

Gina Sutterud Warland

Profesjonsutførelse i et begrenset handlingsrom

-En studie om sykefravær og yrkesfrafall blant sykepleiere i et profesjonsperspektiv

Bacheloroppgave i Sosiologi

Veileder: Gunhild Tøndel

Mai 2020

Gina Sutterud Warland

Profesjonsutførelse i et begrenset handlingsrom

-En studie om sykefravær og yrkesfrafall blant sykepleiere i et profesjonsperspektiv

Bacheloroppgave i Sosiologi
Veileder: Gunhild Tøndel
Mai 2020

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Sykepleieryrket utmerker seg med sitt høye sykefravær og store yrkesfracfall. I denne oppgaven undersøker jeg årsakene til dette gjennom et profesjonsperspektiv, ved hjelp av kvalitative dybdeintervjuer med tre sykepleiere. Funnene i studien min viser at sykepleierne opplever en krysspressituasjon hvor de erfarer å ikke kunne utøve arbeidet etter sine profesjonsetiske standarder fordi det ikke møter kravene til ledelsen. Slik oppleves handlingsrommet til sykepleierne som for lite til å utføre et tilstrekkelig godt arbeid. For høy arbeidsbelastning, for lite medbestemmelse og opplevelse av en ledelse med andre mål enn sykepleierne er med på å gjøre arbeidet strevsomt og demotiverende. Sykepleierne opplever at de havner i situasjoner hvor de må trosse HMS-bestemmelser som skal verne om deres helse, for å få tid til å ta tilstrekkelig hånd om pasientene. At tiden blir så knapp at pasientenes behandling må gå på bekostning av de ansattes velvære, er en direkte sikkerhetsglipp som kan føre til arbeidsrelatert sykefravær for sykepleierne. Høy arbeidsbelastning over tid, uten å oppleve å få kompensert for det, fører også til lavere motivasjon for å bli stående i arbeidet. I oppgaven viser jeg hvordan dette dermed kan føre til yrkesfracfall.

Abstract

The nursing profession is distinguished by its high absence and dropout rates. In this paper, I investigate the reasons for this through a professional perspective, using qualitative in-depth interviews with three nurses. The findings in my study show that nurses experience a cross-pressure situation where they experience being unable to work according to their professional ethical standards because it does not meet the requirements set by management. This is how the nurses' room of action is perceived as too little to do a sufficiently good job. High workload combined with little co-determination and experience of a management with goals differing from the nurses, make the work strenuous and demotivating. The nurses feel like they end up in situations where they have to defy HSE regulations in order to have time to take adequate care of the patients. The fact that time is so scarce that patients' treatment must be at the expense of the employees' well-being, is a direct safety failure that can lead to work-related absence for the nurses. Higher workloads over time without experiencing being compensated for it, also leads to less motivation to stay in work. In the thesis, I show how this can lead to profession apostasy.

Forord

Å skrive denne bacheloroppgaven har vært både lærerikt og spennende, og jeg har fått mange nye innsikter. I forbindelse med oppgaveskrivingen er det mange som har hjulpet meg på veien, og som fortjener en takk. Først og fremst vil jeg takke informantene mine, som til tross for en hektisk periode på sykehuset med bakgrunn i korona-situasjonen valgte å stille opp til intervju. Videre har jeg hatt et svært godt samarbeid med min kollokviegruppe, som så vel som å dele tips og idéer har bidratt med sosial hygge og godt (digitalt) samvær i en spesiell og hektisk tid hvor fysisk samvær ikke var mulig. Til slutt må jeg rette en spesielt stor takk til min veileder, Gunhild Tøndel, som har strukket seg langt for å gi god veiledning på oppgaven. Selv utenfor ordinær arbeidstid har Gunhild tatt seg tid til å lese igjennom oppgaven og komme med gode innspill både til innhold og litteratur. Det er jeg svært takknemlig for!

Innholdsfortegnelse

1.0. Innledning	4
1.1. Aktualitet	4
1.2. Redegjørelse for oppgavens struktur	6
2.0. Tidligere forskning og teori	6
2.1. Tidligere forskning	6
2.2. Profesjonsperspektiv	8
2.3. Sykepleie som profesjon	9
2.4. Økonomisk-fokusert styring versus profesjonsstøttende styring	10
2.5. Organisatorisk commitment	11
3.0. Metode	12
3.1. Datagrunnlag og metodisk fremgangsmåte	12
3.2. Sikre tilstrekkelig personvern i korona-tid	14
3.3. Undersøkelsens kvalitet	14
3.4. Hvordan jeg har analysert data	16
4.0. Empiri	17
4.1. Profesjonelle forpliktelser	17
4.1.1. Opplevelse av jobben som viktig og givende	17
4.1.2. ”Dette er vel ikke mitt ansvar”	18
4.1.3. Bemanning	19
4.2. Formelle rammer	22
4.2.1. Lønn	22
4.2.2. Som en brikke i et spill	22
4.2.3. Rom for personlig utvikling	24
5.0. Analyse	24
6.0. Avslutning	28
7.0. Litteraturliste	30
Vedlegg 1, mail til avdelinger ved sykehuset	33
Vedlegg 2, mail til sykepleiere rekruttert av mitt nettverk	34
Vedlegg 3, intervjuguide	35
Vedlegg 4, informasjonsskriv	36

1.0. Innledning

Utstøting fra arbeidslivet representerer store kostnader, både i form av tapt arbeidskraft, pensjonsutbetalinger og at den ansattes kompetanse opparbeidet gjennom utdanningen ikke kommer til nytte (Håpnnes, Ose & Øyum, 2018, s. 2). Blant sykepleiere ser vi noen urovekkende tendenser når det kommer til det å ikke stå i arbeid over tid. Dette gjør seg gjeldende både ved at sykepleiere har blant det høyeste sykefraværet av alle yrkesgrupper med 8,6% legemeldt fravær i 2018 (Hilsen, 2018), og at 1 av 5 sykepleiere slutter i helse- og omsorgsbransjen innen ti år etter at de fullførte utdanningen sin (Dolonen, 2017). I denne oppgaven studerer jeg sykepleiernes egne opplevelser av hva som fører til høyt sykefravær og høyt yrkesfrafall i bransjen, fra et profesjonsperspektiv.

1.1. Aktualitet

På bakgrunn av demografiske endringer vil Norge ha stort behov for helse- og omsorgspersonell i årene fremover (Håpnnes et al., 2018, s. 4). Allerede i overgangen mellom 2017 og 2018 så man at det var en underdekning på 5500 sykepleiere i Norge, og prognosene for fremtiden viser at denne underdekningen bare vil bli større (Hjemås, Zhiyang, Kornstad & Stølen, 2019, s. 57). I 2035 er det spådd å være mangel på hele 28000 sykepleiere (Hjemås et al., 2019, s. 57). Det er derfor bekymringsfullt å se at 20 prosent av de som utdanner seg som sykepleiere velger å bytte yrke i løpet av de første årene i jobben, slik at de ikke vil kunne bidra til å dekke opp for den sykepleiermangelen vi allerede har, og som antas å bare bli større. Det brukes med andre ord store ressurser på å utdanne sykepleiere i dag, som Norge ikke vil få glede av kompetansen til i fremtiden.

Videre ser man at blant de sykepleierne som står i arbeid, går 8,6% av alle dagsverk bort til sykefravær (Hilsen, 2018). Dette fører til tapt arbeidskraft, kostnader til sykelønn og underbemanning som må dekkes opp av vikarer. I en bransje som allerede opplever underdekning, er det ekstra utfordrende å dekke opp for sykefravær. Dette kan både tenkes å tære på sykehusenes lønnskostnader, og å slite på de ansatte som må dekke opp for dem som er syke. Å finne årsakene til høyt frafall og stort sykefravær er dermed av stor samfunnsmessig interesse.

Det er gjort en del undersøkelser rundt sykepleiernes arbeidssituasjon og arbeidstrivsel, men mange av disse undersøkelsene omhandler kun ett spesifikt element ved arbeidet. Eksempler på dette er undersøkelser rundt bemanningssituasjonen ved sykehus (Riksrevisjonen, 2020),

deltidsarbeid blant sykepleiere (Haugland & Reime, 2019) og opplevelse av å jobbe turnus (Buchvold, Pallesen, Waage, Moen & Bjorvatn, 2019). Fordelen med slike undersøkelser er at de får dyp kunnskap rundt nettopp det elementet de undersøker, men ulempen er at de ikke nødvendigvis fanger opp hvordan ulike elementer av arbeidshverdagen eventuelt påvirker hverandre. Derfor velger jeg i denne oppgaven å fokusere på det mer komplekse samspillet av årsaker som kan føre til sykefravær eller jobbskifte, for finne ut hvilke elementer som eventuelt påvirker hverandre.

Undersøkelser som prøver å få svar på mer komplekse og sammensatte spørsmål, slik som hva det høye sykefraværet skyldes, har tidligere vært gjennomført, men de fleste av disse har vært kvantitative (Håpnes et al., 2018, s. 4). Dette har gjort at de har fått en bred oversikt over fenomenet, men har antakeligvis også gjort at de har gått glipp av dybden og utdypende informasjon om fenomenene som er blitt undersøkt. Blant annet har undersøkelser om sykefravær blant sykepleiere stort sett fokusert på personlige årsaker til fraværet, og ikke tatt høyde for at noe av fraværet kan være arbeidsrelatert. Gjennom kvalitative dybdeintervju ønsker jeg derfor å avdekke om også arbeidsrelaterte faktorer bidrar til at sykepleierne utmerker seg med så høyt sykefravær sammenliknet med andre yrkesgrupper.

Blant utdanningsvalgene til mine barndomsvenninner, er sykepleie desidert blant de mest populære studiene. Dette gjenspeiler interessen til resten av Norges unge kvinner, som ved søknadsfristen til høyere utdanning våren 2020 gjorde sykepleierutdanningen til den nest mest søkte blant kvinner – så vidt bak bachelor i økonomiske og administrative fag (Sundberg, 2020). De høye søkertallene har gjort snittet for å komme inn svært høyt, og flere av mine venninner har måttet ta opp en rekke fag etter videregående for å komme inn på det de anser som drømmestudiet.

Samtidig som mine venninner kjemper seg inn på sykepleierutdanningen, har flere av mine eldre venner og familiemedlemmer allerede utdannet seg som sykepleiere, og i samtaler med dem har jeg fått et inntrykk av at sykepleie nødvendigvis ikke *er* drømmeyrket. I prat om jobben er det ofte knyttet en del frustrasjon, og flere av mine bekjente ferdigutdannede sykepleiere har enten planer om, eller har allerede, sluttet i yrket. Hva er det som endrer seg fra sykepleierstudiet til man er ferdig utdannet sykepleier i jobb? Er det studentene som har for store forhåpninger til hva jobben skal bringe, eller er det noe ved arbeidet som rett og slett

bidrar til at sykepleierne synes det er for tøft å stå i jobben over tid? Og er denne misnøyen noe som flere deler, eller kun mine bekjente? Hva ligger i så tilfelle bak den?

