

Sammenheng mellom økt arbeidsbelastning og muskelskjelettplager blant sykepleiere etter gjentatte effektiviseringsprosesser på sykehus

Perceived occupational exposures after rationalization, and the association to musculoskeletal problems for nurses



**Masteroppgave i Klinisk Helsevitenskap
(Master Thesis in Clinical Health Science)
Institutt for samfunnsmedisin, NTNU**

Trondheim, høsten 2012

ABSTRACT

Background Studies have shown that rationalization has an impact on workload, work demands as well as a negative effect on workers' health. Rationalization in the health sector may have impacts on musculoskeletal and mental disorders, both which are the dominant complaints of European workers.

Purpose The aim of this study is to identify possible health effects on nurses after rationalization in a Norwegian Hospital. Based on former studies, the hypothesis is that rationalizations will lead to increased workload and strain to nurses. In this study it is postulated that work demands of physical, mental, emotional and social character is potential factors to influence nurses' musculoskeletal health.

Material and Methods Included in this study were 76 nurses and 5 leaders, all from a clinic who has gone through several rationalizations. This study combines survey data of nurses' self-reported strain and musculoskeletal pain, and interviews with both nurses and leaders.

Results The results indicate that nurses had increased work-load and experienced strain after rationalizations in hospitals. The work demands of physical and mental character have a significant influence on self – reported shoulder-neck and low back pain. Furthermore, it is implicated that level of information, participation and the psychosocial work - environment will affect these outcomes

Conclusion This study confirm that rationalization in hospital leads to higher job demands, which has an impact on nurses musculoskeletal and psychosocial health. Through interviews with the nurses practical suggestions for improvement of the process is suggested.

RELEVANCE

Former studies has been large-scaled and has given a wide perception of the rationalization process and its consequences on jobdemands for nurses. This study seek to find both health effects and the nurses experience due to the situation at work. Through this experiences this study will suggest implications for practical interventions in the clinic.

FORORD

Interessen for tematikken i studien kommer etter flere års erfaring som sykepleier på et sykehus som årlig har hatt innsparing i fokus. Som sykepleier har jeg opplevd de praktiske konsekvensene av denne innsparingen, og stilt spørsmål ved om høyt sykefravær kan ha en sammenheng med dette. Etter litteratursøk fant jeg støtte i denne teorien gjennom flere studier som viser sammenheng mellom effektivisering og negative helseeffekter hos ansatte. Det var derfor ønskelig å undersøke om dette også var tilfelle på min gamle arbeidsplass – Nevroklinikken.

Først og fremst vil jeg takke alle ansatte på Nevroklinikken, med klinikksjef Geirmund Unsgård i spissen, for en svært positiv innstilling til undersøkelsen, og en genuin interesse for resultatene av denne. Ansatte på alle nivå har bidratt på en eksemplarisk måte, slik at jeg har kunnet gjennomført dette prosjektet. Dere har alle imponert meg med deres kunnskap, engasjement og glød for jobben! Oppgaven har ikke blitt til uten stødig og god veiledning fra mine veiledere, Ottar Vasseljen og Rolf Westgaard. Sistnevnte takkes spesielt for god og tålmodig veiledning av en engasjert, og til tider overivrig masterstudent. Videre har jeg fått god hjelp fra Kyrre Svarva på SVT – fakultetet med Select Survey, og doktorgradsstipendiatene Synne Bendal og Gunn Robstad Andersen skal ha en stor takk for gode råd og veiledning. Til slutt en stor og varm takk til familie og venner for å ha holdt ut med meg de to siste årene – takk for all støtte!

1.0 INTRODUKSJON

Det norske helsevesenet har de siste årene gått gjennom store forandringer. Etter mange avisoppslag om lang ventetid for både operasjoner og medisinsk behandling kom sterke politiske incentiver for å få et mer effektivt helsevesen. Fokuset i helsevesenet har etter dette endret seg til å tenke effektiv drift, og å holde de stramme budsjettene som ble lagt. Gjennom gjentatte effektiviseringsprosesser har ventetiden gått ned, og sykehusene behandler pr i dag flere pasienter enn tidligere. I denne sammenhengen har det vært lite offentlig fokus på de ansatte på sykehusene. Hvordan er det å jobbe på et sykehus som har som mål å øke produksjonen for hvert år? I uformelle fora kommer det fram at ansatte synes arbeidshverdagen er hektisk, og at arbeidssituasjonen til tider kan være kaotisk. Er dette bare pausesnakk og ”klaging” i lønnsforhandlingstider eller er det et realistisk bilde på arbeidshverdagen på norske sykehus? Denne oppgaven tar sikte på å undersøke hvilke økte belastninger de ansatte har som en direkte konsekvens av effektiviseringen, og hvordan det oppleves å være sykepleier på en sykehusavdeling med svært effektiv drift.

Effektivisering på sykehus tar sikte på å behandle flere pasienter med de rammer og ressurser som allerede eksisterer. Ansatte vil derfor få flere arbeidsoppgaver, og den fysiske belastningen vil øke. I tillegg vil økte mentale belastninger og et eventuelt endret arbeidsmiljø spille inn på de ansattes arbeidshverdag. Forskning viser at effektivisering kan føre til økt arbeidsmengde og redusert jobbtillfredshet (Blythe, Baumann et al. 2001). Dette er en av risikofaktorene for muskel – skjelettplager og psykososiale plager (søvnproblemer, økt tretthet, engstelse) som kan føre til sykefravær (Westgaard and Winkel 2011).

Pleie – og omsorgsyrkene karakteriseres som tungt arbeid med lite kontroll over egen arbeidssituasjon (McVicar 2003; Schulz, Damkroger et al. 2009) og høyt sykefravær (Johnson, Croghan et al. 2003). Ansatte i helsesektoren har høyere

sykefravær enn både ansatte i privat sektor og i andre deler av kommunal sektor (Statens arbeidsmiljøinstitutt 2011). Dette er også tilfellet på klinikken som er valgt ut i denne undersøkelsen. Tre av fire avdelinger på klinikken har høyt sykefravær, gjennomsnittlig ligger dette på 13 % (Vedlegg 1).

Statistikk viser at den største andel sykefravær kommer av plager og smerter i muskel – og skjelettsystemet (Statens Arbeidsmiljøinstitutt 2011). Den medisinske årsaken til dette er kompleks, og mange faktorer spiller inn. Ergonomiske forhold ved arbeidsplassen og høy arbeidsmengde er to av disse faktorene. Disse har også fått stor oppmerksomhet de siste årene, og tiltak er satt i gang for å bedre dette. Likevel viser studier at man ved fysisk tilrettelegging av arbeidsplassen reduserer minimalt denne type sykefravær (Burton, Balague et al. 2006; Driessen, Proper et al. 2010). I tillegg til de fysiske forholdene spiller også psykososiale faktorer inn på sykefraværet (Bongers, de Winter et al. 1993). Sammen med muskelskjelettsymptomer er dette hovedårsak til langtidssykemeldinger (AFA – rapport 2009). Forskning på langtidssykemeldte viser at de psykososiale faktorene er viktigere enn de fysiske for å klare å returnere til arbeidet (Soklaridis, Ammendolia et al. 2010).

Det er derfor interessant å se på om effektiviseringsprosessene på sykehusene har hatt en negativ helseeffekt på sykepleierne på avdelingene. Negative helseeffekter vil i denne sammenhengen være smerter i rygg og/eller nakke/skulderregionen (muskelskjelett-problemer) og psykososiale plager. Tidligere studier på området har vært utført i andre land som har andre helsesystemer (Blythe, Baumann et al. 2001; Bourbonnais, Brisson et al. 2005). Det er derfor ønskelig å undersøke hvilke effekter en slik prosess har under norske forhold. Tidligere studier har vært utført i stor skala med mange forsøkspersoner, som presenterer det store bildet (Vahtera, Kivimaki et al. 2004; Westgaard and Winkel 2011). Disse studiene gir en god summarisk beskrivelse, men gjennom en mindre studie har man muligheten til å gå i dybden av problemstillingen. Dette vil gi mer detaljkunnskap om hva som skjer med de ansatte og hvordan de opplever arbeidshverdagen sin. Gjennom denne

kunnskapen kan man ha mulighet til å finne tiltak som kan gjøre effektiviseringsprosessen bedre for de ansatte.

Med bakgrunn i dette har undersøkelsen et tredelt formål. Det er ønskelig å:

- 1) beskrive hvordan prosessen har foregått og hvilke konsekvenser denne har hatt for sykepleiere
- 2) undersøke eventuelle sammenhenger mellom prosessen og negative helseeffekter hos sykepleiere
- 3) ut fra ansattes opplevelse av prosessen og arbeidshverdagen komme med forslag til tiltak som kan gjøre effektiviseringsprosessen bedre for de ansatte.

Gjennom disse målene ønsker man å gi en bred forståelse av problemstillingen:

Sammenheng mellom økt arbeidsbelastning og muskelskjelettplager blant sykepleiere etter gjentatte effektiviseringsprosesser på sykehus

Under følger en teoretisk begrunnelse av valg av problemstilling, etterfulgt av teorier som kan forklare funnene i undersøkelsen.

2.0 TEORETISK BAKGRUNN

Å jobbe i helsevesenet er en krevende jobb på mange måter. Man jobber tett på mennesker i en vanskelig livssituasjon, og det kreves mye av arbeidstakeren både fysisk, psykisk og emosjonelt. Arbeidshverdagen består av pleie og hjelp til alvorlig syke pasienter, med tunge løft, mange arbeidsoppgaver og mentalt krevende situasjoner. Sykepleiere har gjennom arbeidets natur flere risikofaktorer for negative helseeffekter (Hertting, Nilsson et al. 2005). Jeg vil videre gå inn på noen av disse, samt å se på hva forskningslitteraturen sier om effektivisering som en helserisiko.

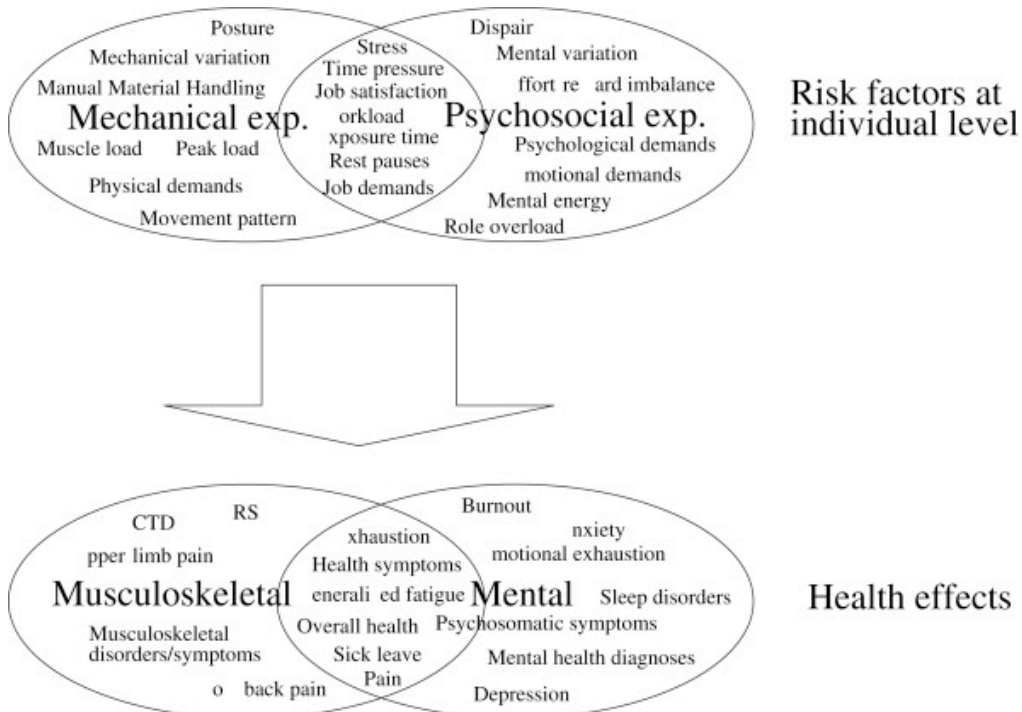
2.1 Risikofaktorer for muskel-skjelettplager

Tradisjonelt har kjente risikofaktorer for muskel-skjelettplager vært mekaniske belastninger, varighet og grad av variasjon/gjentagende bevegelser (Hales and Bernard 1996; Harkness, Macfarlane et al. 2003). Fysiske belastninger i arbeidshverdagen, som tunge løft og uhensiktsmessige arbeidsstillinger, kan føre til slike plager (Hoogendoorn, van Poppel et al. 1999). Sykepleiere har høy grad av fysisk aktivitet i sin arbeidshverdag, og jobber ofte i et høyt tempo. Sykepleierne går mye på hardt underlag, og de steller og forflytter pasienter med ulik pleietyngde.

Denne fysiske belastningen er en kjent risikofaktor for å få muskelskjelettplager. Etter hvert har forskning også avdekket psykososiale belastninger som viktige risikofaktorer (Bongers, Ijmker et al. 2006). Sykepleiere har i sin arbeidssituasjon psykiske belastninger gjennom mentalt krevende arbeidsoppgaver og mye ansvar. I tillegg til dette kommer den emosjonelle belastningen av å pleie alvorlig syke pasienter.

Muskel-skjelettplager og psykososiale plager er tett knyttet til hverandre på flere måter. Longitudinelle studier viser at psykososiale faktorer har en sammenheng med påvist smerte (Macfarlane, Hunt et al. 2000; Palmer, Reading et al. 2008). Psykiske problemer og muskelskjelettsmerter har et likt symptom-bilde ; begge gir smerter, søvnproblemer og fatigue (tretthet) (Westgaard and Winkel 2011). Personer uten smerter i muskelskjelettsystemet rapporterer også fravær av psykiske problemer (Jones, McBeth et al. 2009) Figur 1 viser hvordan disse faktorene henger sammen.

Figur 1, Risikofaktorer og helseeffekter (Westgaard and Winkel 2011)



Som denne figuren viser, overlapper de fysiske og psykososiale risikofaktorene hverandre. De samme risikofaktorene som gir økt fysisk belastning, som for eksempel tidspress og lite pauser, gir også en psykososial belastning på arbeidstakeren. Dette kan igjen gi både fysiske og psykiske helseeffekter, som deler flere av de samme symptomene, som for eksempel utbrenthet og smerte.

2.2 Psykososialt arbeidsmiljø som helserisiko

Studier har vist nære sammenhenger mellom en persons arbeidssituasjon og psykiske problemer og muskel-skjelettplager (Nahit, Hunt et al. 2003; Ostergren, Hanson et al. 2005). Spesielt har disse to faktorene en sterk sammenheng med krevende arbeidssituasjoner (Linton 2001). Forskning viser at jobbtilfredshet har en sterk sammenheng med både muskelskjelettplager og psykiske problemer (van Poppel, Koes et al. 1998; Faragher, Cass et al. 2005), og dersom denne er redusert har man en økt risiko for å få disse plagene. Dette betyr at forhold på jobben

utenom de rent fysiske kan ha innvirkning på sykefravær og helse(Lang, Ochsmann et al. 2012).

Studier utført i flere land har tatt for seg endringer i organisasjoner og satt dette i sammenheng med ansattes helse og arbeidsmiljø. Generelt genererer omstilling økt usikkerhet blant de ansatte, spesielt gjelder dette bekymring over egen framtid i jobben(Hertting, Nilsson et al. 2005). Usikkerhet er en reaksjon som kan skyldes tap av kontroll, redusert rolleklarhet, eller endring i relasjonene mellom ansatte når kolleger blir sagt opp (Kivimaki, Vahtera et al. 2003). Denne opplevelsen av usikkerhet kan gi korte eller langsiktige effekter som utbrenthet (Halbesleben 2006), økt jobbpress, stress(Corey-Lisle, Tarzian et al. 1999) og økt sykefravær(Vahtera, Kivimaki et al. 2004).

2.3 Effektivisering som helseisiko

Studier viser at effektivisering i en organisasjon fører til negative helseeffekter hos ansatte, spesielt uttalt er dette i helsesektorer(Aiken, Clarke et al. 2002; Bourbonnais, Brisson et al. 2005). En studie viste at sykepleiere fikk redusert jobbtillfredshet etter omorganisering og rasjonalisering på et sykehus(Armstrong-Stassen 2004). Denne ga også negative effekter på både fysisk og psykisk helse hos sykepleierne(Cummings, Hayduk et al. 2005).

Et direkte resultat av effektivisering er at antall oppgaver øker. Studier gjort på sykehus etter omorganisering viser at både stress og arbeidsmengde øker hos sykepleiere(Blythe, Baumann et al. 2001). Når arbeidsmengden øker, blir ansatte satt under et større tidspress. Det er flere oppgaver å fordele tiden på, og ansatte må hele tiden prioritere hva som skal gjøres. Studier viser at mangel på tid opplevdes stressende for sykepleiere. Det å måtte sjonglere mellom daglige arbeidsoppgaver og mer hastende arbeidsoppgaver gir skyldfølelse og opplevelse av stress for ikke å kunne gi de daglige arbeidsoppgavene den oppmerksomheten som trengs (McVicar 2003; Hertting, Nilsson et al. 2005). Det spesielle for tidspress i helsesektoren er den dårlige samvittigheten ansatte får for ikke ha nok tid til nødvendig pleie og

omsorg(Gandi, Wai et al. 2011). Ansatte opplever at tidspresset går utover en uskyldig tredjepart, og strekker seg langt for at dette ikke skal skje.

