsborg, Larsen, & Norsk, 2000). I mellomkrigstiden ble det satt søkelys på syke sykepleiere, som et samfunnsmessig problem, skriver Melby (2000) videre. I 1933 la Oslo trygdekasse frem tall som viste at sykefraværet for sykepleiere var høyere enn for andre kvinneyrker, som for eksempel kontoransatte.

Diskusjonen som Melby (2000) refererer virker underlig kjent, ledere som rettet søkelys på rekrutteringen og ikke på arbeidsforholdene. Kunne man unngå problemer ved å velge de friskeste i utgangspunktet? Nå ble etter hvert den økonomiske siden av sykefraværet argument for bedre forhold for sykepleiere, med for eksempel kortere arbeidsdager (Melby et al., 2000). Tretthet og åreknuter kan vel også i dag være et problem i arbeidslivet, og utholdenhet kan fremdeles være et ideal for ledere. I dag er det klare forventninger til ledere om å oppfylle kravene i AML (2005) med å inkludere syke medarbeidere i arbeidslivet, samtidig som økonomi og arbeidsoppgaver skal ivaretas. Dette beskrives i ”God vakt” rapporten som et krysspress ledere utsettes for, et evig dilemma mellom økonomi, pasientenes rettigheter og hensynet til syke medarbeidere (Arbeidstilsynet, 2006).

Inkluderende arbeidsliv

Det har skjedd en endring og en avprivatisering av sykefravær på arbeidsplassen etter at IA-avtalen (2005) ble inngått. Både ledere og medarbeidere har måttet lære seg nye oppfølgingsrutiner. Nye ord som nærværsarbeid, tilrettelegging, og dialogsamtale var ikke en selvfølge i samtaler mellom leder og medarbeider få år tilbake. Det kan koste litt for en leder å ta den første telefonen tidlig i et sykdomsforløp, og spørre om tilrettelegging av arbeidet kan føre til at den som har meldt seg syk kan komme i jobb. Det er ikke så vanskelig å tenke seg at den syke kan oppleve det at sjefen ringer som en kontroll. En leder gir følgende kommentar vedrørende sykefravær; ”Avklare muligheter og forventninger fra begge parter”. En kan ikke se bort fra at lederes forventninger til syke medarbeideres arbeidsevne også kan oppfattes som en anklage. Det kan også være slik at gjensidig respekt mellom parter er avhengig av at det stilles krav og forventninger i dialogen (Sennett, 2003).

Debatten i samfunnet dreier seg ofte om hvordan sykefraværet skal ned. Det å bli inkludert i arbeidslivet ved sykdom skal i utgangspunktet være et gode. Men det kan virke provoserende på mennesker som opplever sykdom, noe som Professor Per Fugelli belyser i et intervju hvor han hevder at den som er syk må få sykdomsfred og slippe å få sitt privatliv invadert av ivrige ledere (Kvistum, 2007). Fugelli minner om sårbarheten mennesker kan oppleve under sykdom, og at maktforholdet mellom leder og medarbeider kan bli ennå mer skjevt (Kvistum, 2007). Han sier videre at ledere ikke skal presse seg på, men la den som er syk ta initiativet til å begynne å jobbe igjen (Kvistum, 2007). Man kan undres på om det er slik at syke medarbeidere skal utnyttes til siste rest, og nærmest lyses fredløse i sin sykdom. Ut i fra egen erfaring som leder er det nok slik at tett oppfølging i et inkluderende arbeidsliv ikke

samsvarer med å pleie sin sykdom i fred. På den annen side vil medarbeidere som har kontakt med arbeidsmiljøet, heller ikke oppleve å bli glemt eller ikke bli ivaretatt av leder.

Lederne i egen studie er kjent med sitt ansvar i sykefraværsoppfølgingen, det kommer til uttrykk i utsagn som; ”Rask kontakt med sykmeldte” og ”Tett og hyppig kontakt”. Det er arbeidsgiver som har hovedansvaret for kontakten med den sykmeldte, som det klart fremgår av brosjyren ”Tettere oppfølging av sykmeldte” (Arbeids- og velferdsetaten, 2007). Selv om innholdet i brosjyren beskriver hvordan denne tette oppfølgingen skal foregå, kommer det frem at hensikten ikke bare er å inkludere den som er syk, det handler også om arbeidsgivers mulighet for sanksjoner og kontroll (Arbeids- og velferdsetaten, 2007). Det innebærer at Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV) for eksempel skal etterspørre oppfølgingsplan og avgjøre om det fortsatt er grunnlag for sykepenger (Arbeids- og velferdsetaten, 2007). På bakgrunn av dette er evne til samarbeid en egenskap ledere har behov for i tilrettelegging og oppfølging av sykmeldte. Dette støttes av intensjonene i IA-avtalen, som fokuserer på individnivå og samarbeid for å oppnå resultater (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Flere aktører kan komme på banen i løpet av en sykdomsperiode, og avdelingssykepleier er nærmeste leder og dermed sentral i prosessen med både inkludering og kontroll.