På bakgrunn av disse spørsmålene ønsker jeg å se nærmere på hvordan sykepleiere opplever å jobbe innenfor sin profesjon, og undersøke nettopp hva de mener er årsaken til det høye sykefraværet og det store frafallet blant sykepleiere. Er det noen felles negative faktorer ved arbeidet som påvirker til disse trendene? Problemstillingen jeg vil jobbe ut i fra for å få svar på disse spørsmålene er: *”Hva opplever sykepleiere selv er årsakene til det høye sykefraværet og yrkesfrafallet innenfor deres profesjon?”*

Dette er et stort tema som jeg har vært nødt til å begrense omfanget til. I arbeidet rundt denne problemstillingen, vil det derfor legges spesiell vekt på arbeidsrelaterte faktorer. Temaene jeg vil fokusere analysen rundt, er arbeidsbelastning, kompetanseutvikling, medbestemmelse og lønn.

1.2. Redegjørelse for oppgavens struktur

Jeg vil i oppgaven starte med å presentere tidligere forskning, som vil være med på å sette rammene for oppgaven. Den tidligere forskningen viser hvordan sykefravær stort sett antas å skyldes personlige faktorer, men at det er blitt vist at over en fjerdedel av sykefraværet kan forklares av arbeidsrelaterte faktorer. Dette bringer oss inn på teori om organisatoriske og profesjonscentrerte faktorer som kan påvirke til at de ansatte ønsker å stå i arbeid over tid. Deretter vil jeg i empiri-kapittelet trekke frem funn fra intervjuene, som deretter vil analyseres og diskuteres i analysekapittelet. Til slutt vil jeg oppsummere og forsøke å besvare oppgavens problemstilling.

2.0. Tidligere forskning og teori

2.1. Tidligere forskning

Høyt sykefravær har vært et problem blant sykepleiere over tid, og årsakene til fraværet er derfor forsøkt kartlagt i flere ulike studier. Disse studiene har vanligvis sett på individuelle kjennetegn ved sykepleiernes fravær, da dette har vært antatt å være årsaken til fraværet (Håpnes et al., 2018, s. 4). I 2018 gjennomførte Sintef en undersøkelse på vegne av KLP angående sykefravær blant sykepleiere, hvor de i stedet valgte å ha fokus på arbeidsplassen for å avdekke om forklaringer på systemnivå kunne påvirke til det høye sykefraværet blant sykepleiere. Resultatene viser at minst 27% av sykefraværet blant sykepleiere på sykehus er

helt eller delvis arbeidsrelatert, og at dette fraværet i stor grad kan knyttes til for stort arbeidspress over tid, både med tanke på høy arbeidsbelastning og høyt tempo (Håpnes et al., 2018, s. 4).

Undersøkelsen viser at man ikke ser noe forskjell i sykefraværet som skyldes arbeidsrelaterte faktorer blant kvinnelige og mannlige sykepleiere (Håpnes et al., 2018, s 4). Med andre ord kan det virke som om kvinner og menn som jobber under samme arbeidsforhold påvirkes likt. Dette er interessante funn, da høyt sykefravær i kvinnedominerte yrker i ulike sammenhenger forklares av at kvinner generelt har høyere sykefravær enn menn, og at det derfor har en naturlig forklaring (Sintef, 2014). Denne studien viser derimot at fravær knyttet til arbeidsrelaterte faktorer ikke har noe med kjønn å gjøre, men med deler av arbeidstilværelsen som påvirker sykepleiere negativt.

Det er spesielt to faktorer undersøkelsen mener fører til arbeidsrelatert sykefravær. Det ene er stort arbeidspress over tid, og det andre er søvnproblemer grunnet turnusarbeid (Håpnes et al., 2018, s. 5). Dette fraværet blir sett i sammenheng med tre faktorer:

1. Det er ingen kultur eller tradisjon for å melde HMS-avvik i sykehusene.
Undersøkelsen viser hvordan man har vært for dårlig til å oversette HMS-arbeid til kvinnedominerte yrker, da ”skadetrusselen” i disse yrkene regnes som så mye lavere enn tradisjonelle mannsdominerte industriyrker. Forfatterne av undersøkelsen diskuterer hvorvidt dette er en del av årsaken til at kvinnedominerte yrker opplever så mye høyere sykefravær enn mannsdominerte yrker. Konsekvensen av for dårlig HMS-arbeid blir at de ansatte ikke makter å stå lenge i jobben, fordi de blir overarbeidet og utslitt. Av konkrete faktorer som trekkes frem er for lav bemanning, turnuser som gir stor belastning, mangel på tilrettelegging ved helseproblemer og ledere som ikke involverer ansatte i organisering av arbeidet (Håpnes et al., 2018, s 8).
2. For lav grunnbemanning over tid gjør at sykepleierne opplever at arbeidsbelastningen blir for høy (Håpnes et al., 2018, s. 9). Høyt arbeidstempo med mye springing og stress, følelsen av å ikke rekke over det en skal, og å ikke ha tid til å ta pauser eller spise i løpet av arbeidsdagen, er det som oppleves mest belastende (Håpnes et al., 2018, s. 9).
3. Sykepleierne ønsker ledere med høy faglig kompetanse som er synlige på avdelingen. De ønsker å bli vist tillit og få myndighet og ansvar slik at de kan ta raske og

nødvendige beslutninger i arbeidet. Ansatte som ikke får denne myndigheten kan oppleve en krysspressituasjon hvor de erfarer å ikke kunne utøve arbeidet etter sine profesjonsetiske standarder fordi det ikke møter kravene til ledelsen (Håpnes et al., 2018, s. 11).

2.2. Profesjonsperspektiv

Jeg vil ta utgangspunkt i studien til Håpnes et al. og diskutere sykepleiernes opplevelse av egen arbeidsdag, og hva slags faktorer de mener påvirker til sykefravær og yrkesfracfall, ut i fra et profesjonsperspektiv. Bakgrunnen for dette er at jeg ønsker å ta utgangspunkt i sykepleiernes egne oppfatninger av faktorer tilknyttet de organisatoriske og arbeidsmessige rammene rundt deres profesjonsutførelse som kan påvirke til sykefravær og yrkesfracfall. Jeg vil se hvordan sykepleierne opplever sin egen profesjon, både isolert sett i sitt dagligdagse arbeid, men også knyttet opp mot andre profesjoner, yrkesgrupper og styringsorganer på sykehuset. Det er også interessant å høre om sykepleierne vil komme inn på tematikk knyttet til samhandlingsreformen og andre reformer innført de siste årene, og hvordan de som sykepleiere opplever å forholde seg til disse. Med dette utgangspunktet håper jeg å kunne få en dypere innsikt i opplevelsen av sykepleierarbeidet nærmest pasienten, og få et klarere bilde av hva sykepleierne opplever at fungerer godt og mindre godt i dette arbeidet.

Profesjoner er en type yrker som utfører tjenester basert på teoretisk kunnskap ervervet gjennom spesialisert utdanning, og har bestemte koblinger til høyere utdanning og forskning (Molander & Terum, 2018, s. 13). Ofte har det vært vanlig å bruke begrepet profesjon som en betegnelse på yrker hvor det gjerne er krav om en bestemt og formell utdanning for å kunne tre inn i yrket (Kristoffersen, 2011, s. 173). Når man er ferdig med en profesjonsutdanning, forventes det derfor at du har kunnskaper som gjør deg i stand til å ta på deg arbeidsoppgaver i samfunnet som ikke kan overlates til personer uten tilsvarende kompetanse (Irgens, 2007, s. 19).

Denne spesialiserte kunnskapen er ofte med på å gi profesjoner en ekstra autonomi og kontroll over egen arbeidsutførelse, sammenliknet med andre yrker (Abbott & Meerabeau, 2003, s. 9). Kunnskapen de innehar, er på mange måter med på å gi dem en råderett over et spesielt fagfelt, og en tillit til at de vil håndtere situasjoner knyttet til arbeidet på en best mulig måte.

2.3. Sykepleie som profesjon

Sykepleier er et eksempel på et profesjonsyrke. Gjennom sykepleierutdanningen tilegner de seg en ekspertise innenfor det helse- og omsorgsrelaterte fagfeltet, og etter fullført utdanning har de krav på den beskyttede tittelen ”sykepleier”, som uttrykker at de innehar en spesifisert og konkret kompetanse. Arbeidet de utfører er et arbeid man ikke kan gjennomføre uten å ha fullført den treårige sykepleierutdannelsen.

Til tross for at sykepleieryrket anses som en profesjon, har det i flere studier blitt påpekt at sykepleierne skiller seg fra andre profesjonsyrker når det kommer til autonomi over eget arbeid (Abbott & Meerabeau, 2003, s. 9). Sammenliknet med andre profesjoner, som tillegges stor tillit til å legge opp egen arbeidshverdag og egne arbeidspraksiser, jobber sykepleierne under en tydelig strukturell ramme, med klare retningslinjer for hvordan deres arbeidsutførelse skal foregå (Abbott & Meerabeau, 2003, s. 9). Spesielt er det også at de som legger retningslinjene for sykepleiernes arbeidsutførelse ofte ikke innehar kompetansen som kreves for å være sykepleier (Abbott & Meerabeau, 2003, s. 9).

Bakgrunnen for den lave anerkjennelsen for sykepleierne som en selvstendig og autonom profesjon, er av flere påpekt å henge sammen med de historiske og kulturelle føringene knyttet til yrket (se bla. Irgens, 2007, s. 25; Abbott & Meerabeau, 2003, s. 9, Erichsen, s. 26-27). Irgens (2007, s. 25) hevder sykepleieryrket som profesjon bærer preg av at den forbindes med kvinnens historiske og kulturelle omsorgsrolle, og at kompetansen derfor ikke verdsettes like stort som andre profesjoners kompetanse (Abbott & Meerabeau, 2003, s. 10).

Sykepleiernes rolle har historisk utviklet seg fra å være en støttefunksjon til legene, men til tross for at sykepleieryrket etterhvert har blitt utviklet til en selvstendig profesjon med en spisset ekspertise, mener noen at assosiasjonene til sykepleiernes underordnede rolle fortsatt henger igjen.

Videre peker Abbott og Meerabeau på hvordan sykepleiere ofte jobber i det offentlige, og derunder blir en del av et stort byråkrati med smalt handlingsrom. I motsetning til profesjoner som kun må forholde seg til klienten og dens behov, må sykepleieren forholde seg til pasientens behov innenfor rammene staten, de regionale helseforetakene og lokal sykehusledelse har gitt den. Slik defineres ikke problemene av pasienten, men ut i fra statens

ressurser og muligheter. En slik begrensning av sykepleiernes handlingsrom antas også å være en del av forklaringen på hvorfor de opplever mindre autonomi enn andre profesjoner.