I tillegg til økt produktivitet har en del av effektiviseringsprosessen vært nedbemanning på enkelte avdelinger. Forskning viser at nedbemanning gir en økning i plager i muskelskjelettsystemet og psykiske problemer(Kivimaki, Vahtera et al. 2003). Resultatet av en nedbemanning er økt arbeidsmengde og mer stress, i tillegg til redusert jobbtilfredshet. Disse faktorene gir som nevnt over en økt risiko for plager i muskel-skjelettsystemet(Kivimaki, Vahtera et al. 2001).

I forskningslitteraturen finner man altså holdepunkter for at krevende arbeidssituasjoner henger sammen med negative helseeffekter hos ansatte på sykehusene. Flere teoretikere har sett på hvilke effekter arbeidsmiljøet (både det fysiske og sosiale) har på individet. De har sett på hvordan individer mestrer stress og andre belastninger man møter i arbeidshverdagen, og ut fra dette laget forklaringsmodeller som vil gi en bredere forståelse av problemstillingen i denne undersøkelsen.

2.4 Stress

Lazarus og Folkman (Lazarus 1985) hevdet at et individ opplevde stress hvis det subjektivt ble oppfattet et misforhold mellom krav og individets evne til å mestre disse kravene. Det er individets kognitive vurdering som avgjør om kravene blir tolket som stress eller ikke. Denne kognitive vurderingen blir definert som en evalueringsprosess, vist i figur 2.

Figur 2, Evalueringsprosess av krav (Lazarus 1985)



Primærvurderingen oppstår når personen kategoriserer situasjonen som innvirkende på ens velværende, positivt eller negativt. I den sekundære vurderingen blir potensielle trusler satt opp mot mulighet til mestring. En revurdering oppstår når man får ny eller utfyllende informasjon om situasjonen. I Lazarus og Folkmans teori er stress ikke bare påført av eksterne faktorer, men det er et resultat av en interaksjon med individets mestringsevne. Mestring av stress blir definert av Lazarus og Folkman som:

”Konstant endring av den kognitive og adferdsmessige innsats for å mestre spesifikke eksterne og/eller interne krav som overskridende på personens ressurser”

Stress er derfor en individuell opplevelse der personen er like viktig for utfallet som de miljømessige faktorene.

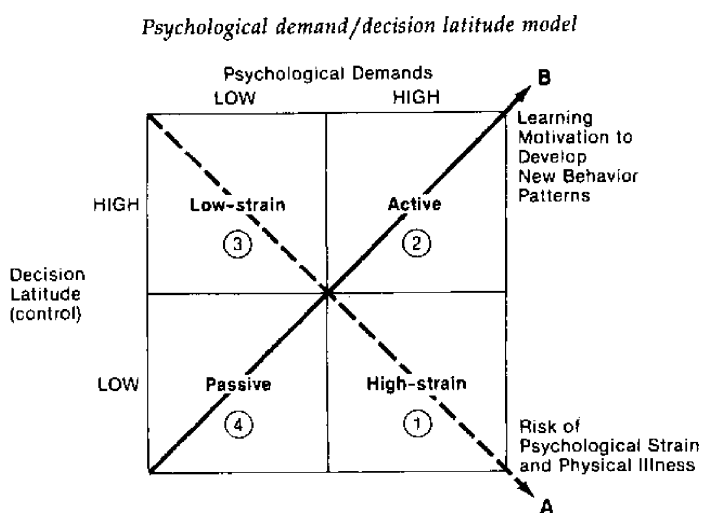
2.5 Kontroll over arbeidssituasjonen

Opplevelse av kontroll har stor betydning for mestring av stress. Kontroll i denne sammenhengen defineres som arbeidstakers mulighet til å selv bestemme hva som skal gjøres og hvordan arbeidet skal gjøres. Krav–kontroll–støtte modellen til Karasek & Theorell (1979; 1998) er trolig den mest brukte og kjente stressmodell for å forklare sammenhenger mellom sosiale og organisatoriske arbeidsmiljøfaktorer, stress og helse. Den er i hovedsak benyttet i studier av hvorfor hjerte-karsykdom utvikles (Karasek, Baker et al. 1981; Eller, Netterstrom et al. 2009) men den er også benyttet i studier av muskel- og skjelettplager og jobbtilfredshet (Ostergren, Hanson et al. 2005). I denne modellen defineres krav som arbeidsbelastning i form av tidspress og rollekonflikter. Modellen har etter hvert blitt utvidet til også å omhandle sosial støtte (fra ledere og kolleger) som en buffer på uheldig belastning i forhold til mangel på kontroll.

Karaseks modell har to hovedhypoteser. Den ene hypotesen hevder at stress og stressrelaterte lidelser utvikles dersom arbeidskravene er for høye. Sammenhengen mellom disse er vist i figur 3. Om man i tillegg har lav egenkontroll, forsterkes

denne negative effekten (type 1). Den andre hypotesen er at dersom man har høye arbeidskrav, men samtidig høy egenkontroll (store muligheter for å bestemme over arbeidet sitt) vil dette føre til motivasjon, læring og mestring (type 2). I et slikt arbeidsmiljø vil arbeidstakerne mestre fysisk og psykisk belastning. Høye arbeidskrav kan med andre ord være positivt dersom man har mulighet til å kontrollere belastningen.

Figur 3, Krav/kontroll-modell



Tabell fra Perrewel et al: Research in Occupational health and well-being

2.6 Forholdet mellom innsats og belønning i arbeidssituasjonen

En tredje forklaringsmodell ser på forholdet mellom innsats og belønning. De som arbeider i helsesektoren har et yrke som krever en høy innsats både fysisk og mentalt. Siegrist hevder i sin high effort/low reward-modell (Siegrist 1996) at yrker der man har en ubalanse i forholdet innsats–belønning oppleves som særdeles stressende. Flere studier viser også at denne gruppen arbeidstakere har en økt risiko for negative helseeffekter, spesielt gjelder dette hjerte – kar sykdommer (Xu, Zhao et al. 2010).

Siegriest teori bygger på en tese om at det å delta i arbeidslivet har positive effekter på en persons selvfølelse, selvhevdelse og sosiale ferdigheter. Statusen i arbeidslivet gir muligheter for å yte noe meningsfullt, bli ansett og være en del av en gruppe. Belønning for innsats i arbeidslivet blir gitt gjennom både penger, økt selvfølelse og status. Dersom disse forholdene ikke står til hverandre, altså at personen gir større innsats enn man får belønning, oppleves dette som emosjonelt svært stressende.

Siegrist teori bygger på en tese om at den innsatsen vi legger i arbeidslivet er en del av en sosial kontrakt basert på gjensidighet. Denne innebærer at de anstrengelser man legger i arbeidet, forventes å belønnes i form av penger, verdsettelse, jobbsikkerhet og karrieremuligheter. En permanent opplevelse av lite belønning i forhold til innsats vil bli en vedvarende belastning, som fører til økt risiko for stressrelaterte lidelser. En hypotese i denne modellen er at personer som er overengasjerte i arbeidet sitt har større risiko for å bli overbelastet, i og med at disse vil ha et større behov for belønning enn andre. Dette skjer på grunnlag av at disse personene i større grad utsetter seg for store krav, i tillegg til å gi større innsats enn forventet.

Figur 4, Forholdet mellom innsats og belønning (Siegriest 1996)



2.7 Forholdet mellom krav og ressurser i arbeidssituasjonen

Både Krav/kontroll/støtte modellen og effort/reward modellen har fått kritikk for å legge for få faktorer til grunn som forklaringsmodell på stress og mestring i arbeidslivet. Spesielt gjelder dette krevende yrker som for eksempel lærer, politi og sykepleier som også har emosjonelle belastninger i arbeidshverdagen (de Jonge, Mulder et al. 1999). Som et alternativ til disse teoriene kom JD-R modellen (Job Demands-Resources), som legger til grunn et større spekter av faktorer for å analysere organisasjonen og dens ansatte (Bakker, Demerouti 2007).

Bakker mener i denne teorien at risikofaktorer for stress kan klassifiseres i to komponenter; krav og ressurser. Krav blir definert som fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspekter ved jobben som krever fysisk eller mental innsats/ferdigheter. Ressurser blir definert som fysiske, psykologiske, sosiale eller organisatoriske aspekter ved jobben som enten reduserer jobbkrav, stimulerer til personlig vekst, læring og utvikling. Interaksjonen mellom disse har stor betydning for arbeidets grad av belastning eller motivasjon.

I følge denne modellen fungerer jobbressurser som en buffer for belastninger/stress i arbeidslivet, som kan føre til for eksempel utbrenthet. Hvilke faktorer som har størst innvirkning på kravene, kommer an på hvilke krav og hvilken sammensetning disse har i det enkelte arbeidsmiljø. Denne teorien hevder videre at jobbressurser påvirker spesielt motivasjonen hos de ansatte når jobbkravene er høye, som for eksempel at den sosiale støtten er mer synlig i et arbeidsmiljø som har store emosjonelle belastninger.

Figur 5, Jobbkraft og ressurser (Bakker 2007)

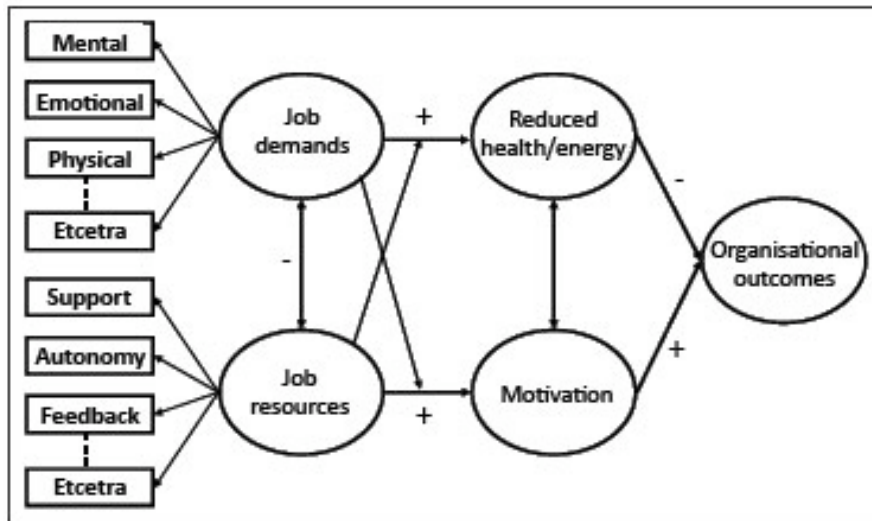


FIGURE 1: Two different underlying psychological processes play a role in the development of job-related strain and motivation.

Som det framgår av modellen vil både jobbkraft og jobbressurser ha innvirkning på både helse og motivasjon. De ulike jobbkraftene (fysiske, psykiske, emosjonelle etc.) kan gi negative effekter på helse, og de kan også redusere motivasjonen hos de ansatte. Jobbressursene (sosial støtte, kontroll etc.) kan redusere eventuelle helseeffekter og føre til økt motivasjon hos de ansatte. En balanse mellom kraft og ressurser vil føre til at de ansatte mestrer stress på en god måte. Dette vil føre til positivt resultat for organisasjonen.

2. 8 Egen studie

JD-R modellen viser at man for å mestre stress på en god måte må ha balanse i arbeidshverdagen med tanke på jobbkraft og ressurser. I denne undersøkelsen ser man på hvordan man kan ha en god arbeidshverdag selv om jobbkraftene øker. Med utgangspunkt i de fire nevnte modellene har man i denne undersøkelsen laget en modell for å vise sammenhenger mellom belastninger og negative helseeffekter og hva som innvirker på dette. Modellen under tar sikte på å vise hva som kan redusere belastninger og stress, og hva som kan føre til at dette øker. Gjennom denne vil man søke å finne tiltak som kan gi balanse i forskjellige faktorer i arbeidshverdagen, og ha mulighet å øke mestringsnivået hos de ansatte.

Figur 6, Forklaringsmodell for undersøkelsen



Modellen tar utgangspunkt i hva som skjer når belastningene (fysiske, mentale, emosjonelle og sosiale) øker. Hypotesen i undersøkelsen er at effektivisering øker disse belastningene. Når disse øker, øker stressnivået hos ansatte. Dette gir igjen økt grad av anspenhet som vil gi negative helseeffekter i form av muskel-skjelettplager og psykososiale plager. Disse kan føre til økt sykefravær – som igjen fører til lavere bemanning og økte belastninger på sykepleierne som er på jobb. Modellen viser også hva som kan enten redusere eller føre til økte belastninger, stress og anspenhet. Disse faktorene er hentet fra de fire forklaringsmodellene oppgitt tidligere.

3.0 METODE

3.1 STUDIEDESIGN

Studien er en retrospektiv case studie, utført på Nevroklinikken, St. Olavs Hospital, Trondheim. Fire avdelinger på klinikken ble inkludert i studien. Caset beskrives i detalj i avsnitt 4. Undersøkelsene er delt inn i tre deler som består av 1) innsamling og bearbeiding av arkivmateriale 2) 9 dybdeintervju av ansatte på ulike

organisatoriske nivå og 3) spørreundersøkelse til alle ansatte på de fire avdelingene. Undersøkelsene ble utført i løpet av fire måneder våren 2012. De kvalitative intervjuene ble utført først for å kvalitetssikre spørreundersøkelsens relevans.

1) Gjennom tilgang til St. Olavs pasientadministrative system ble det systematisk gjennomgått pasientbelegg, liggetid, sykefravær hos ansatte og antall månedsverk i perioden 2007 – 2011. Dette arkivmaterialet ble bearbeidet og satt opp mot hverandre for å gi en beskrivelse av effektiviseringsprosessen og den nåværende situasjonen på Nevroklinikken.

2) Fire ansatte og fem ledere ble intervjuet i forhold til deres opplevelse av effektiviseringsprosessen og hvilken effekt denne har hatt på arbeidshverdagen de siste fem årene. Lederne ble også intervjuet i forhold til konsekvenser av prosessen og om eventuelle vanskelige valg som må tas.

3) Spørreundersøkelsen ble sendt ut elektronisk til alle sykepleierne på avdelingen. Spørreskjemaet inkluderte spørsmål om arbeidshverdagen, endringer de siste fem år og helse spørsmål knyttet til nakke/skuldresmerter, rygg smerter og anspenthet.

For å besvare undersøkelsens problemstilling ble det valgt å benytte en metodetriangulering av kvantitativ og kvalitativ metode. Undersøkelsen består av tre formål med ulik natur som krever ulik tilnærming. For å kunne gi en god beskrivelse av effektiviseringsprosessen og de ansattes opplevelse av denne, var det nødvendig med kvalitative dybdeintervju. For å finne eventuelle sammenhenger mellom prosessen og negative helseeffekter kreves det et større utvalg, og kvantitative data med påfølgende statistiske analyser.

Den kvantitative metoden tar for seg det som kan tallfestes, og deretter analyseres, mens den kvalitative metoden søker å forklare fenomener som ikke lar seg kvantifiseres men som krever logisk bearbeiding. Det kvalitative datamaterialet

utdyper de kvantitative funnene, og gir kontekstuell informasjon som vil underbygge forslag til forbedringer

3.3 UTVALG OG REKRUTTERING

3.3.1 Del I – kvalitativ metode

I alt 9 ansatte på Nevroklinikken ble forespurt om å bli intervjuet. Alle svarte ja, og ingen trakk seg fra studien. Informantene består av klinikkssjef, fire enhetslederne og fire sykepleiere fra de ulike avdelingene. Utvalget består av en mann, og resten kvinner. Informantene varierte i alder fra 28 – 64 år. De har også ulik ansiennitet på avdelingene, intervjuobjektene hadde mellom 5 og 40 års jobberfaring fra Nevroklinikken. Alle var sentrale sykepleiere på avdelingen, med god kjennskap til organisasjonen.

Rekruttering av intervjuobjekter er gjort etter et strategisk utvalg. Enhetsledere og klinikkssjef ble forespurt på grunnlag av sin stilling, de ansatte ble forespurt for å sikre representativitet med tanke på alder og jobberfaring. I tillegg var det ønskelig at de hadde et balansert syn på arbeidssituasjonen. I rekrutteringsfasen ble både ledere og ansatte på hver avdeling spurt om hvilke sykepleiere som kunne vært aktuelle kandidater etter kriteriene over. På tre avdelingene ble flere kandidater aktuelle, og grunnlaget for utvelgelse ble å få variasjon i alder og ansiennitet i datamaterialet. På operasjonsstua ble en sykepleier foreslått og forespurt. To av sykepleierne ble forespurt ved personlig oppmøte, de to resterende ble forespurt per e-post. Alle samtykket til deltagelse.