Avdelingssykepleiere viser til forskjellig erfaring i samarbeidet med NAV; ”Jeg har god erfaring med å diskutere med NAV”, og ”Ofte går det sent om en ønsker å prøve andre tiltak i lag med NAV”. Ledere har ansvar for å lage en oppfølgingsplan innen 6 uker sammen med medarbeideren hvor mulige arbeidsoppgaver skal avklares, målet er å finne løsninger som kan gi medarbeideren mulighet for å komme raskt tilbake i jobb (Arbeids- og velferdsetaten, 2007). Videre ut i forløpet kommer samarbeidspartene inn, lege/sykmelder skal mer aktivt ta del i sykefraværsperioden og bedriftshelsetjenesten som skal være aktiv i det forebyggende arbeidet, kan også trekkes inn i dialogmøter (Arbeids- og velferdsetaten, 2007). Det innebærer at NAV er en viktig samarbeidspartner, ikke minst ved at det er mulig å søke om tilretteleggingstilskudd i form av dekning av utgifter eller til gjenstander (Arbeids- og velferdsetaten, 2007).

Arbeidsmiljøloven (2005) er kjent stoff for ledere, om enn i forskjellig grad etter interesse og behov. Teksten i loven kan oppleves som tørt stoff, men kan også åpne for undring. Ta for eksempel ordet dialog, som brukes i § 4- 4, hvor det står at arbeidsgiver skal innkalle til dialogmøtet. Her er det tydelig at loven mener noe annet enn bare et møte mellom

arbeidstaker og arbeidsgiver. Hvorfor brukes det noe høytidelige ordet dialog, og ikke for eksempel sykefraværssamtale? Loven viser på denne måten en dybde, lovteksten åpner seg og viser vei. Partene skal gjøre noe mer enn bare å ha et møte, de skal være i dialog, og det er lovbestemt.

I følge intensjonen i IA-avtalen (2005) er tillitsvalgt og verneombud aktuelle samarbeidspartnere på arbeidsplassen, som kan bistå både arbeidstaker og arbeidsgiver ved behov. Unntaket fra å følge opp sykefravær med for eksempel tilrettelegging er hvis medarbeideren kommer tilbake uten spesielle tiltak, eller ved alvorlig sykdom (Arbeids- og velferdsetaten, 2007). Selv om lederne ikke nevner spesielt tillitsvalgt eller verneombud i sine uttalelser, beskriver en avdelingssykepleier et behov for støttefunksjoner; ”Langtidssykmeldte trenger av og til en fadder i avdelingen for å ha noen å lene seg til”. Behovet for alternative måter å ivareta sykmeldte på kan ses i lys av en undersøkelse av 86 IA-bedrifter i perioden 2004-2007 i regi av Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI), hvor ingen sikker forbindelse mellom leder og tillitsvalgtes involvering og sykefraværet kan påvises (Lie et al., 2008). Avdelingssykepleiere kan ikke velge bort IA-avtalen (2005), på den annen side har de mulighet for å påvirke i hvilken grad sykefraværarbeid er et tema og et samarbeidsområde.

HVILKE FORHOLD HAR BETYDNING FOR ET HELSEFREMMEDE ARBEIDSMILJØ?

Arbeidsmiljøloven (2005) slår fast allerede i lovens innledende bestemmelser i § 1-1, at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende. I denne sammenheng brukes begrepet helsefremmende i betydningen av virksomhet på arbeidsplassen som kan påvirke helsen positivt. For å kunne vurdere om arbeidsplassen fremmer helse, må det klargjøres hvordan helse og sykdom skal forstås. Sosiologen Aaron Antonovsky presenterer i sin bok om Helbredets mysterium et syn på helse og sykdom som en glidende overgang på en akse, ikke som enten syk eller frisk (Antonovsky, 2000). Han lanserte begrepet salutogenese, som kan beskrives ved at når livet blir strevsomt på alle måter, er det noen mennesker som mestrer livet uten å oppleve seg som syk (Antonovsky, 2000). Salutogenese handler om opplevelse av sammenheng, den enkeltes evne til å forstå hendelser som meningsfulle og håndterbare. Antonovsky (2000) hevder at balansen mellom overbelastning og opplevde ressurser også gjelder i arbeidslivet. Hvis en medarbeider blir utsatt for overbelastninger i arbeidet uten