Siden 1990-tallet har helsetjenesten gradvis blitt omorganisert i retning av ”new public management” (NPM). Dette kommer til syne gjennom flere reformer, slik som sykehusreformen, samhandlingsreformen og store sykehusomstillinger blant annet tilknyttet avdelingers størrelse og organisering (Forskningsrådet, 2007; Helse- og omsorgsdepartementet 2008-2009 & Dolonen, 2010). Innføring av NPM innebærer å styre offentlige foretak etter markedsprinsipper, blant annet gjennom desentralisering av ansvar og innføring av målstyring (Rasmussen, 2007, s. 73). Målet med dette er å kunne utnytte ressursene best mulig, samtidig som man sikrer kvaliteten på behandlingen til pasienten (Rasmussen, 2007, s. 73). I praksis betyr dette enkelt forklart økt autonomi og beslutningsansvar nedover i hierarkiet, innenfor rammer, prosedyrer og ressurser bestemt av ledere høyere i hierarkiet. Slik skal de ansatte ha mulighet til å tilpasse arbeidet best mulig til hver pasient, samtidig som de forholder seg til de målene ledelsen har satt. For å sikre at de ansatte forholder seg til de rammene som er gitt, krever NPM en større grad av rapportering. Et problem flere (se bla. Wyller et al., 2013 & Rasmussen, 2007) har løftet frem angående innføring av NPM i helse- og omsorgssektoren, er at rammene og ressursene gitt av ledelsen kan oppleves for trange til å utføre et godt nok arbeid. Slik fører ikke desentraliseringen av myndighet til økt autonomi, men snarere til innskrenket handlingsrom (Wyller et al., 2013).

2.4. Økonomisk-fokusert styring versus profesjonsstøttende styring

Martinussen et al. har de siste årene undersøkt årsaker til at leger ansatt ved sykehus velger å slutte i jobben, gjennom en spørreundersøkelse sendt ut til et tilfeldig utvalg leger ansatt ved norske sykehus (2020). I likhet med sykepleiere, er også frafallstatistikken blant offentlige ansatte leger høy, og gjennom undersøkelsen ble det forsøkt å avdekke årsaker til dette (Martinussen et al., 2020, s. 1). Av alle legene som var med i undersøkelsen uttalte en femtedel at de hadde intensjoner om å slutte i jobben. Enda en femtedel uttalte at de hadde vurdert det (Martinussen et al., 2020, s. 5). Av sammenhenger, konkluderer forfatterne med at de ser et klart mønster mellom hva slags styringsform lederne deres opererer med, og hvilke leger som vurderer å slutte i jobben (Martinussen et al., 2020, s. 8).

Ut i fra resultatene samlet inn via undersøkelsen, ser Martinussen et al. at det er mulig å dele lederstilene ved sykehus i to. Den første er en økonomisk-fokusert lederstil, som er basert på

økonomisk styring, regnskap, budsjettkontroll og overholdelse av formaliserte administrative rutiner og regler. Den andre er en faglig-støttende lederstil, som er opptatt av å fremme medisinske standarder og kvalitet i pasientbehandlingen, og som gjenspeiler både den historisk sterke rollen til medisin i organisasjonen og styringen av sykehus, samt fremmer nye teknologier og kunnskap basert på medisinsk vitenskap (Martinussen et al., 2020, s.7).

Ved å ta utgangspunkt i dette skillet mellom de to lederstilene, fant Martinussen et al. ut at det var en og en halv gang lavere sannsynlighet for at en lege ønsket å slutte om han jobbet under den faglig-støttende lederstilen. Videre fant de at sjansen for å ville ønske å slutte i jobben var to ganger så høy om det var dårlig sosialt miljø på jobb, og om tilknytningen til jobben og verdidelighen med den var lav (Martinussen et al., 2020, s. 7).

Liknende funn kan tenkes å også gjelde sykepleiere. I likhet med legene jobber sykepleiere under klare rammer definert ut av mål bestemt av politikere og sykehusledelse. Allikevel sitter avdelingslederne på en mulighet til å tilpasse avdelingsdriften til en viss grad slik de ønsker det, så lenge de holder seg innenfor de rammene som er gitt. Det er derfor interessant å se om også sykepleiere forteller om ulike måter å styre avdelingene på, og hvordan dette i så tilfelle påvirker dem.

2.5. Organisatorisk commitment

Uttrykket organisatorisk commitment brukes for å beskrive ansattes forhold til den organisasjon han eller hun er knyttet til (Irgens, 2007, s. 155). Begrepet ”commitment” omfavner både forpliktelses- og motivasjonsfølelsen den ansatte har overfor organisasjonen han eller hun jobber for. Slik vil en sterk commitment til en organisasjon gjøre at den ansatte føler en forpliktelse overfor organisasjonen, men også at hun har *lyst* til å arbeide for den (Irgens, 2007, s. 155).

Porter definerer organisatorisk commitment som hvor sterkt man identifiserer seg med, og involverer seg i, en viss organisasjon (Porter et al., 1973, s. 3). En ansatt som har sterkt commitment til en organisasjon vil i følge Porter (1973, s. 3) oppleve å:

- 1) Ha en sterk tro og støtte til organisasjonens mål og verdier
- 2) Være villig til å anstrenge seg betydelig til det beste for organisasjonen
- 3) Ha et klart ønske om å forbli i organisasjonen

Porter argumenterer videre for at en ansatt som er sterkt knyttet til organisasjonens mål og verdier, og har jobbet hardt for å oppnå disse, vil være villig til å stå i organisasjonen også i tunge tider, nettopp fordi han/hun er så involvert i organisasjonens ambisjoner (Porter, 1973, s. 4). I virksomheter hvor de ansatte har sterk comittment, vil det derfor være lavere fravær, færre vil slutte og det vil være høyere grad av ytelse på jobb (Porter, 1973, s. 4).

På bakgrunn av Porters teori, problematiserer Irgens comittment-følelsen til en profesjonsutdannet (2007, s. 156). En profesjonsutdannet vil både oppleve commitment til arbeidsplassen sin, men også overfor sin profesjon. Dersom den ansatte opplever at arbeidsplassens mål og verdier ikke stemmer overens med de man har tillagt seg i løpet av profesjonsutdanningen, eller hvis arbeidsplassens forventninger til den ansatte ikke er forenelig med ens egne oppfatninger av hva som er rett, kan det oppstå et lojalitetsproblem (Irgens, 2007, s 156). Irgens skriver videre at det ofte er slik at profesjonsutdannede opplever sterkere commitment overfor sin profesjon enn hva de gjør til arbeidsplassen. I slike tilfeller identifiserer man seg sterkere med egne profesjonsverdier enn dem ledelsen mener virksomheten skal stå for eller de som viser seg gjennom måten det jobbes på (Irgens, 2007, s. 156).

3.0. Metode

Studien er godkjent av NSD, som forskningsprosjekt for bacheloroppgave ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap (NTNU).

3.1. Datagrunnlag og metodisk fremgangsmåte

Oppgavens datagrunnlag er basert på kvalitative dybdeintervjuer av tre sykepleiere ansatt ved samme sykehus. Kvalitativ metode sier noe om kvalitet eller spesielle kjennetegn ved fenomenet som studeres, og er særlig hensiktsmessig dersom man skal undersøke fenomener man ikke kjenner så godt til (Johannesen, Tufte & Christoffersen, 2016, s. 28). I og med at oppgavens problemstilling retter fokuset mot sykepleieres subjektive oppfatninger, falt valget raskt på at dette var den mest hensiktsmessige måten å innsamle dataen på.

Oppgavens problemstilling omhandler ”sykepleiere” i generell forstand. Sykepleiere er en svært sammensatt yrkesgruppe som jobber på flere ulike institusjoner, på ulike avdelinger og med ulike ansvarsoppgaver. Gjennom problemstillingen min ønsket jeg å få samlet inn så

mange detaljer som mulig rundt hvordan sykepleiere generelt tenker om sin arbeidshverdag. Dette var på bakgrunn av at statistikken jeg baserte forskningsspørsmålet mitt på så på sykepleiere som en helhetlig gruppe, og fordi jeg ønsket å finne de strukturelle og felles faktorene som påvirker hvordan sykepleiere opplever sin profesjon.

Allikevel ønsket jeg at sykepleierne skulle ha noenlunde samme referanseramme med tanke på arbeidsplassens drift og organisering, slik at de skulle omtale de samme strukturelle fenomenene ved arbeidsplassen. Av den grunn la jeg som kriterium at sykepleierne skulle ha samme arbeidsgiver, altså jobbe ved samme institusjon. Jeg valgte meg derfor ut et spesifikt sykehus jeg ønsket å rekruttere informanter fra. Videre ønsket jeg at sykepleierne skulle jobbe ved ulike avdelinger, slik at jeg skulle få et bredt informasjonsgrunnlag for hvordan en sykepleier ved dette sykehuset opplever arbeidshverdagen sin. Det siste kriteriet var at sykepleierne ikke skulle ha en lederstilling. Denne beslutningen ble tatt ut i fra et ønske om å få innblikk i organisasjonsutformingen ved sykehuset fra ansatte som ikke kjenner til den på et administrativt-faglig nivå, samt at jeg ønsket innblikk i sykepleierarbeidet nærmest pasienten.

På bakgrunn av disse kriteriene sendte jeg ut mail til et tilfeldig utvalg avdelinger ved sykehuset (vedlegg 1). Til tross for at et bredt utvalg avdelinger ble kontaktet, fikk jeg ingen respons. I stedet valgte jeg da å benytte meg av mitt eget nettverk, og nå ut til sykepleiere på denne måten. Innen kort tid hadde jeg fått kontaktinformasjonen til fire sykepleiere, som jeg tok kontakt med via mail (vedlegg 2). Alle ønsket i utgangspunktet å delta, men på grunn av travle dager i forbindelse med korona-situasjonen måtte den ene avlyse. Jeg endte dermed opp med tre informanter.

Til tross for at jeg ble satt i kontakt med tilfeldige personer gjennom mitt nettverk, var alle de tre kvinner og i starten av tjuårene. Sjansen for at utvalget skulle bli seende slik ut er naturligvis ikke overraskende når det meste av nettverket mitt er i starten av tjuårene, samt at 85% av alle med sykepleierutdanning er kvinner (SSB, 2016). I og med at variasjon i alder og kjønn ikke var blant mine kriterier for informanter, ble disse derfor mitt utvalg.

Under intervjuene ble det tatt i bruk en intervjuguide (vedlegg 3), slik at intervjuobjektene skulle få anledning til å svare på de noenlunde samme spørsmålene, som ble stilt med den samme ordlyden. Intervjuguiden var utformet med lav strukturingsgrad, som vil si at jeg

formulerte åpne spørsmål som intervjuobjektene kunne svare fritt på (Jacobsen, 2015, s. 149-150). Slik håpet jeg at informantene ville oppfatte spørsmålene noenlunde likt, men samtidig få mulighet til å trekke frem selv hva de synes var viktigst å nevne i forbindelse med spørsmålene. Der jeg opplevde at informanten sa noe ekstra interessant, gikk jeg bort fra intervjuguiden min og stilte relevante utdypingsspørsmål for å få bedre tak på informantens opplevelser. Intervjuene varte i 30-45 minutter. Av intervjuene ble ett holdt via Skype, mens de to andre ble gjennomført ansikt til ansikt.