3.3.2 Del II – kvantitativ metode

Utvalget består av offentlig godkjente sykepleiere ansatt på Nevroklinikken, i hovedsak kvinner. I alt ble 76 personer forespurt om å være med i spørreundersøkelsen, av disse har 47 respondert. Dette gir en svarprosent på 61,8. Forskeren møtte personlig opp på avdelingene for å informere om prosjektet, og på to av avdelingene oppfordret leder pr mail sine ansatte om å delta.

Operasjonsavdelingen har strenge hygieniske krav, og på denne avdelingen lot det seg ikke gjøre komme inn på avdelingen for å informere om prosjektet.

Utvalget har et aldersspenn mellom 20 og 65 år, hvorav 75 % av respondentene er i aldersgruppen 20 – 40 år. Utvalget har hovedvekt på tre avdelinger, operasjonsavdelingen har få respondenter. Utvalget består hovedsakelig av sykepleiere som har jobbet under 5 år på samme avdeling.

3.4 PRAKTISK GJENNOMFØRING

3.4.1 Del I – kvalitativ metode

Det ble foretatt semistrukturerte dybdeintervju (Kvale 1996) med utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 2). Intervjuene ble foretatt på stille rom på sykehuset. To av enhetslederne hadde ikke mulighet til å gå fra arbeidet, og ba om å få ta telefoner under intervjuet. Samme person intervjuet alle ni. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd, og transkribert. Feltnotat ble skrevet etter hvert intervju. Alle informantene fikk informasjon om studiens hensikt, og skrev under på samtykkeerklæring (vedlegg 3).

3.4.2 Del II – kvantitativ metode

Spørreundersøkelsen ble formidlet gjennom SelectSurvey og sendt ut til de ansatte elektronisk gjennom St. Olavs e-postsystem. Sammen med en forespørsel om deltagelse og link til undersøkelsen fikk de informasjon om studiens formål, anonymisering og mulighet til å trekke seg underveis. Samtykke ble gitt gjennom å svare på undersøkelsen. Ansatte fikk lov av arbeidsgiver å bruke arbeidstiden til besvarelse. I utgangspunktet ble det satt to ukers tidsfrist, men denne ble utvidet til fire uker på grunn av lav svarprosent.

Spørreundersøkelsen besto av 50 spørsmål, satt sammen av ulike validerte spørreskjema som omhandler ansattes helse og arbeidsmiljø (vedlegg 5). De første 23 spørsmålene ble tatt fra QPS Nordic (Dallner 2000), og omhandler jobbtillfredshet, jobbmestring og grad av kontroll i egen arbeidshverdag. Disse gir en

beskrivelse av arbeidet og arbeidsmiljøet. Videre ble de ansatte bedt om å vurdere egen helse og grad av belastning i arbeidet. Disse spørsmålene er utarbeidet i forbindelse med to PhD – prosjekt på NTNU . Tilslutt inneholdt undersøkelsen spørsmål om endringer på arbeidsplassen de siste fem årene. Spørreundersøkelsen har også en kvalitativ komponent, der informantene hadde mulighet til å utdype sine opplevelser av endringer på arbeidsplassen.

3.5 VARIABLER

3.5.1 DEL II – Kvantitativ metode

Uavhengige variabler i denne undersøkelsen er opplevd belastning i arbeidet. Disse angis i en fempunktsskala (1 = ikke i det hele tatt, 5 = stor betydning). Alle spørsmål knyttet til opplevd belastning ble beskrevet på lik måte; i hvilken grad dette har ført til at man har vært sliten, stresset eller anspent de siste seks måneder. Belastninger ble delt inn i fire typer; fysiske, mentale, sosiale og emosjonelle. Forklaring og eksempler på disse ble angitt i parentes. For *fysiske belastninger* var dette tunge løft, høyt tempo, uheldige arbeidsstillinger, fysisk utforming av arbeidsplassen. *Mentale belastninger* inkluderte frykt for å gjøre feil, for mange oppgaver og tenke på og irritasjon over manglende utstyr. *Emosjonelle belastninger* ble angitt som redd for ikke å strekke til, føle at man ikke får gitt nok pleie, ha dårlig samvittighet, tar pasientens situasjon innover seg og krevende pasienter. Til slutt omhandlet *sosiale belastninger* forhold til kolleger og enhetsleder, diskusjoner om arbeidsfordeling, dårlig stemning i gruppa og vanskelig samarbeid.

Avhengige variabler i undersøkelsen er indikatorer på helse. Disse ble også oppgitt i en fempunktsskala for lettere sammenstilling. Respondentene ble bedt om å angi opplevd smerte i både nakke/skuldre og rygg de siste 6 månedene (1= ingen smerte, 5 = uutholdelig smerte). I tillegg ble de bedt om å angi grad av anspenhet de siste seks måneder (1=svært lite, 5= svært mye).

De 23 spørsmålene fra QPS Nordic gir en deskriptiv beskrivelse av de ansattes arbeidssituasjon. Disse er også angitt i en 5 – punkts skala hvor 1= meget sjelden/aldri og 5 = meget ofte/alltid. Disse ble gjort om til indekser for en mer oversiktlig analyse, og ble reliabilitetstestet; Kvantitative krav ($\alpha = 0,51$), Rolleklarhet ($\alpha = 0,53$), Meningsfullt ($\alpha = 0,67$), Medvirkning($\alpha = 0,52$), Kontroll ($\alpha = 0,50$), Jobbtilfredshet($\alpha = 0,61$), Egenutvikling ($\alpha = 0,81$) og Utilstrekkelighet($\alpha = 0,80$).

Sammen med disse ble det også angitt spørsmål om endringer for å gi en beskrivelse av dagens arbeidssituasjon. Respondentene ble bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever at ulike faktorer har endret seg. Disse faktorene var stressnivå, tidspress, tunge løft, uheldige arbeidsstillinger, arbeidsmengde og krevende arbeidsoppgaver. Disse ble oppgitt i en 5 – punkts skala der 1= vesentlig mindre, 5 = vesentlig mer.

I frekvenstabellene ble alle 5 –punkts skalaene gjort om til 3 for en bedre grafisk framstilling. I disse ble svarene ingen og lite/svært lite slått sammen (verdier 1 og 2), middels (verdi 3) står for seg, mye og svært mye (verdi 4 og 5) ble også slått sammen.

3.6 ANALYSER

3.6.1 Del I – kvalitativ metode

Det transkriberte materialet ble analysert med systematisk tekstkondensering (Malterud 1993; Malterud 2001). Materialet ble analysert i to analyseprosesser; en for ledere og en for ansatte. Intervjuene ble først sammenstilt for å se likheter og diskrepans. Etter å ha lest igjennom råmaterialet, ble syv tema identifisert; Opplevelse av prosessen, Kontroll, Medvirkning, Informasjon, Egen helse, Økonomistyring og Endret fokus. Disse ble framlagt og diskutert med veiledere. Etter ny gjennomlesning av empiri ble disse endret til seks, hvor Opplevelse av prosessen ble slått sammen med Kontroll og Medvirkning. Råmaterialet ble igjen

dekontekstualisert (Malterud 2001) gjennom disse. De identifiserte emnene ble så framstilt i MindMap (vedlegg 4).

3.6.2 Del II – kvantitativ metode

Datamaterialet har blitt analysert ved hjelp av SPSS(Field, 2009), versjon 20. Det ble først gjort en deskriptiv analyse av utvalget, med fokus på utvalgets sammensetning og en deskriptiv beskrivelse av undersøkelsens avhengige og uavhengige variabler.

For å undersøke eventuelle sammenhenger mellom variablene i datamaterialet ble det først gjennomført en korrelasjonsanalyse med de uavhengige (belastningsvariablene) og avhengige variablene (helseeffektene). Gjennom utregning av Pearsons R får man en indikasjon om hvor stor grad variablene samvarierer. Korrelasjonsanalysen sier noe om hvorvidt og i hvor stor grad det er sammenheng mellom to variabler, mens en regresjonsanalyse gir predikerte verdier for hver enkelt effekt(Portney 2009).

Det ble derfor videre foretatt en multippel lineær regresjonsanalyse, for å se hvor stor effekt de uavhengige variablene har på de avhengige. Beta verdien forteller oss hvor mye y øker dersom x øker med 1. I undersøkelsen ble den standardiserte verdien(β) benyttet fordi denne tar utgangspunkt i standardavvik og gjør det lettere å sammenligne variablene. Det ble valgt å gjøre en blokkvis analyse av variablene, for å se hvordan de forholder seg til hverandre, og om effekten varierer dersom flere variabler tas med i forklaringsmodellen.

Signifikansnivå ble satt til 0,05 i begge analysene.

3.7 ETISKE ASPEKTER

I spørreundersøkelsen blir de ansatte bedt om å oppgi egen helsestatus og opplevelse av arbeidssituasjonen sin. Dette er sensitive opplysninger, og det ble lagt vekt på i undersøkelsene at dette er anonyme besvarelser. Spørreundersøkelsen ble besvart elektronisk, og resultatene ble holdt anonyme for forskerne gjennom Select

Survey. Informantene ble informert om hensikten med studien og anonymisering, og samtykke ble gitt gjennom å besvare spørreundersøkelsen. Intervjuobjektene ble informert om hensikten med studien, mulighet for å trekke seg i etterkant og at de kunne unnlate å svare på spørsmål dersom de ønsket det. Alle skrev under på en samtykkeerklæring.

Studien er utført etter Helsinkideklarasjonen (1964), og innenfor dens rammer om lov og regulering. Det ble søkt til Regional Etisk Komite i forkant av undersøkelsene. REK vurderte prosjektet til ikke å være søknadspliktig.

På grunn av bruk av elektronisk spørreskjema og lydopptaker ble det også søkt til Statens Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (SDN) , og prosjektet ble godkjent (Prosjektnr. 30629).

3.8 RESSURSBRUK

Spørreundersøkelsen ble utformet og utlevert elektronisk, gjennom programmet Select Survey. Lisens til dette ble gitt gjennom Fakultet for Samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU. De tilbød også support gjennom konsulenter gratis til sine studenter. Til de kvalitative undersøkelsene ble det benyttet opptaksmateriell utlånt fra NTNU.

Ressursbruk for ansatte på Nevroklinikken er tid brukt for besvarelse på spørreskjema, i tillegg til en time av ansattes arbeidstid brukt på intervju godkjent av ledelsen på Nevroklinikken.

4.0 CASE : Nevroklinikken, St. Olavs Hospital

Nevroklinikken utreder og behandler pasienter med sykdom eller skader i sentralnervesystemet. Flere av pasientene er alvorlig syke, og har et omfattende behov for utredning, behandling og rehabilitering. Den største andelen pasienter kommer ved akutt oppståtte hendelser som krever øyeblikkelig hjelp. Klinikken

består av 5 avdelinger som samarbeider tett: Nevrologisk Sengepost, Nevrologisk Poliklinikk, Nevrokirurgisk Sengepost, Nevrokirurgisk Operasjon og Nevro Intensiv. Intensivavdelingen ble opprettet ved innflytting til nytt sykehus, og har på grunn av innsparinger ikke fått like stor bemanning som planlagt. Det har i etterkant av dette vært en del usikkerhet rundt avdelingen, og avdelingen ble derfor ekskludert fra studien. Avdelingene har ulike funksjoner i forhold til ivaretagelse av pasientene, og møter pasientene i ulike faser av en sykdom/skade.

De fire avdelingene har ulikt antall ansatte, som vist i tabell 1. Alle avdelingene har en enhetsleder, alle disse er kvinnelige sykepleiere. De to sengepostene har i tillegg en assisterende enhetsleder, men begge disse var sykemeldte da undersøkelsene ble gjennomført.

Tabell 1, Oversikt over avdelingene

Avdeling	Antall ansatte	Antall årsverk	Antall sengeplasser
Nevrologisk poliklinikk	10	7	4 (dagpasienter)
Nevrologisk sengepost	45	28	16
Nevrokirurgisk sengepost	42	29	16
Nevrokirurgisk operasjonsstue	22	15	0 3 operasjonsstuer

Nevroklinikken har siden 2006 blitt pålagt å kutte 1-2% i budsjettet hvert år. Ledelsen i klinikken har i denne perioden hatt som mål å effektivisere drifta framfor å nedbemanne. Dette er gjennomført ved å gjøre store endringer i klinikkens struktur gjennom økt drift (flere behandlede pasienter), effektivisering av pasientforløp og logistikk, og økt poliklinisk virksomhet. I tillegg har de gjennomført innsparingstiltak ved å fjerne støttefunksjoner på avdelingene, samt å nedbemanne med 2 sykepleiere på en avdeling. I perioden 2007 – 2011 har sykefraværet på avdelingene vært høyt (gjennomsnittlig 13 %), med variasjoner gjennom året. Klinikken har en betydelig andel langtidssykemeldte.

5.0 RESULTATER

For å svare på problemstillingen presenteres resultatene i undersøkelsen tredelt. Disse tre delene svarer til hvert delmål angitt i oppgaven. Første del av undersøkelsen er en objektiv beskrivelse av hvordan effektiviseringsprosessen foregår, og hvilke konsekvenser denne har hatt for de ansatte. Deretter presenteres de kvantitative resultatene basert på spørreundersøkelsen, inklusive analyser over sammenhenger mellom variablene. Tilslutt følger en presentasjon av resultatene fra det kvalitative datamaterialet. Der presenteres de subjektive opplevelsene ansatte på ulike nivå har av både effektiviseringsprosessen og konsekvenser av denne.

5.1 BESKRIVELSE AV EFFEKTIVISERINGSPROSESSEN

5.1.1. Styring av effektiviseringsprosessen

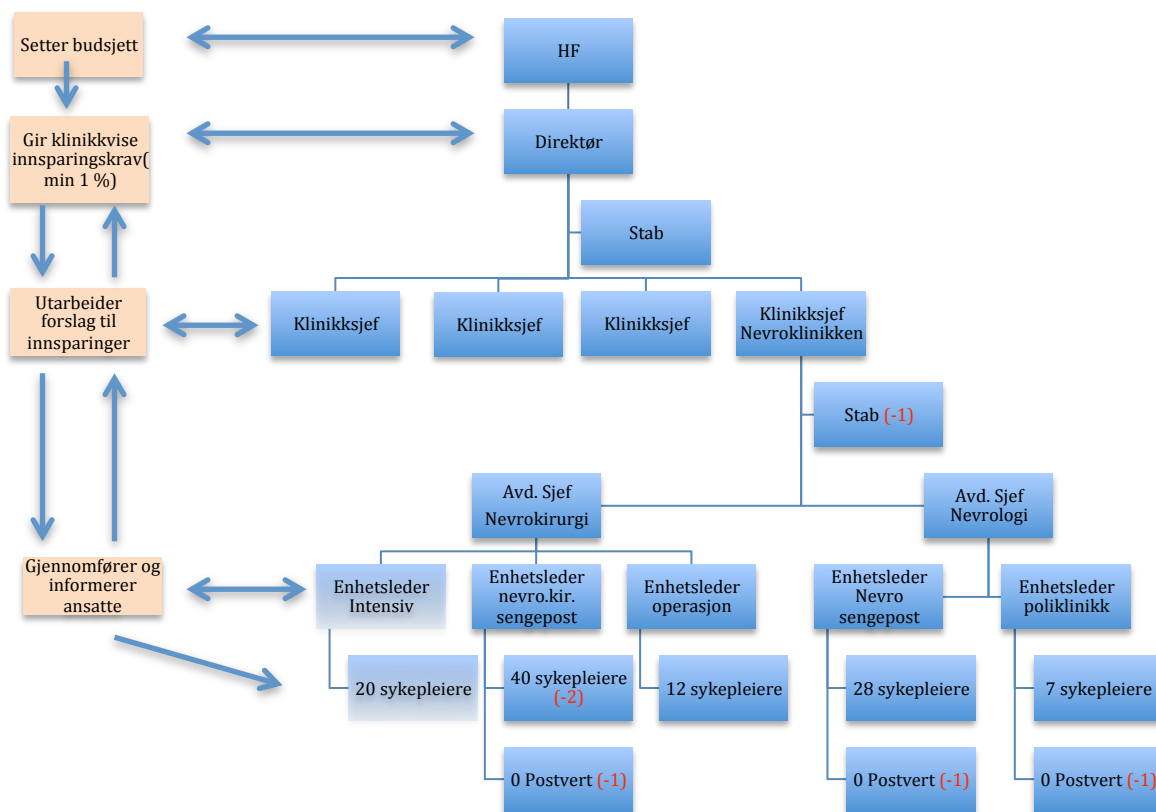
Budsjettarbeidet starter på sommeren, der økonomiavdelingen utarbeider et budsjett ut fra fjorårets resultater i tillegg til generelle innsparingskrav hovedledelsen har satt. Budsjettet utleveres til klinikksefene for en gjennomgang, før dette behandles i hovedledelsen. Klinikksjefene er da tilstede, og kan komme med tilbakemelding. Innsparingene som er satt i budsjettet kan være både klinikkovergripende (felles for hele St. Olav, som for eksempel nedskjæringer i stab/støttefunksjoner) eller klinikkvise innsparinger. Disse er angitt i prosent og kan variere fra klinikk til klinikk. Prosentandelen er angitt av økonomiavdelingen.