muligheter for å hvile og komme til krefter, kan det virke negativt på opplevelsen av håndterbarhet og kan dermed ha helsemessige konsekvenser (Antonovsky, 2000). For eksempel beskriver en avdelingssykepleier hvordan man kan avpasse arbeid og belastning i praksis; ”Finne oppgaver som er overkommelige og virker utfordrende og meningsfulle for den enkelte”. Antonovsky (2000) hevder videre at sosial støtte og sosiale relasjoner i arbeidsgruppen har helsemessig betydning. Dette samsvarer med avdelingssykepleiers uttalelse i egen studie: ”Opplevelsen av at man er viktig på arbeidsplassen, at man er savnet når man er borte”. Ifølge Antonovsky (2000) vil felles verdier, klare forventninger og sterk gruppeidentifikasjon, forsterke opplevelsen av indre sammenheng. Det er mulig å se på intensjonsavtalen inkluderende arbeidsliv som salutogenetisk. Fokuset på arbeidsevne som er beskrevet i AML (2005) og ikke på diagnose innebærer å se det friske. Det kan oppleves som et friskt pust i fokuseringen på sykefravær når den svenske bedriftslegen Johnny Johnsson presenterer boken Langtidsfrisk (Johnsson, Lugn, & Rexed, 2006). Det skjer noe med oss når vi skifter fokus fra sykefravær til friskhetsnærver, er budskapet (Johnsson et al., 2006). En avdelingssykepleier beskriver et lignende perspektiv i sin erfaring med å redusere sykefravær; ”Oppfordre medarbeidere til å se jobben med positive øyne”. Det er med andre ord ikke alltid diagnose er avgjørende for om det er mulig å delta i arbeidslivet. Selv om leder og medarbeider kan se på hva som fungerer, fremfor å se på det motsatte, kan man ikke se bort fra at den sykmeldte kan ha en annen oppfatning av egen arbeidsevne. Fokus på gjensidighet, god relasjonsbyggende kommunikasjon mellom leder og medarbeider og klare mål, anses for å være helsefremmende (Johnsson et al., 2006).

Ledere kan velge å ha fokus på muligheter og tilrettelegging i et forebyggende perspektiv, eller det kan være slik at sykefravær først er sak når fraværet er alarmerende høyt eller lavere enn forventet. Medarbeidersamtalen kan være med på å utvide avdelingssykepleiers forståelse for medarbeiderens behov for tilrettelegging. Samtalen skal ikke være en enetale, men bære preg av å være en dialog (Pfeiffer, 2002). Utgangspunktet er at medarbeiderens ressurser bør være i fokus i medarbeidersamtalen, en planlagt, årlig samtale om avdelingens mål og verdier, samarbeid, faglig og personlig utvikling og medarbeiderens egne mål (Pfeiffer, 2002). En av lederne sier klart; ”Sykefravær bør ha kontinuerlig fokus i personalmøter”, og viser i praksis hvordan for eksempel personalmøtet kan være et virkemiddel i tillegg til medarbeidersamtalen for å utvikle et helsefremmende arbeidsmiljø.

Mange forskjellige momenter kan virke inn på helse, God vakt rapporten nevner for eksempel avdelingskultur og tidspress (Arbeidstilsynet, 2006). Turnus, seniorpolitikk, antall kvinner i fertil alder, den enkeltes egen helse, og forhold utenfor arbeidsplassen påvirker sykefraværet. ”God vakt” rapporten fra arbeidstilsynet (2006) understreker betydningen av tydelig ledelse, integrert HMS arbeid og samarbeid mellom verneombud og ledelse. Samtidig konkluderer rapporten at arbeidet med helse miljø og sikkerhet ikke blir prioritert (Arbeidstilsynet, 2006).

Sykefravær og kulturbygging i avdelingen

Hvordan leder faktisk snakker om og forholder seg til sykefravær vil påvirke avdelingskulturen (Arbeidstilsynet, 2006). Avdelingskultur defineres som de uskrevne regler som gjelder for en gruppe mennesker som arbeider sammen (Arbeidstilsynet, 2006). Kulturen i avdelingen kan gjenspeiles i ordene vi benytter, som i boken ”Langtidsfrisk”, med for eksempel fokus på nærvær i stedet for fravær (Johnsson et al., 2006). Det er mulig å innarbeide disse ordene i avdelingen ved for eksempel å bruke betegnelser som halvt friskmeldt, i stedet for halvt sykmeldt. En avdelingssykepleier beskriver hvordan hun benytter både ord og handling; ”Anerkjenne og bekrefte, legge til rette for at vi tidlig setter inn tiltak for å forhindre sykmelding”. Dette kan illustrere hvordan kulturen i avdelingen gjenspeiler det som virkelig blir utført (Pfeiffer, 2002).

Leder kan påvirke i hvor stor grad sykefravær og nærværsarbeid i avdelingen er et tema. Ledelse er en prosess som skjer sammen med andre, og det å påvirke en organisasjon er ledelse (Holter, 1995). En avdelingssykepleier uttrykker det slik; ”Snakke om sykefravær og at det er muligheter for tilrettelegging”. Ledere styrer ikke bare ved hjelp av mål, verdier og normer, men også mer direkte i planlegging og organisering i det daglige (Holter, 1995). En leder hevder at den beste måten å redusere sykefravær er ved å ha; ”Tett dialog med kronisk syke”, som kan relateres til hvordan Holter (1995) beskriver kommunikasjon som det viktigste hjelpemidlet i et direkte personlig samhandlingsforhold.