3.2. Sikre tilstrekkelig personvern i korona-tid

I utgangspunktet skulle alle intervjuene bli holdt ansikt til ansikt, men disse planene måtte endres underveis. Datoen for intervjuene var satt til 12. og 13. mars, og etter at jeg hadde holdt de to første intervjuene kom Regjeringen med tydelige meldinger om alvorlighetsgraden knyttet til koronaviruset, og innførte i den forbindelse strenge retningslinjer knyttet til samvær med andre. I og med at jeg skulle intervju sykepleiere, følte jeg på et spesielt ansvar for å ikke være i fysisk kontakt med dem, og det tredje intervjuet ble dermed holdt over Skype. I dette tilfellet ble skriv om personvern hensyn tilsendt over mail på forhånd slik at informanten kunne godkjenne det. Under intervjuet ble samtalen tatt opp på en av instituttets diktafoner. I etterkant av intervjuet ble samtaleloggen på Skype slettet.

Etter gjennomføringen av intervjuene ble samtalene transkribert. Stenging av campus gjorde at vi ikke hadde anledning til å gjennomføre transkriberingen på instituttets datamaskin. I stedet ble derfor lydfilene, etter godkjenning av instituttet, lagret på min OneDrive NTNU-konto og transkribert derifra. Etter transkriberingen ble lydfilene slettet.

3.3. Undersøkelsens kvalitet

Innenfor den fortolkende tradisjonen, som kvalitativ forskning er basert på, har man innsett det ikke er mulig å være helt nøytral (Tjora, 2010, s. 176). Å sikre forskningen fullstendig reliabilitet kan derfor være utfordrende. Min egen inspirasjon til oppgaveskrivingen var artikler om høyt yrkesfravall og sykefravær blant sykepleiere, i kombinasjon med historier fra arbeidsplassen fortalt av sykepleiere i omgangskretsen min. Før jeg skulle i gang med forskningen, reflekterte jeg rundt denne referanserammen jeg hadde fra før, og prøvde å ha en bevissthet rundt at private historier jeg hadde hørt ikke skulle spille inn på forskningen.

For å passe på at min personlige interesse ikke la føringer for informantenes svar, jobbet jeg godt med intervjuguiden min for å stille åpne spørsmål om et vidt spekter av tema, slik at informantene skulle få mulighet til å legge mest vekt på de faktorene de selv mente var aktuelle for problemstillingen. I tillegg passet jeg på å stille spørsmålene med samme ordlyd til alle informantene, slik at de skulle oppfatte spørsmålene på lik måte, og derfor respondere på det samme.

I mailen jeg sendte ut for å rekruttere informanter, informerte jeg om at det var problematikken rundt høyt sykefravær og yrkesfravall jeg var interessert i å få utdypet. Ved å stadfeste at jeg var interessert i å finne årsaker til disse negative trendene, kan jeg ha påvirket informantene til å legge mest vekt på negative faktorer ved arbeidet, da det er dette de opplevde at jeg var mest interessert i. Samtlige responderte på mailen med at dette var interessant forskningstematikk som de gjerne ville bidra til, og kan dermed ha ansett dette som en god sjanse til å lufte ut om negative opplevelser ved arbeidsplassen. Gjennom intervjuguiden passet jeg dog på å også åpne opp for at sykepleierne skulle fortelle om positive opplevelser ved arbeidet, men det er likevel en mulighet for at jeg indirekte har lagt en føring på hva slags svar informantene ville komme med.

I og med at informantene ble rekruttert via mitt nettverk, kan de ha gått inn i intervjuet med en ekstra tillit til meg som forsker, og et ytterligere ønske om å bidra til at jeg skulle få gode resultater sammenliknet med om jeg hadde vært en vilt fremmed. På den ene side kan dette ha vært en god ting, om det har bidratt til at informantene har vært åpne, ærlige og tenkt seg godt om i løpet av intervjuene, slik at svarene de har gitt meg var genuine og tillitsfulle. På den annen side kan viten om at vi har felles bekjente ha bidratt til at de har prøvd å svare det jeg ville høre heller enn hva de faktisk mente, for å hjelpe meg med studien. Denne problemstillingen rundt min forskerrolle var jeg bevisst at kunne oppstå på forhånd, og jeg var derfor ekstra nøye med å ikke stille ledende spørsmål eller vise ekstra entusiasme innenfor enkelte temaer i løpet av intervjuene. I tillegg passet jeg på å spørre alle om de hadde noe de ville gi uttrykk for før vi avsluttet intervjuet, slik at de ikke skulle sitte inn med noe de følte de ikke fikk sagt.

Å sikre at vi måler akkurat det vi ønsker å måle, og at funnene våre gjenspeiler det vi faktisk har studert, kan være utfordrende innenfor den fortolkende kvalitative metoden (Tjora, 2010, s. 179). For å sørge for god validitet i undersøkelsen tok jeg derfor utgangspunkt i tidligere

forskning innenfor samme tema, slik at jeg sikret meg det Tjora kaller ”kommunikativ gyldighet” (2010, s. 179). Kommunikativ gyldighet er å se egen forskning opp mot allerede eksisterende forskning på innenfor samme felt, slik at kunnskapen bygger videre på hverandre og utvikles i små skritt (Tjora, 2010, s. 179). Ved å forske på denne måten, kan man bli trygg på undersøkelsens gyldighet ved å se at funnene helt eller delvis bekreftes av tidligere studier.

Generalisering, altså å kunne overføre forståelsen man har fått i ett prosjekt til andre sammenhenger, vil alltid være målet i samfunnsforskningen (Tjora, 2010, s. 180). I min studie, som har et utvalg bestående av kun tre personer, kan det være vanskelig å si om resultatene også er gyldige utover de situasjonene jeg har undersøkt. At informantene alle har samme kjønn og er i omtrent samme alder, er også med på å gjøre det vanskelig å vurdere undersøkelsens generaliserbarhet. Samtidig ser jeg i datainnsamlingen min at alle de tre sykepleierne, tilfeldig rekruttert fra ulike avdelinger, til stadighet har helt lik oppfattelse av samme fenomen. Å anta at disse oppfatningene derfor deles av fler, vil dermed være rimelig, i alle fall om konteksten er lik. Jeg håper derfor at funnene mine gir god innsikt i hva sykehusansatte sykepleiere mener er årsaker til frafall og fravær blant sykepleiere.

At alle de tre informantene kun har jobbet som sykepleier i noen få år, kan tenkes å påvirke hvordan de anser ulike organisatoriske elementer sammenliknet med sykepleiere med lengre ansiennitet. Eldre sykepleiere har vært gjennom flere reformer og omorganiseringer tilknyttet sykehusdriften, slik som sykehusreformen i 2002 og samhandlingsreformen i 2009, og kan dermed anse organisatoriske elementer i et annet perspektiv enn nyutdannede sykepleiere (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009; Forskningsrådet, 2007). Å være bevisst utvalgets erfaring i bransjen kan derfor være fornuftig.

3.4. Hvordan jeg har analysert data

I analyseringen av mine data gjennomførte jeg en tematisk analyse (Johannessen, Rafoss & Rasmussen, 2018, s. 282). Etter at jeg hadde gjennomført de tre intervjuene, transkriberte jeg alle med stor nøyaktighet. Dette gjorde jeg for å kunne analysere ordlyden i hvordan de formulerte seg, ha mulighet til å sitere dem korrekt i oppgaven, samt gjøre det enklere for meg selv å kode dataene. Av hensyn til personvern, valgte jeg å gjennomføre transkriberingen på bokmål. Eventuelle særegne dialektord ble derfor erstattet med tilsvarende uttrykk på bokmål.

Da transkriberingen var fullført gikk jeg over de tre transkriberingene og markerte deler hvor det de snakket om hadde samme tematikk. Eksempelvis markerte jeg i hvilke sammenhenger de snakket om bemanning, og hvor de snakket om fysiske plager. Deretter systematiserte jeg disse funnene innenfor kategorier. Etter å ha gjort dette lagde jeg en oversiktlig liste for meg selv over hvilke felles funn jeg kunne trekke ut av de tre intervjuene. Etter å ha gjort dette lagde jeg en liste over funn jeg mente var interessante, men som ikke nødvendigvis gikk igjen i alle intervjuene, og kategoriserte disse etter tematikk. Slik gjorde jeg det mer oversiktlig for meg selv hvilke hovedfunn jeg faktisk hadde generert i intervjuene, og begynte innsamling av teori som kunne si noe om funnene mine.

4.0. Empiri

For å analysere årsakene til sykefravær og yrkesfrfall blant sykepleiere i et profesjonsperspektiv, har jeg her kartlagt elementer som sykepleierne trekker frem som kjennetegner deres arbeidsdag. Jeg vil først legge frem disse elementene kategorisert etter om de er knyttet til de profesjonelle forpliktelsene til yrket, eller om de henger sammen med de formelle rammene. Deretter vil jeg i analyse-kapittelet diskutere hvorvidt disse elementene kan sees i sammenheng med høyt sykefravær og frfall i bransjen. Av de tre som ble intervjuet, hadde to av dem, intervjuobjekt 2 og 3, allerede bestemt seg for å slutte som sykepleier. Den siste, intervjuobjekt 3, hadde vurdert å slutte, men ennå ikke konkludert.

4.1. Profesjonelle forpliktelser

4.1.1. Opplevelse av jobben som viktig og givende

Alle de tre informantene sier de opplever jobben sin som givende. De er alle svært engasjerte i arbeidet de gjør, og beskriver arbeidsdagene som lærerike og spennende, hvor de får komme i kontakt med ulike mennesker og opplever å bidra med kunnskapen sin til at pasienter blir bedre. Jeg vil trekke frem de tre sykepleiernes svar på spørsmålet om hva de opplever som positivt ved å jobbe som sykepleier.

”Det positive er at det er kjempemye spennende som skjer. Det er spennende kasuser og ja, det er egentlig veldig interessant å jobbe med. Det er veldig kjekt å se når folk blir bedre. Man jobber jo gjerne med folk som når de kommer inn er, har, kjempevondt og så får de behandling og så jobber man med dem og så ser man dem når de drar hjem igjen og. Det er jo veldig givende å se at ”yes, det fungerer”, og ja, så det er godt,” (Intervjuobjekt 1)

”Det positive er jo at du jobber med starten av livet. Du skal liksom hjelpe dem til å vokse opp og forhåpentligvis gi dem et godt liv sammen med foreldrene. Og hjelpe foreldrene til å være rustet til å komme seg hjem, da. Det er jo ikke vanlig å få et prematurt barn. Så kan jeg bruke den kunnskapen jeg har til å... Altså videreføre den til foreldrene, da,” (Intervjuobjekt 2)

”Man møter veldig mange hyggelige mennesker, og man får være med og bidra til at deres helsesituasjon og livssituasjon blir bedre. Man ser endring og kan hjelpe folk. Og så er det mange trivelige kollegaer. Fint arbeidsmiljø. Man føler at man er til nytte,” (Intervjuobjekt 3)

Felles for alle når de skal trekke frem hva de mener er positivt med jobben, er at de føler seg nyttige og at de opplever at jobben deres er viktig. De gir dem en mestringsfølelse og en god opplevelse å se at arbeidet de utfører fører til noe godt for noen andre.