Klinikksefen med stab utarbeider så forslag om innsparing eller effektivisering ut fra dette, og behandler dette i klinikkledelsen. Der sitter enhetslederne på avdelingene, og sammen diskuterer de seg fram til en løsning. Det er deretter opp til enhetslederne å informere de ansatte på avdelingen og iverksette tiltak.

På avdelingsnivå blir de ansatte informert gjennom avdelingsmøter eller ukentlige oppdateringsmøter. Enkelte ganger sender også enhetslederne ut mail for å nå alle ansatte. Ansatte har da mulighet til å komme med sitt syn på saken. På to av avdelingene inviterer lederen de ansatte til å komme med løsninger på problemet,

og de nye utfordringene blir løst i fellesskap. Ansatte på klinikken har ikke mulighet til å stoppe prosessen.

Figur 7, Organisasjonskart med flytskjema for effektiviseringsprosessen



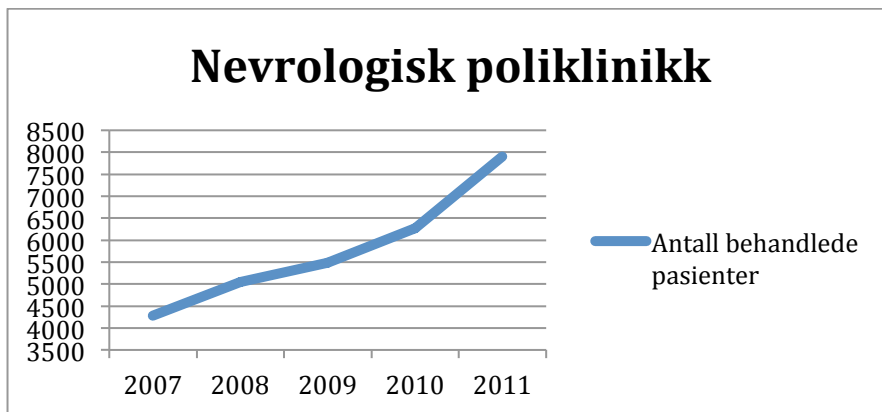
Organisasjonskart for St. Olav og Nevroklubikken. Effektiviseringsprosessen til høyre. Innsparinger angitt i rødt.

5.1.2 Resultater av effektivisering

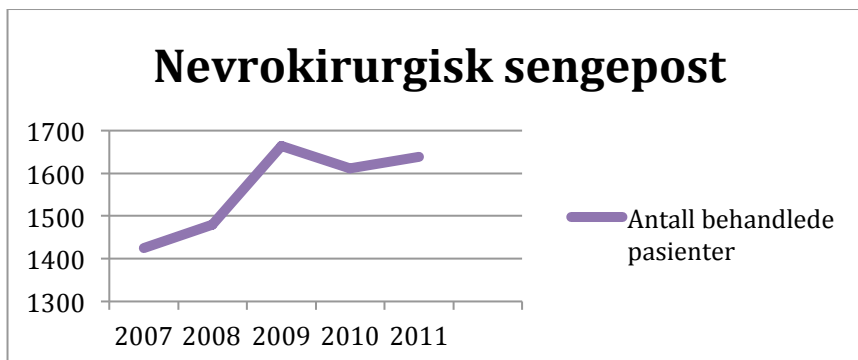
Generelt de siste årene har man på St. Olavs Hospital hatt et økt fokus på økonomi gjennom innsparinger, og økte krav til avdelingene. Dette har ført til at klinikkene har gått fra å ha hovedfokus på fag og kvalitet til å i større grad fokusere på økonomi og logistikk. Nevroklubikken har valgt å gjøre flere grep over hele klubikken. Som nevnt over har målet vært å effektivisere framfor å nedbemanne. Hovedfokus har vært å øke avdelingenes inntjening, gjennom å øke antall pasienter som får

behandling. Gjennom bedre planlegging og forbedring av logistikk har man klart å få bedre pasientforløp. Dette gir en mer strømlinjeformet behandlingsopplegg, som fører til kortere behandlingsopphold for pasientene. Pasientene utredes raskere og får tidligere behandling. Det er like mange årsverk på hver avdeling i 2011 som i 2007. Figur 8 viser økningen av pasientbehandling de siste 5 årene. Tall er hentet fra St. Olavs pasientadministrative system (PAS).

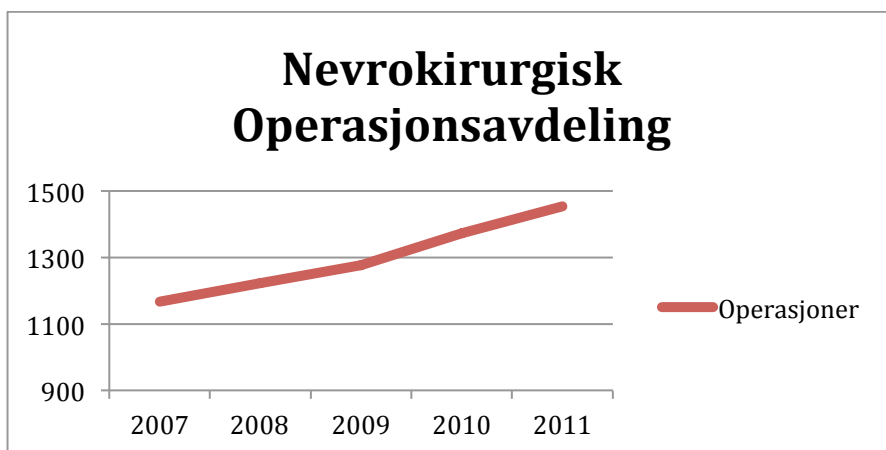
Figur 8 a, Antall behandlede pasienter poliklinisk



Figur 8 b, Antall behandlede pasienter Nevrokirurgisk sengepost

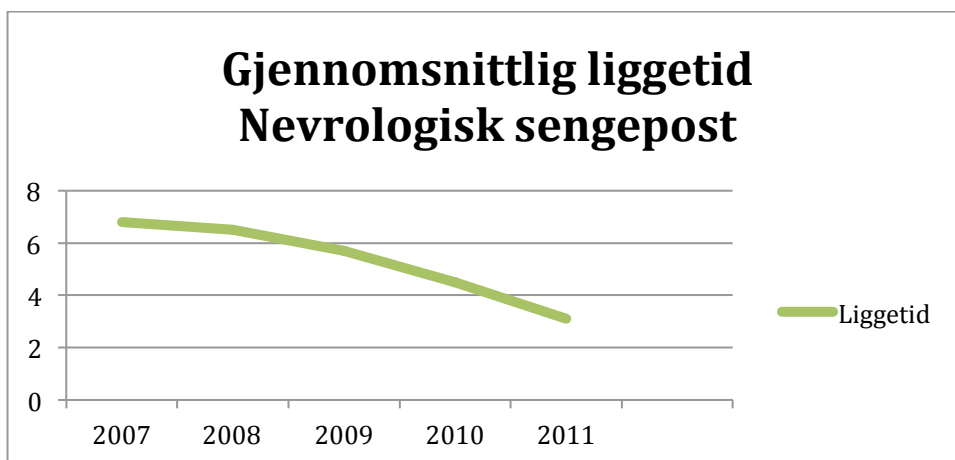


Figur 8 c, Antall opererte pasienter



For å klare å behandle flere pasienter, har liggetid på avdelingene gått ned. Dette er et resultat av bedre samkjøring med andre avdelinger om undersøkelser og behandling, samt mer effektiv drift på selve avdelingen. Figur 9 viser liggetiden de siste fem år på avdelingen som har hatt dette som hovedfokus.

Figur 9, Gjennomsnittlig liggetid pr pasient



5.1.3 Konsekvenser for ansatte

Den største endringen i de ansattes hverdag er den økte pasientstrømmen. Hver ansatt må utføre flere oppgaver, og de må jobbe i et raskere tempo. Andel "dødtid" mellom oppgavene er minimal, og de ansatte har liten tid til pauser. Det er også en større grad av multitasking, og de ansatte må skifte raskt mellom arbeidsoppgaver

av ulik hastegrad, som for eksempel matlaging og akutte medisinske behandlingsoppgaver.

Ofte gjør sykepleierne flere arbeidsoppgaver samtidig, som for eksempel å ha uformelle rapporter under medikamenthåndtering. I tillegg til den økte fysiske belastningen med flere pasienter, kommer den mentale belastningen på grunn av økt grad av ansvar. Pasientene skrives ut tidligere, og med tanke på det faglige ansvaret en sykepleier har for en pasient, er dette en faglig stressfaktor. Disse endringene er av mer generell karakter som gradvis har utviklet seg. Tabell 2 og tabell 3 viser en oppstilling av spesifikke endringene som har blitt gjort i effektiviseringsprosessen og de praktiske konsekvensene av disse, og er utarbeidet av datamaterialet fra dybdeintervjuene.

Tabell 2, Endringer i Nevroklinikken

Endringer	Konsekvenser for ansatte
Lav grunnbemanning	<ul style="list-style-type: none"> - For lite ansatte ved sykdom - Flere får forskjøvete vakter - Må gå dobbeltvakter - Mange deltidsstillinger (for å få dekt opp helger med ekstravakter)
Fjernet støttefunksjoner (postvert)	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleierne må vaske kopper, lage mat til pasientene, re senger, vaske pasientrom, bestille varer, hente tøy og gjøre skylleromsarbeid.
Internfakturering mellom avdelinger på sykehuset	<ul style="list-style-type: none"> - Sykepleiere triller pasienter oftere til undersøkelser (i stedet for å bruke portører) - Sykepleierne tar blodprøver selv (tidligere gikk bioingeniører rundt på avdelingene)
Kostnadskontroll	<ul style="list-style-type: none"> - Må begrense bruk av lagervarer - Må sjekke pris før bestilling av varer - Får ikke bruke vaskekluter under stell, papir koster mindre (faglig stressfaktor)

Ansettelsesstopp	- Nye sykepleiere går i korte eller lengre vikariater(får ikke faststilling)
------------------	-------------------------------------------------------------------------------

Tabell 3, Avdelingsspesifikke endringer

Endringer	Konsekvenser for ansatte
Nevrologisk Poliklinikk: Endrede statlige rammer – mulighet for inntjening ved sykepleiekonsultasjoner	<ul style="list-style-type: none"> - Forventning til pleierne om økt inntjening - Pasientkontakt organisert som polikliniske konsultasjoner - Større jobbglidning lege – sykepleier (overtar flere av legenes tidligere ansvarsområder)
Nevrologisk Sengepost: Redusert innleie	<ul style="list-style-type: none"> - Leies ikke inn ved sykdom - Færre ansatte på vakt ved sykdom
Nevrokirurgisk Sengepost: Pre – pol	<ul style="list-style-type: none"> - Flere pasienter behandles poliklinisk før operasjon framfor innleggelse - Mer struktur i avdelingen - Bedre oversikt for sykepleierne
Nevrokirurgisk Sengepost: Nedbemannning	<ul style="list-style-type: none"> - Dårligere arbeidsmiljø i nedbemanningsperioden
Nevrokirurgisk Operasjonsstue: Fast – track	<ul style="list-style-type: none"> - Mer intensiv arbeidshverdag - Tettere samarbeid mellom avdelinger og personell
Nevrokirurgisk Operasjonsstue: Innføring av tidsmatrise med standardtider og rapportering av avvik	<ul style="list-style-type: none"> - Mer struktur i avdelingen - Arbeidsdagen planlagt i detalj

5.2 RESULTATER FRA SPØRREUNDERSØKELSEN

I spørreundersøkelsen ble sykepleierne bedt om å vurdere sin egen helsestatus, og svarte på spørsmål relatert til sin arbeidssituasjon og de siste års endringer av denne. I dette avsnittet presenteres resultatene av denne undersøkelsen, med påfølgende analyser av datamaterialet.

5.2.1 Generelt om sykepleiernes arbeidssituasjon

De første spørsmålene i spørreundersøkelsen omhandler ansattes opplevelse av sin arbeidssituasjon. Svarene ble angitt i en 5 – punkts skala hvor 1= meget sjelden/aldri, 3= av og til og 5 = meget ofte/alltid. Tabell 4 viser at sykepleierne mener at det noen ganger er nødvendig å arbeide i et høyt tempo (Kvantitative krav, M=3,5). Når man ser på standardavviket kan man se at dette er noe som varierer mellom avdelingene. Ansatte mener videre at dette tempoet bestemmer de stort sett selv, men ikke alltid. (Kontroll, M =2,7). I denne indexen inngår spørsmål om mulighet til å ta pause og kontroll over tempo. Dette betyr med andre ord at de ansatte av og til har mulighet til å ta pauser etter behov.

I undersøkelsen kommer det frem at de ansatte på Nevroklinikken opplever stor grad av rolleklarhet, de vet hvilke forventinger som ligger til grunn for yrkesutøvelsen og de har klare ansvarsområder (Rolleklarhet, M= 4,4). Denne har et lite standardavvik, som indikerer at dette gjelder for alle avdelingene. Videre opplever sykepleierne også at de har muligheter til utvikling (Egenutvikling, M=3,4). Når man her ser på standardavviket, ser man at det er store variasjoner i hvordan sykepleierne har svart, og dette indikerer at muligheter for egenutvikling varierer. Sykepleierne rapporterer uavhengig av avdeling et godt sosialt arbeidsmiljø, og 87 % av sykepleierne mener at dette har blitt bedre i løpet av de siste 5 årene.

Tabell 4, Nåværende arbeidssituasjon

	Gjennomsnitt (M)	Standardavvik (SD)
Kvantitative krav	3,5	.60
Rolleklarhet	4,4	.42
Medvirkning	2,8	.40
Kontroll	2,7	.51
Jobbtilfredshet	3,7	.43
Egenutvikling	3,4	.95
Opplevelse av utilstrekkelighet	3,1	.67

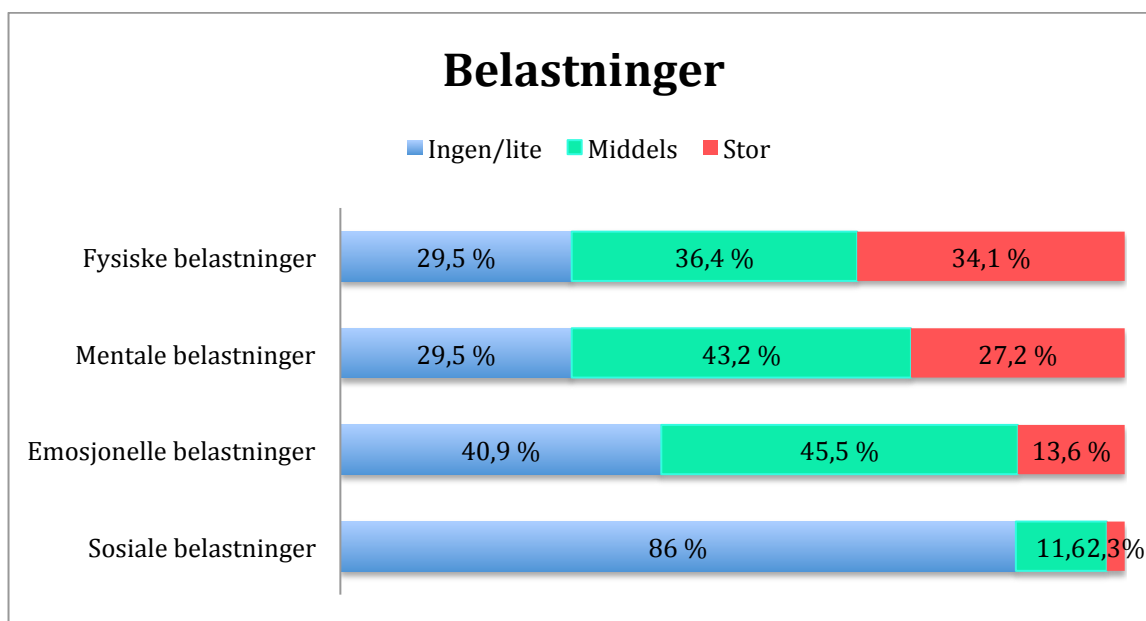
5.2.2 Belastninger i arbeidshverdagen

Ved vurdering av egen arbeidsbelastning oppgir halvparten av de ansatte at den totale belastningen er ganske stor, men at den er håndterbar. 16 % vurderer den totale arbeidsbelastningen som så stor at den påvirker den ansatte negativt.

Sykepleierne oppgir relativt stor belastning på hjemmefronten, 20,5 % opplever stor grad av belastning i hjemmet.