Når IA-avtalen gjøres kjent og den som er syk vet at det er lov å tenke muligheter, både for leder og medarbeider, har man et felles utgangspunkt. Muligheten for at effekter kan oppnås når ledere søker å påvirke kulturen i organisasjonen støttes av Nordhaug (1998). Han beskriver videre hvordan det å gjøre kjent hensikt og mål for medarbeidere kan skape mindre usikkerhet, og han tar han for seg hvordan påvirkning av kultur kan føre til reduserte kostnader (Nordhaug, 1998). Redusert sykefravær kan for eksempel føre til mindre

sykelønnsutgifter og vikarutgifter. Videre belyser Nordhaug (1998) muligheten for at det å jobbe strategisk med personalledelse kan gjøre bedriften mer attraktiv for nye søkere. Det er en effekt som også kan komme pasientene til gode.

Tilrettelegging og oppfølging

En telefonbeskjed om sykdom og tilsendt sykmelding kan ifølge egen erfaring som leder være utgangspunktet i starten av sykefraværet. I følge retningslinjene for tettere oppfølging av sykmeldte skal leder ta kontakt med den syke i løpet av den første uken, og tidligst mulig tenke muligheter for aktivitet (Arbeids- og velferdsetaten, 2007). En avdelingssykepleier gir uttrykk for hvordan det kan oppleves; ”Synes noen ganger at det er vanskelig å få de ansatte med på tilrettelegging men det gjelder ikke alle”. Det kan være slik at medarbeider ikke makter å informere om sin arbeidsevne. Intensjonene kan være de beste, men det kan være at medarbeider rett og slett er for syk til å bruke siste rest av funksjonsevne på jobb. Det kan være medisinske grunner som forhindrer tilrettelegging og muligheten for aktivitet (Arbeids- og velferdsetaten, 2007).

En rapport fra 2008 som på oppdrag fra NAV evaluerer arbeidsgivers rolle i sykefraværsoppfølgingen, ser spesielt på arbeidsgivers praksis for oppfølging, arbeidsgivers behov for støtte i dette arbeidet, og hvilken rolle NAV og andre aktører spiller i oppfølgingen (Arbeids og velferdsdirektoratet, 2008). En av lederne i egen studie beskriver sin rolle og behov for støtte slik; ”Oppfølging av syke er som å gå i en trapp”, og ”hvilke hjelpemidler må til for å komme på et akseptabelt trinn, og hvilke hjelpemidler har du selv for å forebygge at du faller ned trappa”. Det kommer frem av rapporten at arbeidsgivere selv mente at det var viktig med gode rutiner, men alle så ikke gevinsten i all oppfølgingen (Arbeids og velferdsdirektoratet, 2008). Uttalelsene fra lederne i egen studie viser samme tendens som i rapporten hvor arbeidsgivere gir uttrykk for stort sett å være positive til oppfølgingskravene, og anser det som helt sentralt med tidlig og jevnlig kontakt med den som er syk (Arbeids og velferdsdirektoratet, 2008).

Helseturnus

Man kan spørre seg om det er mulig å knytte begrepet helse til turnus for medarbeidere som arbeider til alle døgnets tider på sykehusavdelinger. Sykefravær har konsekvenser for turnus når de som skulle vært på jobb blir syke. I følge egen erfaring som leder, kan en belastende

turnus for noen være årsak til sykefravær. I denne sammenheng brukes begrepet helseturnus for å illustrere hvilke muligheter og begrensninger ledere står overfor, for eksempel i forhold til gravide arbeidstakere.

Det kan være at ledere som ønsker å legge til rette for en turnus som kan fremme den enkeltes helse, opplever begrensninger i forhold til de arbeidsoppgaver som skal utføres. Det er flere ledere som viser til hensynet til hele personalgruppen og merbelastningen spesialavtaler i turnus kan gi. En avdelingssykepleier beskriver sitt dilemma i forhold til individuell tilrettelegging; ”Definere hva og hvor mange vi har mulighet til å legge til rette for, uten at det øker merbelastningen i personalgruppen totalt”. En annen leder oppsummerer sin erfaring med å redusere sykefravær slik; ”Tilrettelagt turnus er den beste måte, spesialtilpassede arbeidsoppgaver er det mindre rom for”.

Flere ledere nevner turnus og nattevakter for gravide som en utfordring, eller som en leder beskriver det; ”svangerskapet-konfliktområdet”. Idebanken inkluderende arbeidsliv har gitt ut et temahefte om det å være gravid og i jobb, hvor flere modeller for tilrettelegging blir skissert (Bolstad, 2007). Det vises for eksempel til et 2 årig prosjekt ved et norsk sykehus, som førte til at gravide i snitt jobbet 11 uker lenger. Den systematiske tilretteleggingen ble til ved hjelp av trekantsamtaler med den gravide, leder og en jordmor, hovedfokuset i samtalen var hva den som var gravid selv mente hun trengte for å bli i jobb (Bolstad, 2007). Temaheftet viser til eksempler på tilrettelegging for gravide i arbeid, en løsning på utfordringen med netter i turnus ble på en sykehusavdeling til en ”gravideturnus” hvor nattevaktene ble gjort om til kveldsvakter (Bolstad, 2007). Ledernes dilemma kan vise seg å være at noen faktisk må gå nettene, eller som en avdelingssykepleier uttrykker det; ”Mangler ikke vilje, men mennesker”. Det er også mulig å se utfordringen fra en annen synsvinkel, for eksempel som en annen leder beskriver; ”Sørg for at du til enhver tid har sykepleiere som liker nattevakter- noe som gjør det enkelt å tilrettelegge for de gravide”. Avdelingssykepleiere kan anslå behovet for tilrettelegging for gravide på egen arbeidsplass ved å se på andelen kvinner under 40 år. Ved å gange antall kvinner under 40 år med 0,07, vil ledere kunne planlegge for praktiske løsninger i sin enhet (Bolstad, 2007).