4.1.2. ”Dette er vel ikke mitt ansvar”

Alle intervjuobjektene forteller at det går mye tid til arbeidsoppgaver som de ikke anser som sine primæroppgaver. Bytting av sengetøy, vasking, kjøkkenarbeid, utfylling av sjekklister, oppdatering av datasystemer og å telle over medisiner og papirer er noe av det de nevner at det går mye tid til. ”Veldig mye av jobben er å vaske ting,” sukker den ene.

”Det går mye tid til ting som ikke er mitt ansvar. Som jeg ikke regner som mine primæroppgaver heller. En ting er å holde orden, det må jo alle gjøre når de gjør en jobb, å holde orden i sitt eget rot. Men det er mye ryddeoppgaver, mye sånn vask og renhold som jeg egentlig ikke ser nødvendigheten i at en sykepleier gjør. For eksempel når noen reiser, da. Da er det jeg som har ansvar for at rommet ryddes ut, og tar av sengetøy og legger på nytt, for det vil ikke renholdspersonalet gjøre, for eksempel. Eller det er sagt at det er vårt ansvar på avdelinga. Eeeh.. Og renhold inne på medisinerommet er vårt ansvar, og desinfisering av arbeidsområdet og sånne ting. Det blir lagt på oss, på en måte, heller enn at de som jobber innenfor renhold tar ansvar for det, da. Så det er jo en ting jeg synes jeg bruker mye tid på,” (Intervjuobjekt 1).

I likhet med intervjuobjekt 1 er også de andre sykepleierne enige i at det går mye tid til arbeidsoppgaver som de anerkjenner at er viktige at gjennomføres, men hvor de stiller spørsmål ved om det riktige er at de som sykepleiere bruker ressursene sine på dette.

”Jeg ser jo verdien i at vi kjenner pasienten og vet hvordan de vil ha det, vet hvordan å best legge til rette for god liggstilling i senga for eksempel, men det er ikke noe man må ha en bachelor for å gjøre heller da, tenker jeg,” (Intervjuobjekt 1).

I tillegg forteller sykepleierne om et tydelig koordineringsansvar både mellom ulike profesjoner på sykehuset, men også mellom kommune, pårørende og andre institusjoner.

”Man bli jo en slags støttefunksjon til flere ulike yrkesgrupper, og sørger egentlig for at ting går rundt, da. At alle får de beskjedene de skal,” (Intervjuobjekt 3).

Gjennom intervjuene gir informantene inntrykk av at det er et todelt problem at det går så mye tid til oppgaver man ikke trenger sykepleierutdanning å gjennomføre. Det ene problemet er at dette stjeler tid fra andre oppgaver som sykepleierne anser som nødvendige og viktige, og som de i utgangspunktet anser som sine ”primæroppgaver”. Slik opplever de at de ikke får tilstrekkelig tid til å gjennomføre oppgavene som de faktisk føler at de bør bruke tiden sin på, slik som pasientbehandling. Det andre problemet sykepleierne uttrykker i forbindelse med at det går mye tid til disse oppgavene, er at de føler seg mindreverdiggjort, i den forstand at de innehar en sterk og god kompetanse som de har tilegnet seg gjennom flere år i utdanning, men blir satt til å utføre arbeid som hvem som helst andre kunne ha utført. Denne oppgavedelegeringen er på et vis med på å sidestille kvalifisert sykepleierarbeid med ”alminnelige” ordensoppgaver, og dette gir sykepleierne en følelse av at kompetansen deres ikke verdsettes slik de føler at den bør. Dette vil jeg utdype mer i analysen.

4.1.3. Bemanning

Alle svarer kontant nei på om de opplever at avdelingen er tilstrekkelig bemannet, og dette temaet trekkes til stadighet frem som en faktor som skaper ringvirkninger i form av negative opplevelser i løpet av arbeidshverdagen. Dårlig arbeidsmiljø, utrygghet, utmattelse og fysiske skader er faktorer som trekkes frem. Sykepleierne opplever at det spesielt i helgen er lav bemanning, og til tross for at dette er frustrerende, har de forståelse for at det er en turnuskabal som må gå opp for å klare å dekke både hverdag og helg. De opplever allikevel at det i liten grad justeres i bemanningen ut i fra hvor mange innlagte de har på avdelingen. Dette gjør det er i perioder er rolige og overkommelige tider på avdelingen, mens det i andre perioder er svært strevsomt og høyt tempo.

Lav bemanning kan direkte føre til sykdom, uttrykker sykepleierne. Høyt stress over tid gjør at man kan bli helt utslitt av å jobbe. ”Man jobber seg ihjel”, sier den ene. Av og til er det ikke rom for å ta pause, og de ansatte jobber seg tidvis så utslitt at man må melde seg syk for å hente seg inn igjen. Når kollegaer er borte på grunn av sykdom blir belastningen enda større på de gjenværende kollegaene, som også sliter seg helt ut. Slik blir det en ond sirkel hvor den lave bemanning består, forteller en av sykepleierne.

I tillegg til å slite seg ut gjennom jobben, er det et annet aspekt med lav bemanning som kan føre til sykefravær, forteller informantene. Stressende arbeidsdager fører nemlig til at sykepleierne ikke alltid kan ta seg tid til å gjennomføre løft og andre fysiske oppgaver på ergonomisk korrekte måter, som øker sjansen for enten akutte kroppslige skader, eller slitasjeskader på sikt. Ved at HMS-rutiner som dette må vike for at sykepleierne skal rekke over alle sine arbeidsoppgaver, risikerer man langtidsskader blant de ansatte som vil kunne sette dem ute av stand til å kunne utføre noe som helst arbeid over tid.

Sykepleierne uttrykker en tydelig frustrasjon knyttet til bemanningssituasjonen. Alle poengterer at de forstår at det er en turnuskabal som skal gå opp, og at det er vanskelig å spå hvor mange pasienter det kommer til å være på avdelingen i ulike perioder. Allikevel opplever de liten fleksibilitet blant lederne til å tilpasse bemanningen etter hva de føler at behøves.

I tillegg til den faktiske sykdommen underbemanning, og følgende overbelastning, kan føre til, mistenker to av tre at slitsomme arbeidsdager over tid er med på å senke terskelen for å ringe seg inn syk, rett og slett fordi man føler at man gir mer enn man får tilbake. Ønsket om å strekke seg for arbeidsplassen blir dermed redusert, og dersom man ikke føler seg tipp topp, melder man seg heller syk enn å prøve og se hvordan det går.

De samme to opplever også at avdelingen er dårlig på å følge opp sine ansatte for å unngå eventuelt unødvendig sykefravær. Disse etterlyser mulighet for tilpassede arbeidsoppgaver dersom man skulle slite med en skade eller et annet problem, slik at man *kan* komme på jobb til tross for at man ikke kan utføre akkurat det arbeidet man gjør til vanlig. De opplever ikke at det er rom for å gi beskjed om dette på avdelingen i dag.

Det burde kanskje være lavterskel på å si ifra om du merker at noe ikke er som det skal. Kanskje det kan bli tilrettelagt på en måte før man må helt ut. [...] Jeg tenker at man kanskje kan tilrettelegge sånn at hvis man merker at det er noe man ikke er helt tilfreds med eller at man kjenner at kroppen ikke responderer på den arbeidsbelastningen man har. At det er noen tiltak ledelsen kan sette i verk for at man kanskje får gjort noe med det, da. Hvis det er noe med ryggen eller noe, så at man kan se det tidlig før det utvikler seg til at man ikke kan jobbe i det hele tatt. (Intervjuobjekt 3)

Den siste av informantene, intervjuobjekt 1, forteller at hennes leder er svært god på å se sine ansatte og å tilpasse arbeidsdagen etter deres behov.

Og så er det sagt at hvis man har vondt en plass, i skulderen, i ryggen eller noe sånt, så er det veldig oppfordra til å ringe inn og si "sånn her har jeg det i dag, jeg vil gjenre komme på jobb men da bør jeg gjøre sånn og sånn og sånn", for eksempel. Og man kan be om tilrettelegging. [...] Vi prøver å jobbe for en kultur hvor det er lov å komme og si at "i dag har jeg sovet så og så lite og dette skjedde i går eller, jeg datt på isen så jeg trenger at vi gjør det sånn i dag". Og så skal man gjøre sånn at alle kommer seg gjennom dagen. For det er bedre å ha en kjent person på jobb selv om den bare kan sitte på datamaskinen eller bare kan gjøre enkle ting, da," (Intervjuobjekt 1).

Intervjuobjekt 1 uttrykker at hun setter pris på denne gode dialogen med lederen. I motsetning til de to andre informantene, mistenker hun *ikke* kollegaer for å melde seg syke uten at de faktisk er så syke at de er sengeliggende.

I tilknytning til lav bemanning, uttrykker alle informantene at de periodevis kjenner på utrygghet på jobb, fordi de føler de ikke har kontroll på alle pasientene de har ansvar for. De opplever regelmessig å ikke strekke til på grunn av for lav bemanning, og er redd dette skal gå ut over pasienter som ikke får hjelp. Den ene forteller om situasjoner hvor hun har veldig mange pasienter å følge opp, og opplever å ikke ha kontroll over alle pasientene hun har ansvar for.

"Og det trenger ikke være at noen er skikkelig dårlige og at man ikke får fulgt opp den personen, men kanskje at man blir stående med en veldig dårlig pasient og så vet man ikke helt hvordan det går med alle andre en liten stund," (Intervjuobjekt 1).

Videre forteller hun at dette er med på å gjøre deler av jobben som egentlig skulle ha vært spennende, til å bli skumle, fordi hun ikke opplever å ta hånd om pasientene så godt som hun ønsker. En av de andre sykepleierne setter også ord på hvordan lav bemanning er med å svekke kvaliteten i arbeidet sykepleierne utfører.

”Intervjuobjekt 3: Spesielt på det ene stedet jeg jobbet i sommer, der var det veldig høyt trøkk. Og nesten ikke matpauser. Og mange man var ansvarlige for. Og da gruer man seg jo litt til neste gang fordi man tenker på at det kanskje ikke er helt sikkert alltid, da. Men som regel er det jo det, og går helt fint, men ja..

Intervjuer: Hva mener du med sikkert?

Intervjuobjekt 3: Pasientsikkert. At det alltid ikke er som det.. Etter boka. Ja så det er jo klart at jeg er litt spent før hver vakt på hvordan det kommer til å bli.”