Sykepleierne ble bedt om å gjøre en egen vurdering av i hvor stor grad ulike belastninger har gjort at de har følt seg sliten, stresset eller anspent de siste 6 måneder. Figur 11 viser at de fysiske og mentale belastningene gir størst utslag. 34 % av respondentene opplever at de har fysiske belastninger i hverdagen, som påvirker dem. 27 % opplever mye mentale belastninger. Færre opplever at det er mye emosjonelle belastninger i arbeidshverdagen. Figuren viser også at sykepleierne ikke opplever sosial belastning (relatert til kolleger og ledere) av betydning. I alle frekvensoversiktene er 5 – punktsskalaen fra spørreundersøkelsen omgjort til 3 for enklere grafisk framstilling.

Figur 11, Frekvensoversikt over ulike typer belastninger i arbeidet

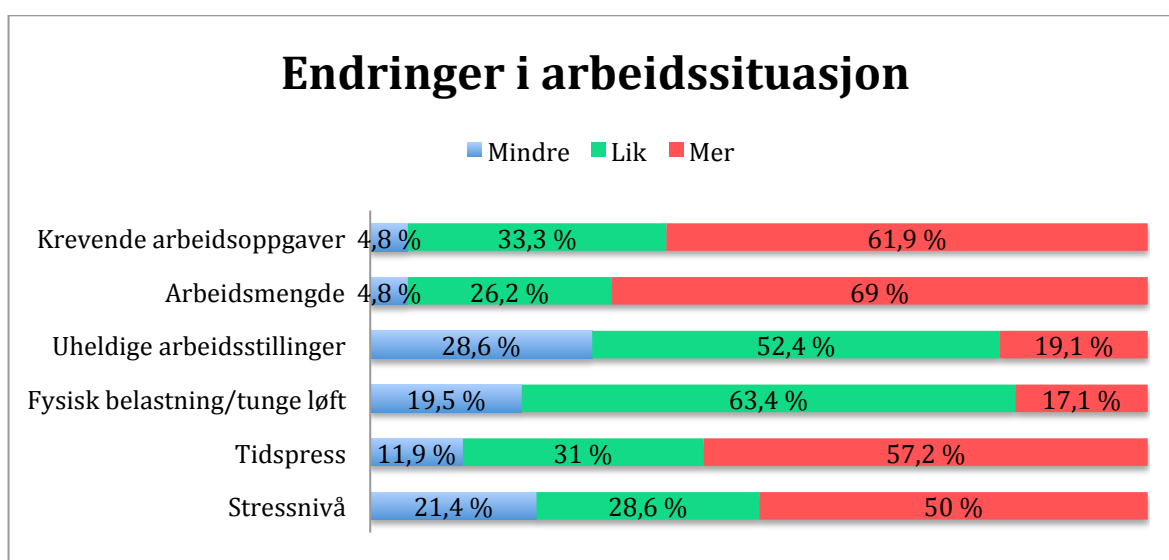


5.2.3 Endringer i arbeidssituasjonen

Sykepleierne ble bedt om å vurdere sin egen arbeidssituasjon pr i dag, mot for fem år siden (første år etter innflytting i nytt sykehus). Dette er vist i figur 12.

Halvparten av de ansatte mener det i denne perioden har blitt mer krevende arbeidsoppgaver, større arbeidsmengde, mer tidspress og høyere stressnivå. Når det gjelder uheldige arbeidsstillinger og tunge løft oppgir de fleste sykepleierne at denne belastningen er lik som for 5 år siden.

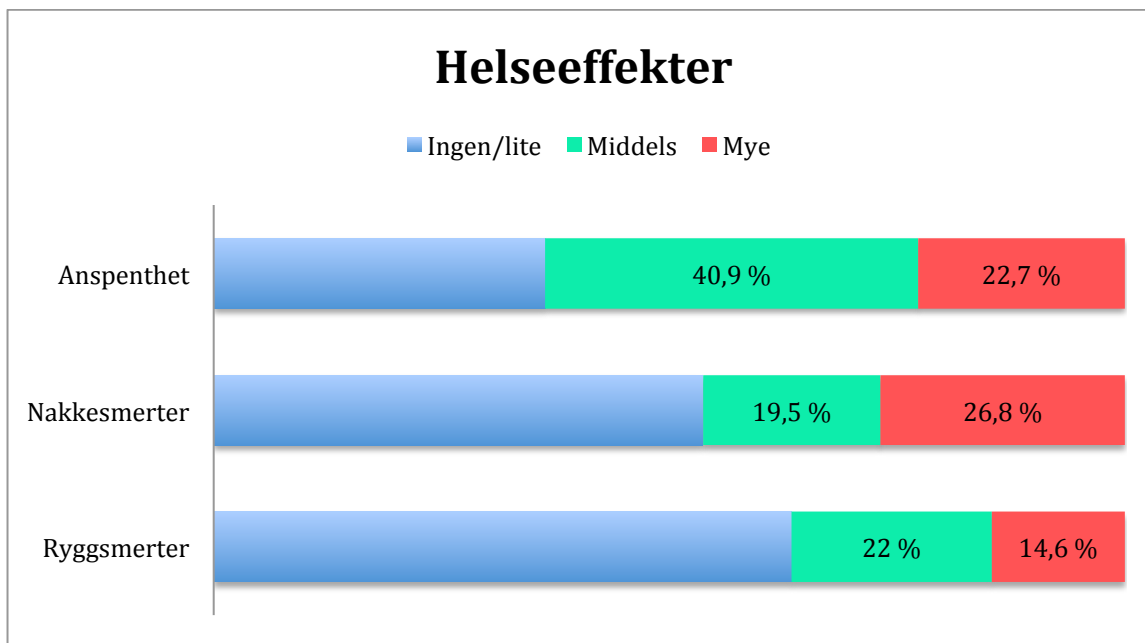
Figur 12, Frekvensoversikt over opplevde endringer de siste 5 år



5.2.4 Egen helsestatus

Figur 13 viser 68 % av sykepleierne oppgir at de er lite/middels anspenne i sin arbeidssituasjon. Hele 23 % oppgir at de har høy grad av anspenhet. Resultatene indikerer at sykepleierne på Nevroklinikken har ulik grad av smerteproblematikk. Av de som har smerter i muskelskjelettsystemet, er nakke/skuldersmerter det mest uttalte problemet. 51,2 % av respondentene oppgir at de har lite eller middels smerter i dette området, og 26,8 % av sykepleierne har mye smerter i nakke/skulder. Undersøkelsen viser at smerter i lav rygg hos sykepleierne er mindre uttalt, en større prosentandel oppgir at de har ingen smerter i ryggen. Andelen sykepleiere med mye smerte er også lavere enn ved nakkesmerter, 14,6 % angir at de har mye smerter i dette området.

Figur 13, Frekvensoversikt over opplevd smerte og anspenhet siste 6 måneder



5.2.5 Sammenhenger mellom belastninger og smerter/anspenhet

Tabell 5 viser sammenhengen mellom fysiske, psykiske, emosjonelle og sosiale belastninger og helseeffektene.

For smerter i nakke/skuldre er den sterkeste sammenhengen fysiske belastninger ($r=.58$). Mentale belastninger viser seg også å ha sammenheng med denne type smerte ($r=.38$). Når det gjelder ryggsmerter, så viser denne stor sammenheng med fysiske belastninger ($r=.60$). Anspenhet har sammenheng med både fysiske belastninger ($r=.51$) og mentale belastninger ($r=.46$).

Som det fremgår av tabell 5, har de tre avhengige variablene (smerter i rygg, nakke og anspenhet) sammenheng med hverandre. Den sterkeste sammenhengen er mellom nakke/skuldersmerter og anspenhet ($r=.60$), men ryggsmerter har også en samvariasjon med nakke/skuldersmerter ($r=.53$) og anspenhet ($r=.33$).

De uavhengige variablene viser seg også å ha en sammenheng med hverandre. Fysisk belastning og mental belastning har en sammenheng på $r=.40$, og de mentale belastninger henger sammen med de emosjonelle ($r= .35$)

Tabell 5, Korrelasjon belastninger og smerter.

	Fysiske	Mentale	Sosiale	Emosjonelle	Rygg	Nakke/skuldre
Fysiske						
Mentale	.404**					
Sosiale	.236	.176				
Emosjonelle	.123	.352*	.102			
Ryggsmerter	.600***	-.017	-.138	-.029		
Nakke/skulder	.582***	.377*	.084	-.172	.530***	
Anspenhet	.509***	.456**	.290	.290	.325*	.604***

Tabellen viser Pearsons korrelasjon, * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

Ved å se nærmere på sammenhengene mellom variablene i en lineær regresjonsanalyse ser man hvor stor effekt disse har på hverandre. Gjennom en blokkvis tilnærming av analysen ser man også hva som skjer med denne effekten når man legger til enda en variabel. Siste blokk har i alle analysene best forklart varians (R^2), og man legger disse til grunn som forklaring. Tabell 6 viser hvilken effekt de ulike belastningene har på nakkesmerter, og i denne ser man at de fysiske belastningene har sterkest effekt på nakkesmertene ($\beta=.305$). Emosjonelle belastninger har en negativ effekt. Når man legger til anspenhet som variabel i analysen ser man at denne har stor effekt på nakke/skuldersmerter ($\beta=.488$)

Tabell 6 Relasjon mellom belastninger, anspenhet og nakke/skuldersmerter siste 6 måneder

	B	SE B	β
Blokk 1			
Constant	.331	.515	
Fysisk	.735	.164	.582***
Blokk 2			
Constant	-.081	.590	
Fysisk	.648	.174	.513***
Mental	.228	.165	.191
Blokk 3			
Constant	.097	.704	
Fysisk	.646	.182	.514***
Mental	.218	.170	.184
Sosial	-.080	.240	-.045
Blokk 4			
Constant	.928	.717	
Fysisk	.606	.168	.482***
Mental	.370	.166	.311*
Sosial	-.019	.222	-.011
Emosjonell	-.481	.176	-.360*
Blokk 5			
Constant	1.027	.631	
Fysisk	.383	.162	.305*
Mental	.184	.156	.155
Sosial	-.179	.201	-.103
Emosjonell	-.556	.157	-.416**
Anspenhet	.590	.176	.488**

R²=.339 for blokk 1, R²=.371 for blokk 2, R²=.353 for blokk 3, R²=.446 for blokk 4, R²=.600 for blokk 6. * = p<0,05, ** = p<0,01, *** = p< 0,001

Tabell 7 viser hvilken effekt de ulike belastningene har på ryggmerter. I denne ser man at den fysiske belastningen har størst effekt($\beta = .651$)

Tabell 7 Relasjon mellom belastninger, anspenhet og ryggmerter siste 6 måneder

	B	SE B	β
Blokk 1			
Constant	.029	.473	
Fysisk	.706	.151	.600***
Blokk 2			
Constant	.570	.527	
Fysisk	.821	.156	.697***
Mental	-.300	.147	-.269*
Blokk 3			
Constant	1.241	.595	
Fysisk	.873	.154	.736***
Mental	-.293	.144	-.261*
Sosial	-.434	.203	-.262*
Blokk 4			
Constant	1.196	.667	
Fysisk	.875	.157	.738***
Mental	-.301	.154	-.268
Sosial	-.437	.207	-.264*
Emosjonell	-.026	.164	.021
Blokk 5			
Constant	1.242	.657	
Fysisk	.773	.169	.651***
Mental	-.386	.162	-.344
Sosial	-.510	.210	-.309
Emosjonell	-.008	.163	.007
Anspenhet	.271	.183	.237

$R^2 = .360$ for blokk 1, $R^2 = .422$ for blokk 2, $R^2 = .482$ for blokk 3, $R^2 = .482$ for blokk 4, $R^2 = .513$ for blokk 6. * = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$

Tabell 8 viser hvilken effekt de ulike belastningene har på ansenthet. I denne ser man at både fysisk belastning ($\beta=.353$) og mental belastning($\beta=.231$) har en effekt på opplevd grad av ansenthet

Tabell 8 Relasjon mellom belastninger og ansenthet

	B	SE B	β
Blokk 1			
Constant	1.168	.450	
Fysisk	.546	.142	.509***
Blokk 2			
Constant	.686	.487	
Fysisk	.416	.149	.388**
Mental	.298	.139	.299*
Blokk 3			
Constant	.505	.544	
Fysisk	.355	.148	.347*
Mental	.255	.136	.268*
Sosial	.233	.196	.161
Blokk 4			
Constant	.280	.617	
Fysisk	.361	.149	.353*
Mental	.220	.144	.231*
Sosial	.225	.198	.155
Emosjonell	.121	.154	.110

$R^2=.259$ for blokk 1, $R^2=.334$ for blokk 2, $R^2=.332$ for blokk 3, $R^2=.443$ for blokk 4
 *= $p<0,05$, **= $p<0,01$, *** = $p< 0,001$

5.3 KVALITATIVE RESULTATER

De ni informantene i den kvalitative delen av undersøkelsen ble intervjuet i forhold til hvordan effektiviseringsprosessen har foregått, og hvordan den oppleves fra deres ståsted i organisasjonen. Lederne ble også intervjuet i forhold til hvilken effekt dette har hatt på avdelingen og hvilke faktorer de ser på som viktige i en slik prosess. Ansatte ble intervjuet med tanke på hvilken effekt dette har hatt på deres arbeidshverdag. Felles for alle informantene, uavhengig av stilling, var at de hadde en forståelse for at det er nødvendig med et mer effektivt helsevesen, og at dette er en prosess som vil vare også framover i tid. Alle informantene mente også at effektiviseringsprosessen har hatt en positiv effekt for pasientbehandlingen ved at et økt fokus på pasientforløp førte til flere behandlede og mer fornøyde pasienter.

5.3.1 Ledernes opplevelse av prosessen

Lederne forteller at de årlige endringer og innsparinger rundt budsjettforhandlingene går raskt, og at de har lite tid til å komme med løsninger. Denne prosessen går over to – tre uker på nyåret. De fleste informantene sa spontant i intervjuet at de kunne ønsket seg mer tid, slik at det var større mulighet til å finne gode løsninger. Det er en gjennomgående aksept for at årlige innsparinger er en del av dagens helsevesen, men det kommer fram at de ønsker seg mulighet for å legge planer for avdelingen. Enhetslederne opplever et press fra hovedledelsen om stadig innsparing og økt pasientbehandling, og at dette forsterkes i tiden budsjettet blir lagt.

Hvert år så er det et evinnelig kjøp i forhold til budsjettering. Man vet at det kommer, og du kanskje som leder innerst inn så skulle du ønske at det kanskje hadde vært (ler) noen år der det ikke hadde vært det presset på deg da. For du vet aldri hva som kommer. Det er fryktelig uforutsigbart

Selv om det blant ledergruppen er en aksept for de årlige innsparingene, gir de uttrykk for frustrasjon rundt denne. Flere informanter forteller at budsjettmøtene bærer preg av oppgitthet og at man kan føle seg litt maktesløs.

Sånn i forhold til budsjettprosesser så får vi tredd nedover hodet vårt et budsjett som vi skal forholde oss til, og vi har lite mulighet for innspill. Og de er veldig lite villig til å gjøre justeringer, og det største problemet er at de lett kan stryke poster på budsjettet dersom det må spares. Hvis man ønsker seg satt av noen hundre tusen til kompetanseheving for eksempel, så strykes den posten veldig lett. Men det er likevel ingenting som letter på kravene for kompetanseheving på avdelingen.

Lederne kunne også fortelle om positive effekter av effektiviseringen, og alle trakk frem forbedring av pasientforløp som den mest positive effekten. Det at avdelingen klarer å tilby flere pasienter helsehjelp, og at pasientene fikk et mer strømlinjeformet forløp ved reduksjon i ventetid på operasjoner eller utredning uten økt bruk av ressurser ble sett på som utelukkende positivt. Ingen av lederne opplever at dette går ut over kvalitet på pasientbehandlingen eller faglig forsvarlighet.

5.3.2 Ansattes opplevelse av prosessen

De ansatte gir uttrykk for at de har en forståelse for at disse endringene må gjøres, men gir uttrykk for at hovedledelsen ikke har forståelse for hvordan deres arbeidshverdag er. De opplever også at de har lite mulighet for å bli hørt. Flere informanter forteller at de forstår at deres enhetsledere heller ikke har så stor innvirkning på prosessen. Flere av informantene forteller at man bare må innstille seg på hvordan situasjonen er og gjøre det beste ut av det.

Jeg føler at egentlig så er det en prosess som foregår over hodet på meg som jeg bare må innstille meg på. Det er sånn det oppleves. For vi har ikke så mye innvirkning.

De ansatte får informasjon om prosessen etter at ledergruppa har bestemt hvilke tiltak som skal iverksettes. Denne informasjonen er det opp til hver enhetsleder å gi til sin avdeling. Flere av informantene ga uttrykk for at de ønsket seg mer informasjon rundt denne prosessen, og at de ikke føler seg sikker på at de får vite alt som blir planlagt av ledelsen. En avdeling skiller seg ut i denne undersøkelsen, hvor informasjon har blitt gitt i god tid før innføring av ny praksis. De ansatte på denne

avdelingen føler at prosessen har vært god, og at de har fått blitt hørt. På denne avdelingen gir sykepleierne uttrykk for at effektiviseringen er utelukkende positiv.