En leder tar opp et aktuelt tema innen IA arbeid når turnus blir lansert som den beste måten å redusere sykefravær på; ”Lage en turnus hvor det er medbestemmelse”. Det kan tolkes som om lederen åpner for medarbeiderens ønsker, og at en ønsketurnus kan fremme den enkeltes helse. Hvordan medbestemmelse kan være helsefremmende samsvarer med IA-avtalen, hvor

det er et mål å benytte den enkeltes ressurser og å ha et arbeidsliv til det beste for hver enkelt arbeidstaker (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). På den annen side kan man ikke se bort fra at den enkelte medarbeiders ønsketurnus kan handle mer om å løse problemer som oppstår når man skal kombinere arbeid og familie, slik det beskrives av Skift/turnusutvalget, enn hensyn til egen helse (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2008). Likevel er det verdt å stille spørsmål ved hvor stort fokus ledere kan ha på helsefremmende turnuser i travle sykehusavdelinger. Pasientenes behov og døgkontinuerlig drift skal kombineres med medarbeidernes ønsker for hvordan de vil jobbe, og hvem vet egentlig hva som er mest helsefremmende for den enkelte medarbeider? Hvis det er slik at medbestemmelse har betydning, kan et samarbeid om en turnus som ivaretar medarbeideres ønsker og som samtidig er helsefremmende være mulig.

HVORDAN KAN EMPOWERMENT VIRKE HELSEFREMRENDE?

En avdelingssykepleier beskriver hvordan medvirkning kan praktiseres i sykefravær og oppfølging ; ”Tror det er viktig å gjøre oppmerksom på at både arbeidstaker og arbeidsgiver har et ansvar”. Begrepet empowerment er oversatt med bemyndigelse, i betydningen å gi makt til, gjøre i stand til eller å tillate (Sosial- og helsedepartementet, 1998; Starrin, Heyerdahl, & Askheim, 2007). Verdens Helseorganisasjon lanserte i 1986 en ny måte å tenke helse på, med utgangspunkt i Ottawa charteret om helsefremmende arbeid, her refereres det til erklæringen som er oversatt og utgitt av helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 1987). Helsefremmende arbeid defineres som ; ”den prosess som gjør folk i stand til å bedre og bevare sin helse” (Helsedirektoratet, 1987). Strategiene var formulert i forhold til individ, samfunn og miljø, for eksempel ved å skape støttende miljøer, og utvikle personlige ferdigheter. Ottawa erklæringen (1987) inviterte til ansvar og delaktighet i egen helse, og i dag kan vi se tydelige spor i offentlige dokumenter, lover og ord vi benytter. Et eksempel er formuleringen brukermedvirkning. Det vil si at den som er bruker av helsetjenester skal ha mulighet for medbestemmelse og innflytelse. Det ligger her en åpning for å bruke sine ressurser. Sporene etter helsefremmende prosesser kan finnes i avtalen om et inkluderende arbeidsliv, hvor fokuset er på medarbeiderens ressurser og funksjonsnivå (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Ottawa erklæringen (1987), beskriver hvordan helse skapes der hvor folk lever og arbeider. I utgangspunktet refereres det til lokalsamfunn og svakere

grupper i samfunnet i arbeidet for god folkehelse. Den bærende tanken om å utvikle inkluderende og støttende lokalsamfunn, kan overføres til arbeidsplassen. I NOU:18 beskrives empowerment som en strategi, og det fokuseres på samspill på forskjellige arenaer (Sosial- og helsedepartementet, 1998). Arbeidsplassen kan sies å være et eget samfunn, hvor vi tilbringer en stor del av våre liv. I kunnskapsstatusen om sykefravær fra Arbeidsforskningsinstituttet (AFI) beskrives helsefremmende arbeidsplasser som arenaer for vekst, hvor den enkeltes behov og potensial er fokus (Gamperiene et al., 2007). Rapporten viser til Lillestrøm-erklæringen fra 2002, hvor 400 representanter fra arbeidsliv, myndigheter og forskere arbeidet frem arbeidsmetoder for å skape flere helsefremmende arbeidsplasser (Gamperiene et al., 2007). Viktige kjennetegn er for eksempel et helhetlig menneskesyn, hensyn til individuelle behov og forskjellige livssituasjoner (Gamperiene et al., 2007). Lederne i egen studie beskriver i sine erfaringer flere av disse arbeidsmetodene, samtidig som de viser til at sykehusavdelingen er en kompleks arena med fokus på pasienter og drift.