Her uttrykker informanten at hun av og til er nødt til å gå ”utenom boka”, altså se forbi ulike prosedyrer, fordi hun opplever at det ikke er tid til å gjennomføre arbeidsoppgavene slik de egentlig er pålagt å gjennomføre dem.

4.2. Formelle rammer

4.2.1. Lønn

Alle sykepleierne mener de skulle hatt bedre lønn, og presiserer at det er fordi de mener det er rett og rimelig med tanke på den arbeidsbelastningen de opplever. De trekker frem ubeleilige arbeidstider, stort ansvar og at de har en samfunnsrolle som er sårt tiltrengt. Den ene sykepleieren forklarer at lønna er en av de direkte grunnene til at hun ønsker å slutte, fordi hun tror det vil bli trangt med en så liten inntekt i fremtiden.

”Økonomisk sett så går det greit nå, men jeg tror ikke det hadde gjort det med en til i bildet eller mange i bildet – en familie. Det hadde ikke gått, tror jeg. Som enslig så er det helt greit. Jeg tror det bare i lengden ikke funker,” (Intervjuobjekt 2).

De to andre ler når de får spørsmålet om hva de tenker om lønna. Begge sier at de stadig får høre at de jo visste hva de gikk til, men dette synes de ikke er grunn nok til å akseptere så lite betalt. Hovedproblemet med lønna, uttrykker alle tre, er at den ikke står i stil til hva de ofrer. De føler rett og slett at de *fortjener* mer.

4.2.2. Som en brikke i et spill

Alle uttrykker at de opplever å bli styrt av en sykehusledelse de ikke føler noe forhold til, og at det er denne ledelsen som tar de viktigste avgjørelsene for hvordan rammene rundt deres arbeidshverdag er. De uttrykker at de opplever at ledelsen ikke har noe forståelse av hvordan de jobber, og at ledelsens hovedfokus er å kutte der det kuttet kan, heller enn å sørge for at pasientene og de ansatte har det best mulig.

[...] ofte kan [man] føle seg som en brikke i helsevesenet hvor man, en litt sånn uviktig brikke som ofte må vike plass og prøve å tilpasse seg enda mindre ressurser, enda flere oppgaver, flere pasienter. [...] Det blir laget mange rare løsninger som går ut over oss. Og som går ut over pasientene også. At det føles veldig håpløst å være på bunnen av et sånt system,” (Intervjuobjekt 1).

Som vi har vært inne på, opplever sykepleierne å bruke mye tid på arbeidsoppgaver de ikke egentlig anser som sine ansvarsoppgaver. De bruker ord som ”potet”, ”brikke i et spill” og tall i et regneark for å beskrive sin egen rolle i sykehussystemet.

”Jeg har liksom ikke hatt noe særlig kontakt med noe leder høyere oppe, men det man ofte tenker på som ledelsen der oppe er kanskje de som delegerer ressurser mer, da. At man føler at man ikke blir sett på på samme måte. Eller sett på som en person eller mer enn et tall da man skal fordele ressurser. Sånn ”neimen nå kutter vi bare arbeidstida deres litt her, og så må dere bare jobbe en ekstra dag og så da går det mye bedre opp for budsjettet vårt”. Det føles litt sånn, da. Uten at jeg kjenner det på noen annen måte, men jeg kan ofte føle det sånn at de er litt fjernt unna og ikke helt skjønner hvordan det er for dem som faktisk må stå der med pasientene, da,” (Intervjuobjekt 1).

Med tanke på ressursfordeling, spesielt knyttet til bemanningssituasjon og lønn, trekkes det av alle frem at de stadig tillegges flere oppgaver, uten at dette er noe som blir kompensert for. Intervjuobjekt 1 forteller det slik: *”[...] at det hele tiden skjer oppgaveglidning fra legesiden, og fra andre områder over til oss. Uten at det egentlig kompenseres for på noen annen slags måte med ressurser eller tid eller noe annet,” (Intervjuobjekt 1).*

Sykepleierne skiller alle mellom sine nærmeste ledere og sykehusledelsen/politikerne når de henviser til ”ledelsen”. På tross av dette er det slik at avdelingen og sykepleiernes nærmeste ledere må forholde seg til noen rammer ovenfra, som gjør at de har lite spillerom til å kunne gjøre store og drastiske endringer for å løse ulike problematikker på avdelingen, for eksempel knyttet til bemanning. Det kan derfor av og til virke som om det er litt diffust for sykepleierne om hvilket ledelsesnivå det er som kan kritiseres, fordi de ikke er klar over hvor stort spillerom avdelingsledelsen faktisk har.

Ved å sammenlikne intervjuene til de tre, oppleves det allikevel som om det er en forskjell i avdelingene på hvorvidt de velger å utnytte seg av det handlingsrommet de faktisk har for å

legge til rette for at sykepleierne skal trives best mulig i jobben. Intervjuobjekt 2 og 3 opplever i liten grad at ledelsen strekker seg for å tilrettelegge for at de skal føle seg verdsatt. *”De tilpasser etter hva som passer dem best. Det er alltid sånn at turnus er lagt opp etter hva som passer dem best. De kunne ha vist at de setter pris på oss gjennom turnusen, men det gjør de ikke,”* sier intervjuobjekt 2, og forteller at hun har jobbet hver jul de siste tre-fire årene. Å vise at man ser de ansatte ved å *prøve* å lage en rettferdig turnus, er et tiltak hun etterspør. Intervjuobjekt 1 opplever derimot at avdelingsledelsen er svært tilgjengelig og omsorgsfull:

”Det er jo spesielt min nærmeste leder som tar veldig godt vare på sine ansatte. Er veldig tilgjengelig i avdelinga, og tar seg tid dersom det er noe du har lyst til å luften. Setter av tid til refleksjon og på en måte samtale i avdelinga. Ønsker gjerne å få til det. Så det at hun er såpass tilgjengelig og åpen og mottakelig dersom det skulle være noe man trenger, da,” (Intervjuobjekt 1).

4.2.3. Rom for personlig utvikling

De to sykepleierne som skal slutte i jobben, forteller begge hvordan de søker mer personlig utvikling.

”Personlig så blir jeg ikke utfordra sånn som jeg ønsker å bli utfordra,” (Intervjuobjekt 2).

”Jeg føler bare at jeg ikke kan se for meg å jobbe med det samme, si når jeg er 50 år, på en måte. Jeg synes det virker for ensformig. Det handler mye om at jeg ser at de som er 50 år på arbeidsplassen min nå, de gjør det samme som meg. Så det blir det at det er for ensformig, da, og at det er for lite muligheter til personlig utvikling i yrket,” (Intervjuobjekt 3).

De uttrykker at det er lite rom for autonomi i jobben til å sette sitt eget preg på arbeidsoppgavene, arbeidsdagene og arbeidsutførelsen, og dette virker til å gi dem et inntrykk av at de ikke vil komme til å oppleve personlig utvikling gjennom jobben. Til tross for at kollegaer av dem har jobbet ved avdelingen i mange år, er det ikke slik at disse nødvendigvis får utnyttet kompetansen sin så mye mer av den grunn, fordi rammene for arbeidsutførelsen ikke gir rom for dette.

5.0. Analyse

Til tross for at sykepleie er en profesjonsutdanning, som vanligvis gir yrket stor autonomi og kunnskapslegitimitet, uttrykker sykepleierne at rammene rundt jobben ikke legger til rette for at de skal kunne utføre arbeidet sitt optimalt. De har selv en oppfattelse av hva jobben bør

inneholde og hvordan den skal utføres på best mulig måte. Slik arbeidet er organisert på avdelingen opplever de dog ikke alltid å kunne sette denne visjonen ut i liv.

Som Irgens (2007, s. 156) poengterte, kan profesjoner oppleve å havne i et krysspressdilemma mellom arbeidsplassens krav til arbeidsutførelse, og hvordan man gjennom profesjonsstudiet har lært at arbeidet skal utføres. En slik krysspressituasjon beskriver sykepleierne, når de på den ene side må utføre de arbeidsoppgavene de er pålagt, men samtidig opplever at de burde bruke mer av tiden sin på å gjennomføre et best mulig arbeid med pasienten. De beskriver en konflikt mellom deres primær- og sekundæroppgaver, hvor de opplever at utførelsen av sekundæroppgavene går på bekostning av primæroppgavene. Sykepleierne opplever også lite medbestemmelse til å kunne endre dette, og en av intervjuobjektene uttaler at hun føler seg ”på bunnen av et hierarki.” Når sykepleierne opplever at arbeidsplassen heller ikke verdsetter deres kompetanse, som de føler kommer til uttrykk gjennom å sidestille kvalifisert omsorgsarbeid med vasking og kjøkkenarbeid, kan sykepleierne oppleve å ikke bli anerkjent av sin arbeidsgiver.

Martinussen et al. (2020) viste i sin undersøkelse til hvordan leger som jobbet under en økonomisk-fokusert ledelse i større grad sluttet i jobben enn de som jobbet under en profesjonsrettet ledelse. Ved å ta utgangspunkt i disse resultatene, kan man anta at også sykepleiere som opplever at det er ressursbegrensninger – snarere enn kvaliteten på arbeidet – som er fokuset, vil ha mindre motivasjon til å bli værende i jobben over tid. Dette kommer også til uttrykk gjennom intervjuene. Sykepleierne forteller at deres tanker om en verdig og god behandling ikke stemmer overens med slik ledelsen uttrykker at de skal jobbe. Irgens (2007) viser hvordan det kan oppstå et lojalitetsproblem til bedriften når de ansatte opplever at ledelsens mål og verdier ikke er forenelig med deres profesjonsetiske vurderinger. Ved å ha en ledelse som hovedsakelig har godt sykepleierarbeid som fokus, heller enn å ønske å tillegge sykepleierne mest mulig arbeidsoppgaver for å få kabalen til å gå opp, vil trolig sykepleierne oppleve at ledelsen og de selv jobber i samme retning med et felles mål.

Porter (1973), Martinussen et al. (2020) og Håpnæs et al. (2018) nevner alle viktigheten av en tilgjengelig og lyttende ledelse, og et arbeidsmiljø hvor de ansatte og ledelsen har samme mål og verdier. En opplevelse av å ”spille på samme lag”, vil i følge forfatterne bidra til en større tilhørighet og commitment til arbeidsplassen, som vil gjøre at de ansatte ønsker å anstrenge seg for arbeidsplassen, og forbli i jobben over tid.

Alle de tre sykepleierne sier de har vurdert å slutte, og to av dem har allerede bestemt seg for å gjøre det. Når de blir spurt om årsakene til dette, er det to svar som går igjen. Det ene er at de søker mer personlige utfordringer, og det andre er basert på et regnskap over hvor mye de gir og får, hvor de to som har bestemt seg for å slutte opplever å ikke få nok tilbake.