Sykepleierne på avdelingene opplever ulik grad av medvirkning. På to av avdelingene blir de ansatte med på beslutninger om hvordan man kan løse praktiske problemer knyttet til effektiviseringstiltakene. Dette oppleves positivt av de ansatte. To av sykepleierne mener at de gjennom å få ta del i prosessen vil oppleve å få mer kontroll over arbeidssituasjonen sin.

Man vet jo at det i helsesektoren er mye innsparinger, og det kommer det til å være framover også. Så en er jo til dels innstilt på det også, men vi har jo savnet litt informasjon og delaktighet. At det kunne vært en felles prosess vi har kunnet vært enige om. Det er i hvert fall mer pedagogisk, i forhold til at man føler at man har litt kontroll over situasjonen selv. Det er jo det vi føler at vi ikke har, for det er jo noe som bare blir pålagt fra langt oppi systemet og som man bare må gjennomføre.

De fleste så også positive effekter av effektiviseringen, og alle trakk fram innføring av fast-track (effektivisering av operasjoner ved hjelp av forbedring av logistikk og tettere samarbeid) som positivt både for avdelingen og pasientene. Da avdelingen innførte fast-track, laget de nye strukturer og rutiner for å håndtere den økte pasientmengden, og sykepleierne som ble intervjuet opplever at den nye arbeidssituasjonen er positiv, og at det ikke føles som det er mer arbeid.

5.3.3 Ansattes opplevelse av arbeidssituasjonen

I tillegg til hvordan de opplever prosessen, ble også sykepleierne intervjuet i forhold til arbeidshverdagen sin. De ble intervjuet om hvordan det oppleves å være sykepleier på en avdeling med effektiv drift. Tabell 2 og 3 i avsnitt 5.1.3 er utarbeidet fra data fra intervjuer med både ansatte og ledere, og gir en framstilling av de direkte konsekvensene for sykepleiernes arbeidssituasjon. I dette avsnittet presenteres sykepleiernes opplevelse av disse.

Stor arbeidsmengde

På alle avdelingene har det de siste fem årene vært økt drift, og flere pasienter får behandling. Informantene gir uttrykk for at de også ser positive sider ved denne effektiviseringen. Blant annet oppleves det som en klar forbedring med økt fokus på pasientforløp og påfølgende nye systemer og rutiner på avdelingene. Selve logistikken rundt pasientene har også blitt forbedret. Pasientene gir uttrykk for at de er fornøyde med behandlingen, og dette er motiverende for sykepleierne. Alle sykepleierne som ble intervjuet syntes at det var positivt at flere pasienter får behandling, men forteller også at det merkes i arbeidshverdagen at det er flere pasienter i omløp.

Det skal jo være veldig effektiv drift da, vi merker jo det. Vi har jo bare økt opp prosentandelen pasienter vi behandler de siste årene. Og det bare øker og øker. Pasienten har mindre liggetid, vi behandler flere pasienter og kanskje ikke noe mer folk på jobb. Så.. vi er effektive, og det merker man jo. Det er større krav til effektivitet. Man skal behandle mer på mindre ressurser.

For å klare den økte pasientstrømmen forteller sykepleierne at de skruer opp tempoet. De opplever at den største belastningen i arbeidshverdagen er økt tidspress. Sykepleierne forteller at de ofte opplever at de er på etterskudd av det de skulle ha gjort, og at det stadig er flere arbeidsoppgaver som venter. I arbeidet må de hele tiden prioritere arbeidsoppgavene og gjøre det som er viktigst. Sykepleierne mener at effektiviseringen har ført til at de er blitt flinkere å prioritere arbeidsoppgavene. På grunn av mange arbeidsoppgaver og økt tidspress fører dette også til at man får lite eller ingen tid til pauser, sykepleierne prioriterer pasientbehandlingen først.

Det at jeg har så høye krav til det jeg skal gjøre for pasientene gjør jo at jeg ikke er noe flink til å ta vare på meg selv oppi det hele. Ehm.. jeg er ikke noe flink til å ta konsekvent halvtimes pause for eksempel. Fordi...når vi endelig får satt oss til pauser for eksempel så er det ofte at noen kommer inn og henter oss. For å få hjelp, da. Men da synes jeg det er vanskelig å si nei, eller nå må du vente. For det går jo utover pasienten igjen.

Flere praktiske arbeidsoppgaver

Som en direkte konsekvens av kutt i lønnsbudsjettene har Nevroklinikken valgt å fjerne postverten på alle avdelinger. Dette er en assistentstilling som tar seg av det praktiske på avdelingen som renhold av pasientrom, kjøkken og matlaging og skylleromsarbeid. Etter at denne forsvant, har disse oppgavene falt på sykepleierne. Det er ikke satt av noe ekstra tid for å gjøre disse oppgavene. Dette har ført til mye frustrasjon i gruppa. Mange føler at de på denne måten ikke får brukt sine kunnskaper som sykepleier fullt ut, og føler seg "degradert" når de i stedet må for eksempel vaske kopper. Flere forteller også at i en travel hverdag er det vanskelig å velge bort pasientrelaterte oppgaver for å gjøre praktiske nødvendigheter.

Det har jo ført til mye frustrasjon i gruppa da, fordi noen føler at de må stå mye på kjøkkenet og at de ikke får brukt sine ressurser. Men når vi ikke har postvert, så blir det jo brukt en av personene som kunne vært i pleien, for vi er avhengige av å ha noen på kjøkkenet, for å få det til å gå rundt.

I tillegg til dette har sykepleierne fått flere ekstraoppgaver. Ofte triller de pasienter på undersøkelser, dette for å spare tid og på grunn av kostnader ved bruk av portør. Sykepleierne forteller at de har innstilt seg på at det er slikt, og prøver å se det positive ved det. En sykepleier forteller at hun bruker den tiden det tar å følge pasienter til å informere pasientene om undersøkelsen og svare på spørsmål. Dette er også et godt eksempel på hvordan sykepleierne gjør flere oppgaver samtidig.

Marginal bemanning

Bemanningen på avdelingene har vært relativt stabil, selv om oppgavene har økt i mengde. Klinikken har ansettelsesstopp, og avdelingene får ikke flere årsverk. Dette fører til en lav grunnbemanning, medfører at en er mer sårbar ved sykefravær. Dette skaper frustrasjon for sykepleierne, siden de da i praksis vil være for få på jobb. Avdelingene begrenser innleie når de kan, men leier inn når bemanningssituasjonen vil gå utover forsvarlig praksis. En sykepleier sier: "men det er jo ikke alltid så lett å få tak i ekstravakter heller...situasjonen kan jo snu seg brått på avdelingen..plutselig skjer det noe, og så er vi for få folk."

På flere avdelinger går de ansatte overtid. Dette er ikke noe som er pålagt, men de gjør det for å få gjort ferdig dagens oppgaver, som for eksempel å dokumentere i pasientens journal.

På en avdeling ble det etter vedtak fra hovedledelsen på St. Olav nedbemannet i to runder. Avgjørelsen ble tatt etter en Risiko og Sårbarhetsanalyse og blir beskrevet av både ansatte og enhetsleder som en ryddig, men svært vanskelig prosess. De ansatte opplever at de fikk god informasjon gjennom prosessen, men at det opplevdes vanskelig å ikke vite utfallet av denne. En informant fortalte at mange var redde for å miste jobben, og at de alle var bekymret for å miste kolleger. De fleste syntes dette var vanskelig å snakke om. I denne perioden fikk arbeidsmiljøet seg en knekk.

Økt fokus på drift

Etter at sykehuset ble en del av et helseforetak har det kommet krav om mer effektiv drift, og større kontroll med budsjettet. Det har skjedd en dreining fra et rent faglig fokus uten tanke for hva behandling koster, til å i større grad ha et økonomisk fokus. Dette merkes også på avdelingsnivå, og sykepleierne opplever at man har fått større økonomisk fokus også i deres arbeidshverdag.

"altså det var en slags ny tenkning som kom, at man var nødt til å tenke på hver enkelt lille ting som vi gjorde på den her enheten koster penger, hvor mye koster det for en pakke hvitost som vi bestiller.. hvor mye koster en pose kaffe, hvor mye koster det oss å sende muskelbiopsinåla til sterilisering..."

Generelt synes sykepleierne at det er på sin plass at man har en strammere økonomi, men at det til tider kan bli en belastning å fokusere for mye på inntjening og logistikk. Spesielt gjelder dette når denne tankegangen settes opp mot det faglige fokuset på pasienten. Et eksempel på dette er ved for tidlig utskriving av pasientene.

Jeg føler at noen gang drar pasientene for tidlig... hadde vi hatt de en dag eller to til så hadde vi rukket å få observert og.. jeg hadde følt meg mye tryggere på at dette går

greit, at de drar videre. Noen ganger så kan jeg si at denne pasienten er tilbake om en ukes tid, og så stemmer det. Fordi at en vet det at det har gått litt fort i svingene. Det synes jeg faktisk er den største belastningen, at vi først og fremst skal tenke logistikk og ikke først og fremst pasienter.

Fysiske reaksjoner

Sykepleierne har ulik grad av fysiske reaksjoner. De fleste forteller at de er slitne etter en arbeidsdag, og at dette kan gå utover fritiden. En informant opplevde ikke fysisk belastning av betydning, og mente at dette hadde med hennes arbeidserfaring å gjøre. Hun forteller at man ved større arbeidserfaring lærer seg å prioritere hvilke arbeidsoppgaver som er viktige, i stedet for å gjøre alle.

Sykepleierne forteller at dagene kan være hektiske, men at dette varierer. På hektiske dager kan det være mye støy i miljøet, som for eksempel telefoner og pasientalarmer. Dette oppleves stressende.

Mestringsstrategier

Sykepleierne forteller at de siste årene har arbeidsoppgavene økt, arbeidsdagene er travle og det er ofte høyt tempo på jobb og lite pauser. Noen av informantene forteller at de kan være svært slitne etter en arbeidsdag. Likevel trives sykepleierne på jobb, og de føler at jobben er meningsfull. Alle informantene synes arbeidsmiljøet er svært bra, og en av sykepleierne mener at dette gjør at de håndterer den travle hverdagen såpass godt.: *"Men jeg tror takket være at vi har et veldig godt arbeidsmiljø, at vi har faktisk et godt samarbeid og at vi har humør og ståpåvilje så klarer vi mye."*

Sykepleierne blir motivert av faglig påfyll, og trekker fram mulighet til å dra på kurs og hospitering som en stor motivasjon i arbeidshverdagen. Avdelingene legger opp til at sykepleierne skal få mulighet til kompetanseheving, selv om dette er en post som blir strøket fra budsjettet hvert år. For sykepleierne er dette en viktig motivasjonsfaktor for å fungere i arbeidssituasjonen.

Jo, jeg setter jo veldig pris på det, i forhold til det at jeg har mulighet til å utvikle meg selv, jeg er veldig avhengig av det for å ha motivasjon i jobben min, at jeg føler at jeg har mulighet til å utvikle meg, så det er veldig bra at du har anledning til det.

6.0 DISKUSJON

Undersøkelsene har vist at sykepleierne på Nevroklinikken opplever at det har blitt større arbeidsmengde og økt tidspress de siste 5 årene. Dette har ført til en større fysisk og mental belastning, som vil ha effekt på smerter i muskelskjelettsystemet. En objektiv gjennomgang av driftstall viser også at opplevelsen av økt arbeidsbelastning er reell. I denne undersøkelsen har man sett på hvilke konsekvenser effektiviseringsprosessen har hatt på sykepleierne. Det er imidlertid viktig å ta med de belastninger og utfordringer en sykepleier har i kraft av sitt yrke, før man ser på hvilke konsekvenser en effektiviseringsprosess har hatt for de ansatte.

Sykepleiere på en sykehusavdeling har i utgangspunktet en krevende arbeidshverdag. De har mange oppgaver, både medisinske og praktiske, og opplever til tider høyt tidspress. Arbeidsmengden og arbeidsoppgavene vil være avhengige av antall pasienter, og deres behov. En sykepleier har liten innvirkning på hvordan arbeidsdagen forløper seg. I følge Karasek's krav-kontroll teori vil en arbeidssituasjon der man har for høye krav, med liten grad av kontroll over arbeidet være en kilde til stress, og være en risikofaktor for stressrelaterte lidelser som hjerte-karsykdommer og muskelskjelettplager. Karasek definerer kontroll som arbeidstakers mulighet til å bestemme hva som skal gjøres og hvordan arbeidet skal gjøres. Selv om sykepleierne ikke har mulighet til å bestemme hva som skal gjøres, kan en tenke seg at gjennom selv å bestemme hvordan arbeidet skal gjøres kan få en opplevelse av kontroll.

Sykepleieryrket er et yrke som krever stor innsats, både fysisk og psykisk. I Siegriest teori om innsats/belønning hevdes det at yrker med misforhold mellom innsats og

belønning er en kilde til stress, og videre en risikofaktor for negative helseeffekter. Belønning defineres som status, penger og økt selvfølelse. Sykepleiere har liten belønning i form av høy lønn eller gode arbeidsbetingelser. Men å være sykepleier kan gi belønning i form av meningsfullt arbeid, sosial status og økt selvfølelse. Dette kan være med på å jevne ut forholdet mellom innsats og belønning, og dertil redusere stress.

Sykepleieryrket er altså et yrke der man i utgangspunktet er utsatt for stressfaktorer. Denne undersøkelsen har sett på hva som skjer dersom belastningen øker ytterligere. Videre vil dette belyses gjennom undersøkelsens 3 formål.

6.1 Effektiviseringsprosessen og konsekvenser av denne

Etter en gjennomgang av sykehusets produksjonstall ser man at antall behandlede pasienter på klinikken har økt med 48,3 % de siste fem årene. I denne tiden har antall årsverk på klinikken vært stabil. Dette viser at arbeidsmengden til sykepleierne har økt i denne perioden. Ansattes opplevelse av økt arbeidsmengde og tidspress virker gjennom dette å være reell. Ved en objektiv gjennomgang av endringene ser man at sykepleierne i tillegg har fått flere praktiske oppgaver i tillegg til medisinsk behandling av pasienter. I spørreundersøkelsene kommer det fram at over halvparten av sykepleierne opplever at det er blitt større arbeidsmengde, høyere stressnivå og økt tidspress. Sett i sammenheng med den objektive gjennomgangen av effektiviseringens konsekvenser, virker denne opplevelsen å være reell.

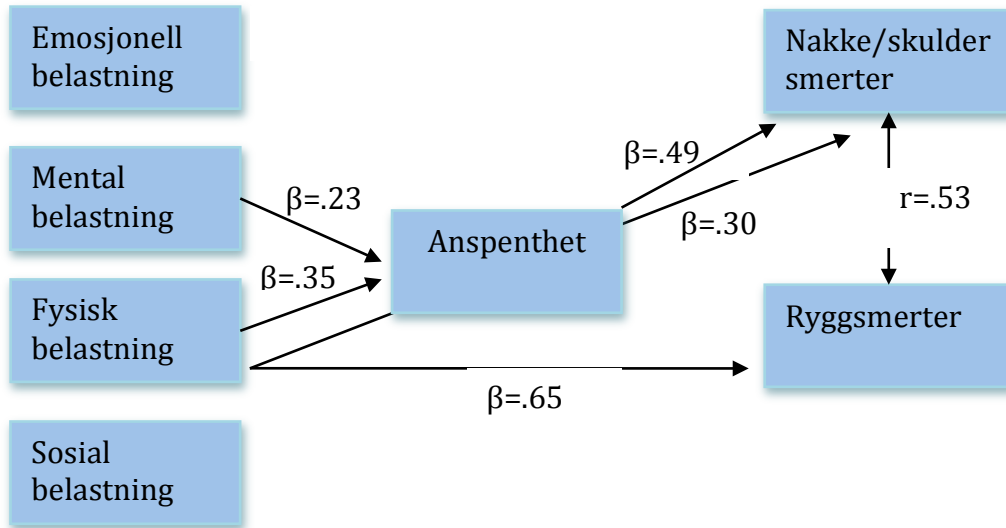
6.2 Helseeffekter

Generelt har sykepleierne på Nevroklinikken et høyt nivå av smerter i både rygg og nakke/skuldre. De har også en høy grad av anspenhet i sin arbeidshverdag. I tillegg til psykososiale plager vil disse helseeffektene videre bli presentert hver for seg.

6.2.1 Anspenhet

Anspenhet viser seg å øke betraktelig ved økt fysisk($\beta=.35$) og mental belastning($\beta=.23$). Dette betyr at sykepleierne vil få økt grad av anspenhet når de får flere arbeidsoppgaver. I korrelasjonsanalysen kommer det fram at anspenhet har sterke sammenhenger med både smerter i rygg og nakke/skulderregionen. En kan derfor stille spørsmål om anspenhet kan være en mellomliggende faktor for å få smerter i muskelskjelettsystemet. Når man er ansent, spenner man ofte musklene i for eksempel nakken, og dette kan føre til smerter i denne regionen.