Makt og sårbarhet

Er det utopisk å forestille seg et utjevnet maktforhold i relasjonen mellom avdelingssykepleier og syk medarbeider? Er det ikke vanskelig nok, når begge parter er friske og i full jobb uten andre hensyn å ta enn at den ene er leder og den andre er medarbeider? En forståelse av makt som er relevant i organisasjonssammenheng, er hvordan makt varierer med kompetanse og posisjon (Hernes, 1975). I følge Svare (2008) er målet for dialogen å styrke begge parter i relasjonen. Han sier videre at dialog ikke er forenelig med makt, dialog forutsetter at partene gir fra seg makt (Svare, 2008). Det betyr ikke at ikke uenighet kan oppstå, eller at viktige spørsmål ikke kan tas opp på sykefraværssamtaler. Kjennetegn på en dialog er at partene har forskjellige perspektiver, og at de har gjensidig innflytelse på hverandre (Brandstad, 2003). Det er likevel mulig å tilsynelatende ha en dialogsamtale sammen med en medarbeider, hvor leder beholder all makt. Maktbruk og maktesløshet forsvinner ikke, sier Brandstad (2003), selv om betegnelsene moderniseres.

Det er nettopp momentet med å gi makt til, som er spesielt interessant i forhold til et inkluderende arbeidsliv. Leder og medarbeider skal i følge IA-avtalen (2005) samarbeide og være i dialog om muligheter, noe som åpner for flere måter å se på sykefravær på. Lederen er den viktigste kulturbyggeren i organisasjonen (Bang, 1995). Avdelingssykepleier kan i utgangspunktet ha mest makt i kraft av sin lederrolle og kunnskap om inkluderende arbeidsliv. Når en medarbeider blir syk vil en empowerment strategi kunne utjevne makten,

for selve løsningen er at begge parter bidrar. Den som står i fare for å bli syk, er syk, eller er på vei tilbake fra sykefravær, har også plikter og ikke minst rettigheter i IA-avtalen (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Det handler om en prosess hvor forventninger tydeliggjøres, og premisser avklares. Avdelingssykepleier og medarbeider kan skape felles forståelse, og ta hensyn til funksjonsnivå og muligheter i avdelingen. Det er mulig at ledere som leder i tråd med prinsipper for empowerment, kan påvirke ansattes jobbtilfredshet og syn på seg selv (Kuokkanen & Leino-Kilpi, 2000).

Ledelse og makt er begreper som hører sammen, det er vanskelig å tenke seg en leder helt uten makt. Medarbeidere har også makt, de kan for eksempel unngå å gå i dialog med leder (Martinsen, 2004). Ordet makt kan gi både positive og negative assosiasjoner. Her tas det utgangspunkt i at makt er noe som foregår mellom mennesker i arbeidslivet. Det er et poeng å ha en felles forståelse av hva makt betyr eller ikke betyr i empowermentstrategien (Gilbert, 1995). Når det gjelder inkluderende arbeidsliv, har både arbeidsgiver og arbeidstaker rettigheter og plikter. Det er ikke opp til leder å ensidig bestemme, arbeidsgiver og arbeidstaker er underlagt klare forventninger til å oppfylle intensjonene i IA-avtalen (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). I denne oppgaven fokuseres det på makt i et Human-resource perspektiv, hvor ordet myndiggjøring ofte kan erstatte maktbegrepet (Bennis & Nanus, 1985; Block, 1987). Utgangspunktet er deltakelse og åpenhet. Ved å fokusere på innflytelse og gjensidighet blir makten fordelt på partene som samarbeider (Bolman & Deal, 1991). Human-resource tenkningen er opptatt av at den enkelte og organisasjonen er best mulig tilpasset hverandre. Det er en gjensidighet i forholdet, og fokus på de menneskelige ressurser i organisasjonen (Bolman & Deal, 1991).

Dialog mellom leder og medarbeider

En sykefraværssamtale kan oppleves direkte og personlig, selv om tema skal være funksjonsnivå og ikke diagnose. Desto viktigere er åpenhet og dialog. For at dialogen skal virke fremmende på helse, må en bevissthet om utjevning av maktforskjeller og maktmisbruk være tilstede (Brandstad, 2003). En avdelingssykepleier beskriver et arbeidsmiljø som kan føre til mindre sykefravær slik; ”Åpent og godt arbeidsmiljø med stor takhøyde – og en synlig leder”. Dialog blir i IA arbeidet trukket frem som et viktig ord i relasjonen mellom leder og medarbeider. Det forventes at dialogen er så god at forebygging og tilrettelegging kan skje før sykdom oppstår (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Dialog innebærer at partene snakker sammen. Ordet dialog kommer fra det greske ordet dialogos. Det er sammensatt av

logos, som betyr ord, og dia, som betyr gjennom. En strøm av mening, og en ny forståelse for de som deltar i dialogen, kan skape rom for kreativitet og felles mening (Senge, 1999). Dialog er et sentralt virkemiddel i IA-avtalen (2005), og dialog som arbeidsmetode kan virke bemyndigende og stimulere egne ressurser. Avdelingssykepleier må også ta hensyn til at alle medarbeidere er forskjellige, og har ulike behov og ønsker. Ifølge Brandstad (2003) kan makten være vanskelig å få øye på når dialog er brukt som virkemiddel. I IA-avtalen (2005) er ordet dialog og dialogmøte brukt, ikke de mer hverdagslige uttrykkene som snakke sammen, eller det noe mer høytidelige ordet samtale. Den levende samtalen, kaller Svare (2008) dialogen. Dialogen skjer i samarbeide, basert på verdier og ærlighet, og gjennom dialog kan krefter forløses slik at endring er mulig (Svare, 2008).