Sykepleierne uttrykker at de ofte tenker på jobben som et ”gi og ta-forhold”, hvor de gjennom et regnskap vurderer om de får nok tilbake fra jobben til at de ønsker å bli værende. En slik tenkemåte vitner om lav commitment, fordi de ikke er villige til å strekke seg lenger for jobben enn akkurat hva de får tilbake igjen. Dette fører til at de nødvendigvis ikke ønsker å trosse lav lønn og stressende arbeidsdager for å bli værende i jobben, og i stedet kan begynne å spekulere i om et bedre alternativ er å slutte i jobben. Et slikt ”regnestykke” uttrykker informantene også forekommer for å vurdere hvorvidt man har ”fortjent” en sykedag eller ikke. Slik kan lav commitment også bidra til et høyere sykefravær enn hva som egentlig er nødvendig.

De to sykepleierne som jobbet ved avdelinger hvor de opplevde et ”ovenfra og ned-forhold” til ledelsen, uttrykte at dette gjorde noe med miljøet på arbeidsplassen. Begge mistenkte at kollegaer ringte inn syk uten å faktisk være det, fordi opplevelsen av å være på jobb var at de ga mer enn de fikk tilbake. Uten at noen av de to uttrykte at de støttet å melde falsk sykdom for å få fri, sa de at de hadde forståelse for at noen gjorde det. De samme to sykepleierne etterspurte også en ledelse som møtte dem mer på halvveien, og la til rette for at de skulle ha arbeidsdager som de maktet å gjennomføre. Slik det var på avdelingene nå, opplevde de at de enten måtte være på jobb og jobbe mer enn de egentlig maktet, eller å melde seg syk. Dersom man ikke følte seg helt topp en dag, stod valget dermed mellom å slite seg helt ut på jobb, eller å bli hjemme.

Den siste av de tre hadde en leder som så sine ansatte og fulgte dem opp tett. På denne avdelingen var det rom for å gi beskjed dersom man ikke var helt i form en dag, og da ville lederen ta hensyn til dette og tilpasse arbeidsoppgavene. Denne sykepleieren hadde ingen mistanke om at kolleger av henne meldte seg syke uten å faktisk være det. Dette var også den eneste av de tre sykepleierne som ikke hadde besluttet å slutte i yrket.

Disse beskrivelsene sier både noe om viktigheten av en ledelse som er lyttende og forståelsesfull, og om betydningen av miljøet på arbeidsplassen. Håpnes et al. (2018)

uttrykker viktigheten av en ledelse som er faglig kompetent, og som er nær sine ansatte. Ved å ha en ledelse som bryr seg om sine ansatte, slipper man at de ansatte selv vurderer når de har ”fortjent” belønning i form av fri eller ikke, fordi de ansatte føler de får tilstrekkelig anerkjennelse av arbeidsplassen som det er.

Intervjuene viser også hvordan det av og til oppstår en konflikt mellom private HMS-hensyn, slik som pauser og riktige løft, og pasienthensyn. Sykepleierne opplever at de havner i situasjoner hvor de må trosse HMS-bestemmelser som skal verne om deres helse, for å få tid til å ta tilstrekkelig hånd om pasientene. At tiden blir så knapp at pasientenes behandling må gå på bekostning av de ansattes velvære, er en direkte sikkerhetsglipp som kan føre til arbeidsrelatert sykefravær for sykepleierne. Håpnæs et al. (2018, s. 8) løftet frem at systematikken rundt HMS-avvik var for svak i flere sykehus, og uttrykte at dette kunne være en direkte faktor til arbeidsrelatert sykefravær. Sykepleierne i denne undersøkelsen bekrefter funnene til Håpnæs et al.

Av arbeidsoppgavene sykepleierne opplever at de bruker mye tid på, som ikke i seg selv er direkte profesjonsrettet sykepleierarbeid, er koordinering. De beskriver at de er en viktig støttefunksjon mellom de ulike institusjonene rundt pasienten, slik som familie, kommunehelse, eldrester og ulike avdelinger på sykehuset. Samhandlingsreformen som ble innført i 2009 har trolig bidratt til å pålegge sykepleierne et større koordineringsansvar. Reformen, som skal bidra til bedre samarbeid mellom spesialhelsetjenesten og kommunene, og som skal gjøre slik at pasienter kan overføres til kommunale institusjoner tidligere slik at de slipper å ta opp sengeplasser på sykehusene, krever også at noen tar seg av denne koordineringen slik at pasienten får det tilbudet som behøves. Det kan virke på sykepleierne som om denne økte samhandlingen fører til mer intern logistikk på sykehuset, og dermed et større kapasitetspress som pålegges sykepleierne for å tilrettelegge for at pasienten får den oppfølgingen den skal ha. Til tross for at reformen er ment for å lette på kapasitetstrykket til sykehusene, kan sykepleierne oppleve å få et større kapasitetspress, nettopp fordi de tillegges oppgavene knyttet til logistikken rundt kommune-sykehus-samhandlingen.

Til tross for at sykepleie er et profesjonsyrke, har vi sett at sykepleierne gis svært lite av de godene man vanligvis ser hos andre profesjonsyrker. De har lav autonomi, lite medbestemmelse, får sette lite preg på arbeidet sitt, og har lav tillitt av ledelsen til å kunne ta gode faglige beslutninger. En av årsakene til dette, kan som Abbott og Meerabeau var inne på

forklares av de kulturelle føringene rundt sykepleieryrket som et yrke som gjenspeiler kvinnens "hjemlige" oppgaver. I stedet for å bli anerkjent som en virkelig profesjon, kan det se ut som om sykepleierrollen fortsatt blir ansett som en støttedfunksjon for de andre profesjonene på sykehuset, hvor de tillegges ekstraoppgaver utenfor utdanningen sin for å få sykehuskabalens til å gå opp. Samtidig kan også årsakene til den lave autonomien forklares av det store byråkratiet og de strukturelle rammene rundt sykepleierne. Til tross for at sykepleierne sitter på en ekspertise, er det allikevel ansett som legitimt at personer uten sykepleierutdanning setter rammene for hva sykepleierjobben skal inneholde, og hvordan de skal utføre den. Problemet med dette, kan bli at de organisatoriske rammene rundt sykepleiernes profesjon ikke legger til rette for at de har nok ressurser til å utføre et tilstrekkelig godt arbeid.

6.0. Avslutning

Profesjoner er, som vi har vært inne på, i utgangspunktet yrker med ekspertisekunnskaper og stor yrkesautonomi. Det er derfor interessant å høre at sykepleierne både opplever stagnering i kunnskapsutviklingen og liten mulighet for å sette sitt eget preg på arbeidsdagen for å gjøre den interessant og spennende. Gjennom intervjuene kommer det til uttrykk at til tross for sykepleiernes profesjonsutdannelse, som sammen med innføringen av NPM i teorien skulle ha gitt dem stor autonomi og myndighet, opplever ikke sykepleierne dette. Årsaken for dette ser ut til å henge sammen med at ressursrammene sykepleierne jobber innenfor er så trange, at de i praksis ikke får tatt i bruk sin myndighet. I stedet setter dette sykepleierne i en vanskelig knipe, hvor det på den ene side er tillagt stor tillit til at de skal utføre et best mulig arbeid for å ta vare på pasientene, men hvor de samtidig opplever at ressursene ikke strekker til for å kunne gjøre nettopp det. Dermed fører den desentraliserte myndigheten til et *trangere*, og ikke større, handlingsrom, fordi rammene sykepleierne må jobbe innenfor oppleves som begrensende.

I streben etter å utføre et så godt arbeid som mulig innenfor det de opplever som alt for begrensende rammer, uttrykker sykepleierne at de tidvis må sette eget HMS til side. Ved å overarbeide seg, droppe pauser og gjennomføre arbeidsoppgaver uten å ta tilstrekkelig hensyn til egen kropp, opplever ansatte å bli syke av jobben. Utmattelse og ryggskader nevnes av sykepleierne som vanlige årsaker til sykefravær. Ved å senke arbeidsbelastningen til sykepleierne og legge til rette for at de kan utføre arbeidsoppgavene sine innenfor de HMS-bestemmelsene som gjelder, kan man dermed anta at noe av sykefraværet vil kunne gå ned.

Sykepleierne uttrykker også at de jobber i et system hvor fokuset i større grad er på ressursknapphet enn på å gjennomføre et godt og verdig sykepleierarbeid. Sykepleierne opplever å ikke å dele sykehusledelsens mål og verdier når det kommer til gjennomføringen av arbeidet, og dette fører til en opplevelse av at de ikke spiller på lag. Det oppleves som frustrerende for sykepleierne å kjenne på at ledelsen ikke legger arbeidet til rette slik de ønsker. Dette fører til at sykepleierne lager et regnskap mellom seg og ledelsen over hvor mye de gir og tar. Sykepleierne som har bestemt seg for å slutte i yrket sier de har gjort dette på bakgrunn av et slikt regnskap, hvor de opplever å komme tapende ut. Slik kan en ledelse som spiller sine ansatte gode ved å gi dem medbestemmelse og anerkjennelse være avgjørende for at sykepleierne ønsker å bli værende i jobben over tid.

Oppgavens mål har vært å finne ut hva sykepleiere selv mener er årsakene til det høye sykefraværet og yrkesfrafallet innenfor sin profesjon. Funnene fra studien min viser at sykepleierne opplever en krysspressituasjon hvor de erfarer å ikke kunne utøve arbeidet etter sine profesjonsetiske standarder fordi det ikke møter kravene til ledelsen. Sykepleierne opplever derfor å slite seg helt ut gjennom arbeidet, fordi de prøver å utføre arbeidet etter sine idealer, samtidig som rammene rundt arbeidet ikke legger til rette for dette. Ved å omstrukturere rammene rundt sykepleiernes arbeidsoppgaver slik at de står i stil til sykepleiernes profesjonsetiske standarder, kan man dermed anta at både sykefraværet og yrkesfrafallet vil gå ned.

7.0. Litteraturliste

Abbott, P. & Meerabeau, L. (2003). *The Sociology of the Caring Professions*. (2. Utg). London: UCL Press

Buchvold, H. V., Pallesen, S., Waage, S., Moen, B. E. & Bjorvatn, B. (2019). *Shift Work and Lifestyle Factors: A 6-Year Follow-Up Study Among Nurses* (Frontliners in Public Health 7:281). <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00281>

Dolonen, K. A. (2019, 9. mai). Sykepleiermangelen: -Det opplagte svaret er å utdanne flere. *Sykepleien*. Hentet 10. mai 2020 fra <https://sykepleien.no/2019/05/sykepleiermangelen-det-opplagte-svaret-er-utdanne-flere>

Forskningsrådet. (2007). *Resultatevaluering av sykehusreformen*. Hentet fra <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254008919540.pdf>

Haugland, V. L. & Reime, M. H. (2019). *Heltid eller deltid? Sykepleieres arbeidstidspreferanser*. (Sykepleien Forskning 2019:14). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.79832>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld. nr. 47). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Hilsen, M. (2018, 18. juni). Sykepleiere har mer sykefravær enn nesten alle andre yrkesgrupper. *Sykepleien*. Hentet 10. mai 2020 fra <https://sykepleien.no/2018/06/sykepleiere-har-mer-sykefravaer-enn-nesten-alle-andre-yrkesgrupper>

Hjemås, G., Zhiyang, J., Kornstad, T., & Stølen, N. M. (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035* (SSB rapport 2019/11). Hentet fra https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/_attachment/385822?_ts=16c855ce368

Håpnes, T., Ose, S. & Øyum, L. (2018). *Sykefraværarbeid i sykehus*. Hentet fra https://www.klp.no/polopoly_fs/1.42328.1553518148!/menu/standard/file/KLP_Sintefrapport_sykefrav%C3%A6r2018.pdf

Irgens, E. J. (2007). *Profesjon og organisasjon*. (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk

Johannesen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. (5. utg.). Oslo: Abstrakt forlag

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori?* (1. utg.). Oslo: Universitetsforlaget

Kristoffersen, N. J. (2011). Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (Red.), *Grunnleggende sykepleie. B. 1 : Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar* (2. utg., s. 161-206). Oslo: Gyldendal akademisk.