Videre i den multiple lineære regresjonsanalysen ser man at når man legger til anspenhet får man en bedre forklaringsmodell av belastningenes innvirkning på smerter i rygg og nakke /skuldre. Anspenhet har effekt på nakkesmerter($\beta=.49$), og når denne legges til i analysen reduseres effekten på de andre belastningene. (gjelder også for rygg smerter). Dette styrker hypotesen om anspenhet som en mellomliggende faktor, og ut fra dette lages følgende forklaringsmodell:



Som det framgår av denne modellen, har fysisk belastning også en direkte effekt på både nakke/skuldersmerter ($\beta=.30$) og rygg smerter ($\beta=.65$). I analysen har ikke anspenhet en signifikant effekt på rygg smerter, men disse har en samvariasjon med nakkesmerter($r=.53$), og en kan derfor anta at rygg smerter også har en

sammenheng med ansenhet, selv om den direkte effekten ikke kommer fram i denne analysen.

6.2.2 Smerter i nakke og skuldre

De ansatte på Nevroklinikken opplever ulike grader av smerter i muskelskjelettsystemet. Mest uttalt er smerter i nakke/skulderregionen, hvor 27 % oppgir at de har hatt mye smerter de siste 6 måneder. En videre analyse av sammenhenger i datamaterialet viser at fysiske ($r= .58$) og mentale belastninger ($r=.38$) har stor innvirkning på om man får smerter i dette området. Mest uttalt er fysiske belastninger, som har en direkte effekt på nakkesmerter ($\beta=.30$). Undersøkelsene viser at sykepleierne på Nevroklinikken har fått økt arbeidsmengde de siste årene, både med flere pasienter og flere praktiske oppgaver. Denne økte fysiske belastningen vil igjen gi økte smerter i området, og øker risikoen for plager i muskelskjelettsystemet og kan på sikt gi sykefravær.

6.2.3 Smerter i lav rygg

I likhet med nakkesmerter har også rygg smerter sterke sammenhenger med både fysisk og mental belastning. For disse smertene påvirker den fysiske belastningen mest. I regresjonsanalysen ser man at denne effekten er stor når det gjelder rygg smerter ($\beta= .65$). Dette betyr at når sykepleierne får større arbeidsmengde (større fysisk belastning) , øker rygg smertene i nesten like stor grad.

Undersøkelsen viser at den fysiske belastningen og tidspress har økt over tid. Disse to faktorene har igjen både en sterk sammenheng med smerter i muskelskjelettsystemet, og har en sterk effekt på disse. Det er derfor mulig å anta at smerter i muskelskjelettsystemet hos sykepleierne har økt også i denne perioden.

Forskning viser at den største delen av langtidsfravær kommer av smerter i muskelskjelettsystemet, og det er mulig at disse funnene kan forklare det høye sykefraværet på klinikken. Imidlertid har sykefraværet vært stabilt de siste fem årene, og dersom sykefraværet hadde vært en direkte effekt av effektiviseringsprosessen, skulle sykefraværet ha steget i takt med økt drift. Det har

det imidlertid ikke, men denne undersøkelsen viser at det er økt forekomst av disse smertene. En kan tenke seg at det vil være forskjell på debut av smerter og til de utvikler seg til plager som kan medføre sykefravær. Denne typen plager utvikler seg over tid, og mulig vil vedvarende belastninger føre til større grad av plager. St. Olavs Hospital planlegger å videreføre effektiviseringen de nærmeste årene, og dette vil medføre ytterligere større belastning for de ansatte. Denne undersøkelsen viser at effektivisering vil medføre en økt risiko for plager i muskelskjelettsystemet, og bekrefter med dette tidligere utførte studier i andre land.

6.2.4 Psykososiale plager

Forskning viser at psykososiale plager og smerter i muskelskjelettsystemet har likt symptombylde. De har også flere av de samme risikofaktorene; stress, tidspress, arbeidsmengde og jobbkrev. Disse faktorene har økt på Nevroklinikken de siste årene. Gjennom spørreundersøkelse og intervju har man forsøkt å finne ut om sykepleierne opplever slike plager. Det er imidlertid en utfordring å skille disse plagene med tanke på kompleksiteten i situasjonen, og likheten mellom disse plagene. Dersom man ser på faktorer som arbeidsmiljø, motivasjon, jobbtildfredshet, emosjonelle belastninger og sosiale belastninger vil man kunne si noe om sykepleiernes opplevelse av det psykososiale miljøet på Nevroklinikken.

Undersøkelsene viser at av de ansatte opplever hele 87 % lite/middels emosjonell belastning i arbeidshverdagen. De opplever heller ikke sosial belastning av betydning i forhold til ledere og kolleger. Analysen viser også at disse belastningene ikke har noen sammenheng med smerter i muskelskjelettsystemet eller anspenthet.

Både i spørreundersøkelsen og intervjuene kommer det fram at de ansatte opplever et godt sosialt arbeidsmiljø. To av informantene mener også at dette gjør at de klarer de høye belastningene arbeidet medfører. I Bakker's JD-R modell er godt arbeidsmiljø og god sosial støtte fra ansatte en viktig ressurs som påvirker motivasjonen positivt. Denne virker som en buffer for de belastningene en blir utsatt for i arbeidslivet. Videre sier Bakker at i et arbeidsmiljø med stor emosjonell

belastning blir sosial støtte ekstra viktig, og et mer synlig element i arbeidsmiljøet. Dette understøtter funnene i undersøkelsene på Nevroklinikken, der de ansatte opplever et godt arbeidsmiljø og god sosial støtte fra kolleger.

Sykepleierne oppgir at de opplever arbeidet som meningsfullt, og at dette motiverer dem til å gjøre en god jobb. Undersøkelsene viser at sykepleierne er engasjerte i fagområdet sitt, og setter utøvelsen av yrket foran sine egne behov. De oppgir også at effektiviseringen har ført til mer fornøyde pasienter, og at dette motiverer dem i arbeidshverdagen. Dette gir dem en "drive" til å stå på, og de opplever at de får tilbake det de gir. Det føles ikke som et misforhold mellom innsats og det de "får tilbake", flesteparten opplever at de gjør en betydningsfull og god jobb. I følge Siegrist effort reward modell oppstår stress når det er et misforhold mellom innsats og belønning. Det å delta i arbeidslivet har positive effekter på en persons selvfølelse, selvhevdelse og sosiale ferdigheter. Statusen i arbeidslivet gir muligheter for å yte noe meningsfullt, bli ansett og være en del av en gruppe. Dette kan forklare hvorfor sykepleierne ikke opplever arbeidet som emosjonelt stressende. Belønning i dette tilfellet er å gjøre noe meningsfullt for en svakere tredjepart – pasienten. Denne modellen forklarer også hvordan et godt arbeidsmiljø kan fungere som belønning for innsats i arbeidshverdagen.

Undersøkelsene viser at det er et godt sosialt arbeidsmiljø på Nevroklinikken, og at de ansatte ikke opplever de emosjonelle belastningene som u håndterbare.

Undersøkelsene kan ikke bekrefte at psykososiale plager er tilstede hos de ansatte, men at risikofaktorene for dette er til stede i arbeidshverdagen. De viser også viktigheten av sosial støtte for å unngå dette.

6.3 Opplevelse av effektiviseringsprosess og egen arbeidssituasjon

Til nå har man sett objektivt på hvilke konsekvenser effektiviseringen har hatt på de ansatte. Men hvordan oppleves det å være sykepleier på en avdeling med fokus på effektiv drift? Videre vil man se på hvordan ledere og ansatte opplever prosessen og hvilken betydning dette har for deres arbeidssituasjon.

6.3.1 Prosessen

Gjennom dybdeintervjuene kommer det fram at både ledere og ansatte opplever prosessen som belastende. Dette bekrefter resultatene fra tidligere utførte studier. Alle de ansatte har aksept for at denne kommer hvert år, men opplever at man ikke har så stor innvirkning på denne. Ledere har skullet ønske at man fikk bedre tid på denne, slik at man får mulighet til å kommet med bedre løsninger. Hvis man ser på dette gjennom Karasek's teori er dette en prosess hvor man får stilt høye krav, men lite mulighet til kontroll. Dette blir derfor en kilde til stress for de ansatte. Dersom prosessen hadde tatt lengre tid, og flere hadde fått medvirkning på beslutningene, hadde dette ført til høyere grad av kontroll, og potensielt større mestringsfølelse hos de ansatte. Det kommer fram i undersøkelsen at sykepleierne ønsker seg større grad av medvirkning, og få være med og komme med løsninger. På to avdelinger har lederne større mulighet til å ta de ansatte med på råd, og der oppleves prosessen mindre stressende.

6.3.2 Egen arbeidssituasjon

Gjennom dybdeintervjuene kommer det fram at sykepleierne generelt opplever at det er økt arbeidsmengde, og større tidspress. Imidlertid er det ulik opplevelse av hvordan man mestrer dette. Sykepleierne med lang arbeidserfaring mener at de har gjennom denne erfaringen større muligheter til å finne alternative arbeidsmetoder for å kompensere for belastningen. De opplever også at de er flinkere til å prioritere arbeidsoppgavene, i motsetning til yngre sykepleiere som opplever at alle arbeidsoppgavene er like viktige.

Dette understøttes også i den kvantitative undersøkelsen, der de ansatte opplever ulik grad av anspenhet og stress i arbeidshverdagen. Dette kan også være et resultat av ulike arbeidsoppgaver på de forskjellige avdelingene, for eksempel forholder sykepleierne på operasjonsavdelingen seg om en pasient om gangen, mens sykepleierne på sengepostene og poliklinikken har flere pasienter samtidig.

En annen forklaring i opplevd stress er de individuelle måtene sykepleierne mestrer dette på. Lazarus mener at stress ikke bare er påført av eksterne faktorer, men at de også interagerer med individets mestringsevne. Som personer har vi ulike mestringsevner, og videre kan en tenke seg at som sykepleier har man også ulik mestring med tanke på kompetanse og erfaring.

Alle informantene opplevde at fagutvikling, og mulighet for å dra på kurs var svært motiverende. Det ga dem en ekstra "drive" i den daglige arbeidshverdagen, og fagutvikling ble sett på som viktig for både ansatte og ledere. I Bakkers JD – R modell er fagutvikling en ressurs som fungerer som en buffer for de belastningene en blir utsatt for i arbeidslivet. Dersom de ansatte ikke har noe mulighet for fagutvikling, kan en tenke seg at belastningene vil oppleves større. På St. Olav stryker hovedledelsen posten for kompetanseutvikling på budsjettet hvert år, til stor frustrasjon for enhetslederne.

I undersøkelsene kommer det fram at de ansatte opplever fokuset på drift framfor fag som belastende. En av informantene syntes at det var demotiverende for henne som yrkesutøver. Gjennom analyser av datamaterialet kommer det fram en diskrepans mellom ansatte og lederes opplevelse av om effektiviseringen fører til at den faglige forsvarligheten reduseres. De ansatte stiller spørsmålstegn ved om praksis alltid er forsvarlig, mens lederne føler seg sikre på at dette er godt ivaretatt. Dette kan forklares ved at sykepleierne har større nærhet til pasientene, og opplever de direkte konsekvensene på en praktisk måte gjennom arbeidshverdagen. Men diskrepansen kan også komme av en forskjellig forståelse av begrepet faglig forsvarlighet. Sykepleierne kan legge optimal behandling og pleie til grunn, mens ledere virker å vurdere faglig forsvarlighet som pasientsikkerhet og uønskede hendelser (som for eksempel feilmedisinering).

6.4 Praktiske forslag til forbedringer av effektiviseringsprosessen

Undersøkelsene viser at deler av effektiviseringsprosessen har hatt positive innvirkninger på sykepleiernes hverdag. De opplever at en gjennomgang av

avdelingenes logistikk og økt fokus på pasientforløp har ført til bedre rutiner på avdelingene og bedre samarbeid mellom de ulike avdelingen. De opplever også at pasientene i større grad er fornøyde med behandlingen, og at dette er en motivasjon i arbeidshverdagen.

Undersøkelsene har også vist at effektiviseringsprosessen har hatt innvirkning på arbeidshverdagen til sykepleierne som kan gi negative helseeffekter, og har vist til hva som kan redusere risikofaktorene for disse. I dette avsnittet ønsker man å komme med praktiske løsninger på hvordan effektiviseringsprosessen kan gjennomføres på en bedre måte ut fra resultatene i undersøkelsen.

Undersøkelsene viser at effektiviseringsprosessen er en prosess som går fra hovedledelsen og ned, med lite kommunikasjonsveier oppover i systemet. Informasjon går fra et ledd til et annet, og et mulig tiltak kan være at sykepleierne i større grad får informasjon fra både klinikkleidelsen og hovedledelsen. I undersøkelsene kommer det fram at sykepleierne er usikre på hvor mye de får vite om både beslutninger og planer for avdelingen, og direkte informasjon har kunnet bedret dette.

Sykepleierne på avdelingene opplever liten grad av medvirkning, og har ingen mulighet til å meddele hvordan arbeidshverdagen i realiteten er. Det er derfor viktig at man på ledernivå er bevisst på at belastningen på de ansatte er høy, og at det fremmes kompensierende tiltak i dialog med de ansatte. I tillegg kan det etableres faggrupper på avdelingsnivå, der en sammen kommer fram til beste praksis.

Undersøkelsene viser også at sykepleierne i tillegg til økte medisinske oppgaver med flere pasienter også har flere praktiske oppgaver. Å fjerne støttefunksjonen med kjøkkenassistent har ført til mye frustrasjon og en opplevelse av å ikke bli verdsatt. Det gjør også at det hver dag er et lavere antall personer til å pleie pasientene. Gjennom en kost – nytte analyse vil man kunne se om innsparingen ved å fjerne kjøkkenassistenten er reell.

Undersøkelsene viser at fagutvikling fungerer som en buffer for de økte fysiske og mentale belastningene, og er en viktig faktor for mestring av arbeidssituasjonen. Det er derfor viktig at fagutvikling prioriteres for de ansatte.

Til slutt må det nevnes at til tross for økte belastninger opplever de ansatte et godt sosialt arbeidsmiljø. Dette fungerer også som en buffer for belastninger, og det er viktig at klinikken har fokus på arbeidsmiljøstøttende tiltak i tiden framover.

6.5 Metodevurdering

Kartleggingen av effektiviseringsprosessen ble utført gjennom organisasjonens driftstall, i tillegg til intervju av ansatte og ledere. Det finnes ikke protokoll på gjennomføringen av prosessen på Nevroklinikken, og dette hadde vært optimalt for å sikre validiteten på funnene i undersøkelsen. Beskrivelsen av prosessen er et resultat av intervju med ansatte på flere organisatoriske nivå, og virker å være sannferdig.

En svakhet i studien er at de kvantitative analysene bygger på datamateriale fra et relativt lite utvalg. Dette gjør at resultatene kan være mindre pålitelige og ha en lav overførbarhet. Men undersøkelsene er utført slik at de kan sammenlignes med andre utførte studier, og på denne måten sikres resultatenes relevans. Det er også viktig å påpeke at utvalget i spørreundersøkelsen består i hovedsak av yngre sykepleiere. Dette vil medføre at man vil få et skjevt positivt bilde av situasjonen. Det er de friskeste og mest ressurssterke som har tatt seg tid i arbeidsdagen til å svare. I tillegg er ikke de langtidssykemeldte inkludert i studien. Det er derfor en mulighet til at datamaterialet har vist større tendenser til smerter i muskelskjelettsystemet om utvalget hadde fordelt seg annerledes. Lite respondenter fra en av avdelingene gjorde at man ikke kunne sette avdelingene opp mot hverandre for å se på likheter og diskrepans mellom disse. Dette er en mulighet for videre forskning, gjennom å se på hvorfor noen avdelinger fungerer bedre enn andre.

I de kvantitative undersøkelsene ble det ikke kartlagt grad av fysisk aktivitet hos de ansatte. Fysisk aktivitet har effekt på muskelskjelettplager, og har kunnet hatt betydning på datamaterialet.

Alle de kvalitative dybdeintervjuene ble gjennomført av en person. Dette styrker undersøkelsene, ved at intervjuene ble utført på like premisser. Denne har også arbeidserfaring fra klinikken. Dette styrker undersøkelsen gjennom at man har hatt en solid feltkunnskap ved utformingen av undersøkelsene og intervjuene. I intervjusituasjonen var dette en styrke fordi man har en grunnleggende forståelse for klinikken som organisasjon og fagterminologien. En slik erfaring fra klinikken kan vanskeliggjøre objektivitet, og det ble lagt vekt på å kartlegge forforståelsen av temaet, samt å holde et objektivt fokus gjennom hele undersøkelsen. Gjennom analysene ble forståelsen av datamaterialet kvalitetssikret opp mot veiledere.