For å ha en god dialog, foreslår Svare (2008) en klargjørende metasamtale. Det vil si å ha en en samtale om samtalen. I en sykefraværssamtale kan det for eksempel være aktuelt å avklare tidsrammen og målet med dialogmøtet. Det kan være aktuelt å skissere handlingsalternativer og mulige konsekvenser. Avdelingssykepleiere vil kunne opparbeide seg erfaring i dialoger med syke medarbeidere, men er det nok til å bli en god dialogpartner? Svare (2008) foreslår å begynne med å lytte, bevisst å lytte til hva den andre personen sier. Han råder videre til å kjenne på hvilke følelser som vekkes, for så å rolig betrakte innholdet i dialogen. Hensikten er å øve opp bevisstheten, og være tilstede i dialogsamtalet (Svare, 2008). En dialog er et møte mellom mennesker, og består av følelser og sosiale relasjoner. Det som kjennetegner dialogen, ifølge Svare (2008) er åpenhet og samspill mellom partene.

Samarbeid og felles ansvar

Man kan spørre seg om hensikten med å introdusere begrepet empowerment, uansett om det oversettes med bemyndigelse, eller ord som mobilisering, eller styrking av individer og grupper, egentlig handler mer om økonomi enn ideologi? Myndighetene har klart formulert mål om å redusere sykefravær, men IA-avtalen er like klar på at enkeltindividers arbeidsevne og ressurser skal benyttes (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005). Makt og avmakt er et tema i forhold til sykefravær (Brandstad, 2003), men er det gitt at makten bare ligger hos arbeidsgiver og avmakten hos den som er syk? Det kan være at det motsatte også er tilfelle. For eksempel vil en sykehusavdeling være sårbar for høyt sykefravær på vaktene, hvis ikke vikarer med tilsvarende kompetanse er tilgjengelig. Ledere som oppfyller alle krav til å jobbe med inkluderende arbeidsliv, vil ivareta intensjonene om å redusere sykefraværet, benytte

arbeidsevne aktivt, og samarbeide om hva som er til beste for medarbeideren og arbeidsplassen (Arbeids- og inkluderingsdepartementet, 2005).

Forebygging av sykefravær er en del av inkluderende arbeidsliv. Det kan være mulig å skape handlingsrom, bygge en kultur for at medarbeidere kommer på jobb selv i noe redusert tilstand. Det er her tilrettelegging kommer til sin rett, og samarbeid og dialog blir satt på prøve. Hvis avdelingssykepleier ikke får til en arbeidsdag med tilpassede arbeidsoppgaver etter avtale med medarbeider, kan det ende med å bli negative nærværsfaktorer. Det vil si at medarbeideren opplever å bli presset til å være på jobb. En kultur som legger til rette for forebyggende sykefraværssamtaler, krever åpenhet og dialog. Man kan tenke seg at avdelingssykepleier kan invitere til denne type samtale i personalmøter og i medarbeidersamtaler. Hensikten vil være å fokusere på muligheter og praktiske løsninger. Plikten til å legge til rette for den enkelte arbeidstaker gjelder "så langt det er mulig", nedfelt i § 4-6 i arbeidsmiljøloven (2005). Man kan ikke se bort fra at plikten til å legge til rette kan føre til mye arbeid for ledere, og at den som er syk har begrenset kapasitet til å bidra i arbeidslivet. På den annen side, når kan en leder si at det er helt umulig å legge til rette? Det kan også være slik at et felles ansvar for å strekke seg og se muligheter, åpner for et arbeidsmiljø som fremmer helse for flere enn den som er syk.

KONKLUSJON

Sykepleiere med lederansvar har et helhetlig perspektiv i et inkluderende arbeidsliv. Hensyn til pasienter, avdelingens drift og andre medarbeideres behov spiller inn når tilrettelegging skal gjennomføres. Dette kan føre til et misforhold mellom individuell tilrettelegging og hva som oppleves som praktisk mulig. Kunnskapsnivået til ledere vil påvirke arbeidskulturen i forhold til forebygging av sykefravær. Det kan se ut som om IA-avtalen er en hjelp for ledere, ikke bare til å støtte og legge til rette for den enkelte, men også til å gi ansvar og stille krav til syke medarbeidere.

REFERANSELISTE REFLEKSJONSOPPGAVE

Folketrygdløven. (1997). Lov om folketrygd. LOV-1997-02-28-19.