Martinussen, P. E., Magnussen, J., Vrangbæk, K. & Frich, J. C. (2020). Should I stay or should I go? The role of leadership and organisational context for hospital physicians' intention to leave their current job. *BMC Health Services Research*.
<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05285-4>

Molander, A. & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. I Molander, A. & Terum, L. I. (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 13-28). Oslo: Universitetsforlaget.

Porter, L. V. & andre. (1973). *Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover Among Psychiatric Technicians*. (Technical Report No. 16.). Hentet fra
<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED099485.pdf>

Rasmussen, B. (2007). Nye kontrollformer i (post)moderne organisasjoner. I Hjelbrekke, J., Olsen, O. J., & Sakslind, R. (red.) *Arbeid, kunnskap og sosial ulikhet*. (67-90) Oslo: Unipub

Riksrevisjonen. (2019-2020). *Riksrevisjonens undersøkelse av bemanningsutfordringer i helseforetakene*. (Del av dokument 3:2). Hentet fra

<https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2019-2020/bemanningsutfordringerhelseforetakene.pdf>

Sintef. (2014, 8. april). Hvorfor har kvinner høyere sykefravær enn menn? Hentet 19. mai 2020 fra <https://www.sintef.no/siste-nytt/kjonnsmeldt-arbeidsmarked-og-sykdom/>

SSB. (2016). Helse- og sosialpersonell, 2015, 4. kvartal. Hentet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2016-06-27>

Sundberg, K. (2020, 26. mars). Her er de mest populære studiene i Norge. SSB. Hentet 10. mai 2020 fra <https://www.ssb.no/utdanning/artikler-og-publikasjoner/her-er-de-mest-populaere-studiene-i-norge>

Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

Wyller, V. B., Gisvold, S. E., Hagen, E., Heggedal, R., Heimdal, A., Karlsen, K., ... Wyller, T. B. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskriftet den norske legeforening*, 113(nr. 6, 2013), 655-659. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.13.0238>

Vedlegg 1, mail til avdelinger ved sykehuset

Hei!

Jeg er student ved institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU, og skal denne våren skrive bacheloroppgave. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan sykepleiere opplever sin arbeidsplass, og hva de selv tror kan være årsaken til det høye sykefraværet blant sykepleiere, og at så mange forsvinner fra helsevesenet etter kun få år i jobben.

Jeg lurder derfor på om én til fire sykepleiere ved deres avdeling har tid og lyst til å stille til et intervju? Intervjuet vil vare i ca. 30 minutter, og kan gjennomføres både i og utenfor arbeidstid avhengig av hva som passer best.

Intervjuene vil være anonyme, de vil ikke inneholde spørsmål med helsetematikk og er godkjent av NSD.

Ved ønske om ytterligere informasjon, ikke nøl med å ta kontakt enten på mail, eller på telefon -----.

Håper på rask og positiv respons!

Med vennlig hilsen,

Gina Sutterud Warland

Vedlegg 2, mail til sykepleiere rekruttert av mitt nettverk

Hei, -----!

Jeg fikk kontaktinformasjonen din fra -----.

Jeg er student ved institutt for sosiologi og statsvitenskap ved NTNU, og skal denne våren skrive bacheloroppgave. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan sykepleiere opplever sin arbeidsplass, og hva de selv tror kan være årsaken til [det høye sykefraværet](#) blant sykepleiere, og at så mange [forsvinner fra helsevesenet](#) etter kun få år i jobben.

Jeg søker derfor sykepleiere som kan stille opp til intervju, og lurer på om du har lyst? Intervjuet vil vare i ca. 30 minutter, og kan gjennomføres både i og utenfor arbeidstid avhengig av hva som passer best. Intervjuene vil holdes mot slutten av neste uke.

Intervjuene vil være anonyme, inneholder ikke spørsmål med helsetematikk og er godkjent av NSD.

Kunne du tenke deg å bidra? Hvis du har noen spørsmål er det bare å sende meg en mail, eller kontakte meg på telefon -----.

Håper å høre fra deg!

Med vennlig hilsen,

Gina Sutterud Warland

Vedlegg 3, intervjuguide

Bakgrunn

1. Hvor lenge har du jobbet ved sykehuset?
2. Hvilken avdeling jobber du ved?
3. Har du jobbet som sykepleier noen andre steder tidligere?
4. Hvor stor stillingsprosent har du, og er du tilfreds med denne?
5. Hvorfor bestemte du deg for å bli sykepleier?

Opplevelse av arbeidsplassen

1. Står forventningene rundt hvordan du så for deg at jobben som sykepleier ville bli, til hvordan det faktisk er?
 - a. Hvordan da?
2. Før du drar på jobb, hvordan forventer du da at arbeidsdagen vil bli?
3. Hva opplever du at er dine primære arbeidsoppgaver på jobb?
4. Opplever du at du i praksis bruker mesteparten av tiden din på disse primæroppgavene?
5. Hva er de positive og negative opplevelsene av å jobbe som sykepleier ved din avdeling?
6. Hva er det viktigste for deg for å trives på jobben?
7. Opplever du at arbeidsgiver setter pris på deg som ansatt, og i så fall hvordan?
8. Hvordan opplever du at lønna er som sykepleier?
9. Opplever du at avdelingen er tilstrekkelig bemannet?
 - a. Hvilke faktorer opplever du at påvirker til om avdelingen er godt nok bemannet eller ikke?
10. Klarer du å skille jobb og fritid, eller tar du ofte med deg jobben "hjem"?
 - a. Hvis ja, hvorfor, og hvordan påvirker dette deg?

Sykefravær

1. Sykefraværet til sykepleiere er blant de høyeste av alle bransjer, hvorfor tror du at det er sånn?
2. Hvilke retningslinjer gjelder for sykefravær på avdelingen fra ledelsens side, og hvordan denne formidles til de ansatte?
3. Hvordan opplever du at de ansatte forholder seg til disse retningslinjene?
4. Dersom arbeidsplassen kunne ha gjort noen tiltak for å få ned sykefraværet, hva skulle det ha vært?

Slutte som sykepleier

1. 1 av 5 sykepleiere slutter i omsorgsbransjen i løpet av de første 10 årene i jobben, hva tror du årsaker til dette kan være?
2. Har du opplevd at kollegaer har sluttet i jobben og byttet til andre yrker?
 - a. Hvis ja, hvorfor tror du at de gjorde dette?
3. Har du noen gang vurdert å bytte yrke?
 - a. Hvorfor ja eller nei?
4. Ser du for deg å jobbe som sykepleier for resten av livet?
 - a. Hvis nei, hva skulle til for at du ville ha gjort det?

Avslutning

1. Hvordan synes du alt i alt det er å jobbe som sykepleier ved sykehuset?
2. Er det noe du gjerne skulle ha sagt, som du føler at du ikke har gitt uttrykk for?

Vedlegg 4, informasjonsskriv

Deltakelse i forskningsprosjekt knyttet til bacheloroppgave om sykehuset som arbeidsplass ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap, NTNU

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å finne ut hvordan sykepleiere opplever sin arbeidsplass. I dette skrivet får du informasjon om prosjektets mål og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Formålet med prosjektet er å få en større forståelse for hvorfor 1 av 5 sykepleiere bytter yrke i løpet av de første 10 årene i jobben, og hvorfor sykepleiere er på toppen av sykefraværstatistikken. Jeg ønsker å finne ut hva sykepleiere selv tror kan være årsaken til dette, og hvordan de eventuelt tror man kunne ha fått statistikken ned.

Dette er et studentprosjekt, som innebærer analyse av data fra kvalitative intervjuer. Opplysningene samlet inn i oppgaven vil bare brukes til denne. Dersom det er aktuelt å bruke opplysninger til annet formål, som undervisning eller andre forskningsprosjekt, vil du bli kontaktet. Som bacheloroppgave er dette et studentprosjekt som skal oppfylle grunnleggende krav til vitenskapelig kvalitet og etikk.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget består av 3-4 sykepleiere ved sykehuset St. Olavs fra tilfeldige avdelinger.

Personens kontaktinformasjon er innhentet via nettverket til intervjuer. Personen ble deretter kontaktet av intervjuer personlig med informasjon om prosjektet og forespørsel om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Du blir invitert til et intervju som varer mellom 20-40 minutter. Intervjudeltakelse vil kunne innebære lydopptak av samtalen.

Det vil bli gjennomført et intervju hvor det vil bli stilt ulike spørsmål om hvordan personen opplever sin arbeidssituasjon. Det vil bli tatt lydopptak av intervjuet, som senere vil transkriberes på en sikker, ekstern PC ved Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Deretter vil lydopptaket slettes, og personen vil bli anonymisert.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykke tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli anonymisert.

Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun student og prosjektansvarlig som vil ha tilgang ved behandlingsansvarlig institusjon. Lydopptak vil bli tatt opp på diktafon, uten tilkobling til internett eller telenett. Etter opptak vil opptaket transkriberes av studenten selv på en adgangsbegrenset, stasjonær maskin på NTNU, som administreres av Instituttet. Under transkriberingen anonymiseres opplysninger som kan identifisere deg som person. Etter dette slettes lydopptaket. Det vil ikke være noen opplysninger som kan knyttes til deg som person i den ferdige bachelor-oppgaven.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 22. mai. Ved prosjektslutt vil alle personopplysninger og opptak være slettet.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU, Institutt for sosiologi og statsvitenskap, har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- NTNU Institutt for sosiologi og statsvitenskap, ved veileder eller prosjektansvarlig
 - Prosjektansvarlig for SOS2900 Bacheloroppgave i sosiologi: førsteamanuensis Gunhild Tøndel, tlf. 99250660, gunhild.tondel@ntnu.no.
 - Veileder: Gunhild Tøndel, tlf. 99250660, gunhild.tondel@ntnu.no
- NTNUs personvernombud: Thomas Helgesen, tlf 93 079 038, thomas.helgesen@ntnu.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personverntjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Student

(Kursansvarlig/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”Sykehuset som arbeidsplass”, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