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2002). FOR 2000-12-01 nr 1217. Oslo, Helse- og omsorgsdepartementet.

Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. LOV-2005-06-17-62.

Antonovsky, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.

Arbeids og velferdsdirektoratet (2008). *Evaluering av arbeidsgivers rolle i sykefraværsoppfølgingen* Oslo: Arbeids og velferdsdirektoratet.

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2005). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv 2006-2009. [Electronic version]. Available: http://www.regjeringen.no/nb/dep/aid/tema/velferdspolitik/inkluderende_arbeidsliv/Intensjonsavtale_om_et_mer_inkluderende_.html?id=85829

Arbeids- og inkluderingsdepartementet (2008). *Skift og turnus : gradvis kompensasjon for ubekvem arbeidstid* (Rep. No. NOU 2008: 17). Oslo: Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

Arbeids- og velferdsetaten (2007). Tettere oppfølging av sykmeldte. [Electronic version]. Available: <http://www.nav.no/805341071.cms>

Arbeidstilsynet (2006). *God Vakt! : Arbeidsmiljø i sykehus* Oslo: Arbeidstilsynet.

Bang, H. (1995). *Organisasjonskultur*. (3. utg ed.) Oslo: TANO.

Bennis, W. G. & Nanus, B. (1985). *Leaders the strategies for taking charge*. New York: Harper & Row.

Block, P. (1987). *The empowered manager: positive political skills at work*. San Francisco: Jossey-Bass.

Bolman, L. G. & Deal, T. E. (1991). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse strukturer, sosiale relasjoner, politikk og symboler*. Oslo: Ad Notam.

Bolstad, B. (2007). *Gravid og i arbeid: om tilrettelegging for gravide i jobb*. Oslo: Idébanken inkluderende arbeidsliv.

Brandstad, A. (2003). Fra monolog til dialog : fra én maktform til en annen? In H.A.Hauge og M.B.Mittelmark (Ed.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog?* (pp. 162-173). Bergen: Fagbokforlaget.

Gamperiene, M., Grimsmo, A., & Sørensen, B. A. (2007). *Programmet FARVE (Forsøksmidler arbeid og velferd) : kunnskapsstatus tema 1: sykefravær* (Rep. No. AFI-notat 11/2007). Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet.

Gilbert, T. (1995). Nursing: empowerment and the problem of power. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 865-871.

Helsedirektoratet (1987). *Ottawa charteret om helsefremmende arbeid* Oslo: Helsedirektoratet.

Hernes, G. (1975). *En begrepsanalyse : makt og avmakt*. Bergen: Universitetsforlaget.

Holter, E. (1995). *Ledelse og ledere i sykehus administrasjon av sengeposter*. (2. utg ed.) Oslo: TANO.

Hval, M. (2009). Lederes erfaringer med avtalen om et inkluderende arbeidsliv og et helsefremmende arbeidsmiljø. En kartleggende og beskrivende studie. Masteroppgave i sykepleievitenskap ved universitetet i Oslo.

Ref Type: Unpublished Work

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

Kuokkanen, L. & Leino-Kilpi, H. (2000). Power and empowerment in nursing: three theoretical approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 235-241.

Kvistum, I. (2007). La den syke få fred. Intervju med professor Per Fugelli. Personal og ledelse nr.1 2007 [Electronic version].

Lie, J.-A. S., Gulliksen, E., Bast-pettersen, R., Skogstad, M., Tynes, T., & Wagstaff, A. S. (2008). *Arbeidstid og helse : en systematisk litteraturstudie* (Rep. No. STAMI-rapport 2008/21). Oslo: STAMI.

Martinsen, Ø. L. (2004). *Perspektiver på ledelse*. (2. utg ed.) Oslo: Gyldendal akademisk.

Melby, K., Bentsborg, L., Larsen, R., & Norsk, s. (2000). *Kall og kamp Norsk sykepleierforbunds historie*. (2. utg ed.) Oslo: Norsk sykepleierforbund og J. W. Cappelens forl.

Nordhaug, O. (1998). *Målrettet personalledelse en grunnleggende innføring*. (2. utg ed.) Oslo: Tano Aschehoug.

Norsk sykepleierforbund (2005). *Sykepleier med lederansvar - god på fag og ledelse*. Oslo: Norsk sykepleierforbund.

Pfeiffer, R. (2002). *Sykepleier og leder : den administrative og den faglige sykepleielederens funksjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Senge, P. M. (1999). *Den femte disiplin : kunsten å utvikle den lærende organisasjon*. Oslo: Egmont Hjemmets bokforl.

Sennett, R. (2003). *Respect in a world of inequality*. New York: W.W. Norton & Company.

Sosial- og helsedepartementet (1998). *Det er bruk for alle : styrking av folkehelsearbeidet i kommunene*. (Rep. No. NOU 1998: 18). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Starrin, B., Heyerdahl, C., & Askheim, O. P. (2007). *Empowerment : i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Svare, H. (2008). *Den gode samtalen : kunsten å skape dialog*. Oslo: Pax.