De kvalitative analysene ble utført av en forsker. Dette kan ha betydning for resultatenes pålitelighet. For å unngå dette, ble analysene kvalitetssikret både opp mot de kvantitative analysene og mot veileder. I tillegg fikk intervjuobjektene tilsendt en oversikt over funn gjennom et tankekart (vedlegg 4), og bedt om å se over at disse var både relevante og dekkende for temaet. Etter hvert som de kvalitative intervjuene ble gjennomført så man at materialet fikk en teoretisk metning, gjennom en gjentagende beskrivelser av opplevelser – uansett alder. Intervjuobjektene ga mye av samme informasjon, og de utfylte hverandre. Dette viser at antall personer som ble intervjuet var tilstrekkelig.

7.0 KONKLUSJON

Undersøkelsene bekrefter tidligere utførte studier i andre land, som viser at ansatte får økt arbeidsmengde og større grad av belastning som følge av effektivisering. De økte belastningene fører igjen til økt grad av smerteproblematikk i

muskelskjelettsystemet. Denne undersøkelsen har i større grad gått i dybden av problematikken, og sett på hvordan de ansatte opplever prosessen og konsekvensene av denne. Gjennom dette har man forsøkt å finne forslag til hvordan effektivisering kan gjennomføres på en bedre måte, og slik tilføre noe nytt til forskningen på området.

Videre hadde det vært interessant å se på hvordan det går med sykepleierne i denne undersøkelsen, og forslag til videre undersøkelser kan være en oppfølgingsstudie som ser på om tendensene utvikler seg i takt med ytterligere effektivisering på sykehuset.

REFERANSELISTE

- AFA report (2009). Allvarliga Arbetsskador och Långvarig Sjukfrånvaro 2009.
available from Afa försäkring, Stockholm. www.afaforsakring.se
- Aiken, L. H., S. P. Clarke, et al. (2002). "Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction." JAMA **288**(16): 1987-1993.
- Armstrong-Stassen, M. (2004). "The influence of prior commitment on the reactions of layoff survivors to organizational downsizing." J Occup Health Psychol **9**(1): 46-60.
- Bakker, A., Demerouti, E. (2007). "The job demands-resources model: State of the art." J Managerial Psychol **22**(3), 309-328
- Blythe, J., A. Baumann, et al. (2001). "Nurses' experiences of restructuring in three Ontario hospitals." J Nurs Scholarsh **33**(1): 61-68.
- Bongers, P. M., C. R. de Winter, et al. (1993). "Psychosocial factors at work and musculoskeletal disease." Scand J Work Environ Health **19**(5): 297-312.
- Bongers, P. M., S. Ijmker, et al. (2006). "Epidemiology of work related neck and upper limb problems: psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II)." J Occup Rehabil **16**(3): 279-302.
- Bourbonnais, R., C. Brisson, et al. (2005). "Health care restructuring, work environment, and health of nurses." Am J Ind Med **47**(1): 54-64.
- Burton, A. K., F. Balague, et al. (2006). "Chapter 2. European guidelines for prevention in low back pain : November 2004." Eur Spine J **15 Suppl 2**: S136-168.
- Corey-Lisle, P., A. J. Tarzian, et al. (1999). "Healthcare reform. Its effects on nurses." J Nurs Adm **29**(3): 30-37.
- Cummings, G., L. Hayduk, et al. (2005). "Mitigating the impact of hospital restructuring on nurses: the responsibility of emotionally intelligent leadership." Nurs Res **54**(1): 2-12.

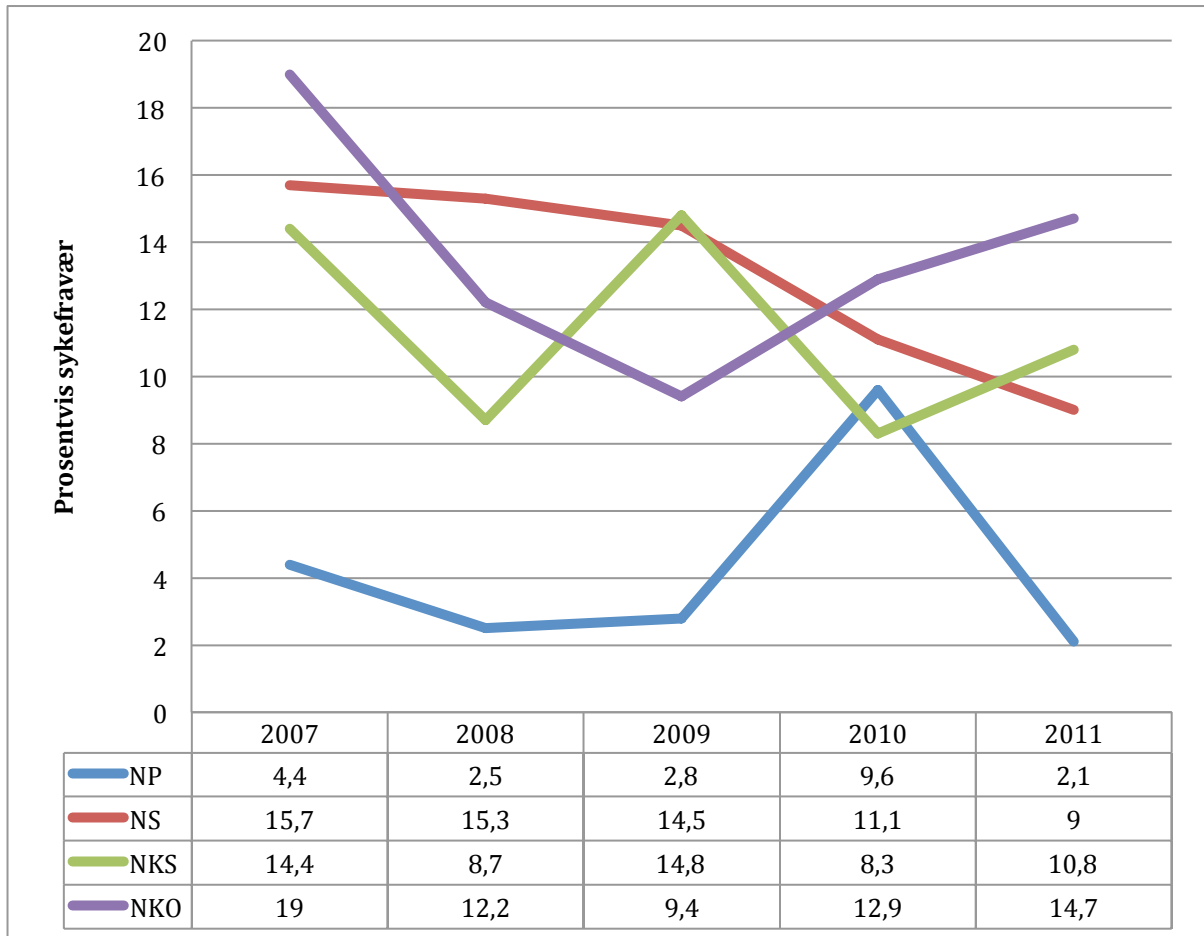
- Dallner, M., et al. (2000). "Validation of the General Nordic Questionnaire (QPS Nordic) for psychosocial and social factors at work." Nordic Council of Ministers, Copenhagen. Nord 2000:12
- de Jonge, J., M. J. Mulder, et al. (1999). "The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model: effects on health care professionals." Soc Sci Med **48**(9): 1149-1160.
- Driessen, M. T., K. I. Proper, et al. (2010). "The effectiveness of physical and organisational ergonomic interventions on low back pain and neck pain: a systematic review." Occup Environ Med **67**(4): 277-285.
- Eller, N. H., B. Netterstrom, et al. (2009). "Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review." Cardiol Rev **17**(2): 83-97.
- Faragher, E. B., M. Cass, et al. (2005). "The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis." Occup Environ Med **62**(2): 105-112.
- Field, A. (2009). "Discovering Statistics using SPSS." Third Edition. Sage, London.
- Gandi, J. C., P. S. Wai, et al. (2011). "The role of stress and level of burnout in job performance among nurses." Ment Health Fam Med **8**(3): 181-194.
- Halbesleben, J. R. (2006). "Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model." J Appl Psychol **91**(5): 1134-1145.
- Hales, T. R. and B. P. Bernard (1996). "Epidemiology of work-related musculoskeletal disorders." Orthop Clin North Am **27**(4): 679-709.
- Harkness, E. F., G. J. Macfarlane, et al. (2003). "Risk factors for new-onset low back pain amongst cohorts of newly employed workers." Rheumatology (Oxford) **42**(8): 959-968.
- Hertting, A., K. Nilsson, et al. (2005). "Assistant nurses in the Swedish healthcare sector during the 1990s: a hard-hit occupational group with a tough job." Scand J Public Health **33**(2): 107-113.
- Hoogendoorn, W. E., M. N. van Poppel, et al. (1999). "Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain." Scand J Work Environ Health **25**(5): 387-403.

- Johnson, C. J., E. Croghan, et al. (2003). "The problem and management of sickness absence in the NHS: considerations for nurse managers." J Nurs Manag **11**(5): 336-342.
- Jones, E. A., J. McBeth, et al. (2009). "What characterizes persons who do not report musculoskeletal pain? Results from a 4-year Population-based longitudinal study (the Epifund study)." J Rheumatol **36**(5): 1071-1077.
- Karasek, R (1979). "Job Demands, Job Decision Latitude, and Mental Strain: Implications for Job Redesign" Administrative Science Quarterly **24** (2): 285-308
- Karasek, R., D. Baker, et al. (1981). "Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men." Am J Public Health **71**(7): 694-705.
- Karasek, R. (1998). "Demand/control Model: a social, emotional, and psychological approach to stress, risk and active behaviour development", in Stellman, J (Ed): Encyclopedia of Occupational Health and Safety. ILO, Geneva.
- Kivimaki, M., J. Vahtera, et al. (2003). "Human costs of organizational downsizing: comparing health trends between leavers and stayers." Am J Community Psychol **32**(1-2): 57-67.
- Kivimaki, M., J. Vahtera, et al. (2001). "Organisational downsizing and musculoskeletal problems in employees: a prospective study." Occup Environ Med **58**(12): 811-817.
- Kvale, S. (1996). "Interviews: An introduction to qualitative research interviewing. Sage, London.
- Lang, J., E. Ochsmann, et al. (2012). "Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies." Soc Sci Med **75**(7): 1163-1174.
- Lazarus, R. S. (1985). "The psychology of stress and coping." Issues Ment Health Nurs **7**(1-4): 399-418.
- Linton, S. J. (2001). "Occupational psychological factors increase the risk for back pain: a systematic review." J Occup Rehabil **11**(1): 53-66.

- Macfarlane, G. J., I. M. Hunt, et al. (2000). "Role of mechanical and psychosocial factors in the onset of forearm pain: prospective population based study." BMJ **321**(7262): 676-679.
- Malterud, K. (1993). "Shared understanding of the qualitative research process. Guidelines for the medical researcher." Fam Pract **10**(2): 201-206.
- Malterud, K. (2001). "Qualitative research: standards, challenges, and guidelines." Lancet **358**(9280): 483-488.
- McVicar, A. (2003). "Workplace stress in nursing: a literature review." J Adv Nurs **44**(6): 633-642.
- Nahit, E. S., I. M. Hunt, et al. (2003). "Effects of psychosocial and individual psychological factors on the onset of musculoskeletal pain: common and site-specific effects." Ann Rheum Dis **62**(8): 755-760.
- Ostergren, P. O., B. S. Hanson, et al. (2005). "Incidence of shoulder and neck pain in a working population: effect modification between mechanical and psychosocial exposures at work? Results from a one year follow up of the Malmo shoulder and neck study cohort." J Epidemiol Community Health **59**(9): 721-728.
- Palmer, K. T., I. Reading, et al. (2008). "Population-based cohort study of incident and persistent arm pain: role of mental health, self-rated health and health beliefs." Pain **136**(1-2): 30-37.
- Portney, L., Watkins, M.P (2009). "Foundations of Clinical Research. Applications to Practice. Third Edition. Pearson Education International. New Jersey. p.539.
- Schulz, M., A. Damkroger, et al. (2009). "Effort-reward imbalance and burnout among German nurses in medical compared with psychiatric hospital settings." J Psychiatr Ment Health Nurs **16**(3): 225-233.
- Siegrist, J. (1996). "Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions." J Occup Health Psychol **1**(1): 27-41.
- Soklaridis, S., C. Ammendolia, et al. (2010). "Looking upstream to understand low back pain and return to work: psychosocial factors as the product of system issues." Soc Sci Med **71**(9): 1557-1566.

- Statens Arbeidsmiljøinstitutt (2011). Faktabok om arbeidsmiljø og helse 2010. Status og utviklingstrekk. Oslo. Available at www.stami.no/noa
- Vahtera, J., M. Kivimaki, et al. (2004). "Organisational downsizing, sickness absence, and mortality: 10-town prospective cohort study." BMJ **328**(7439): 555.
- van Poppel, M. N., B. W. Koes, et al. (1998). "Risk factors for back pain incidence in industry: a prospective study." Pain **77**(1): 81-86.
- Westgaard, R. H. and J. Winkel (2011). "Occupational musculoskeletal and mental health: Significance of rationalization and opportunities to create sustainable production systems - A systematic review." Appl Ergon **42**(2): 261-296.
- Xu, W., Y. Zhao, et al. (2010). "The association between effort-reward imbalance and coronary atherosclerosis in a Chinese sample." Am J Ind Med **53**(7): 655-661.

VEDLEGG 1 – Sykefravær Nevrolinikken



NP = Nevrologisk Poliklinikk, NS = Nevrologisk Sengepost, NKS = Nevrokirurgisk sengepost, NKO = Nevrokirurgisk Sengepost

VEDLEGG 2 - Intervjuguider

INTERVJUGUIDE ANSATTE

Introduksjon:

Presentasjon, hensikt med prosjektet.

Informasjon om anonymisering og konfidensialitet.

Bruk av båndopptaker.

1. Bakgrunnsinformasjon om informanten

- Stilling
- Ansiennitet

2. De siste årene har det vært ulike innsparingstiltak og endringer på din avdeling. Kan du forklare hva disse går ut på?

3. Hvordan har dere ansatte fått informasjon om endringene?

- tidspunkt
- før eller etter vedtatt endring
- mulighet å komme med innspill

3. Hvilke konsekvenser har dette hatt for din arbeidshverdag?

- travelhet
- fysisk (tunge løft)
- fagutvikling
- arbeidsmiljø
- overtid
- merarbeid
- positive endringer

4. Hvordan er arbeidssituasjonen din nå, sammenlignet med tidligere?

- tidspress
- arbeidsmengde
- arbeidsmiljø
- etterutdanning/kursmuligheter

5. Hvordan er kommunikasjonen mellom de ansatte og nærmeste leder?

- "åpen dør"
- Avdelingsmøter
- Åpent miljø for å komme med tilbakemelding
- Forståelse av hvordan dere jobber

6. Hva har du kunnet tenkt deg hadde vært gjort annerledes?

7. Er det noe du ønsker å tilføye?

INTERVJUGUIDE ENHETSLEDERE

Introduksjon:

Presentasjon, hensikt med prosjektet.

Informasjon om anonymisering og konfidensialitet.

Bruk av båndopptaker.

1. Bakgrunnsinformasjon om informanten

- Stilling
- Ansiennitet
- Hvor lenge i nåværende stilling?

2. De siste årene har det vært årlige endringer på din avdeling. Kan du beskrive disse?

- Nedbemanning?
- Effektivisering av pasientforløp?
- Logistikktiltak?

3. Hvordan har denne prosessen foregått?

- Hvem bestemmer tiltak?
- Kommunikasjonsveier?
- Informasjonsflyt?

4. På hvilken måte har disse endringene ført til konsekvenser for de ansattes arbeidssituasjon?

- Hvilke positive effekter?
- Hvilke negative effekter?
- Overtid
- Merarbeid

5. Hvordan er situasjonen på din avdeling i dag?

- Ansatte
- Sykefravær
- Arbeidsmiljø
- Inntjening

6. Hvilke reaksjoner har du fått fra ansatte?

- Tilbakemeldinger
- Endring i arbeidsmiljø?

7. Hva tenker du er viktige faktorer for å få en slik prosess til å fungere godt?

- Medvirkning
- Informasjon
- Hvor fort prosessen går?

8. Hva opplever du har fungert på din avdeling? Har det kommet noe positivt ut av endringene?

- hvilke tiltak har dere iverksatt? Mtp arbeidsmiljø, fagutvikling etc.

9. Hvordan opplever du selv denne effektiviseringsprosessen for avdelingen, de ansatte og deg selv?

10. Hvordan opplever du jobben din som enhetsleder i en slik prosess?

- Krysspress-situasjoner

- Kan du "stoppe" prosessen – si at nok er nok?

- Ivaretagelse av de ansatte?

11. Hvilke konsekvenser / potensiale ser du hvis prosessen fortsetter?

12. Er det noe du ønsker å tilføye?

Takk for intervjuet!

INTERVJUGUIDE KLINIKKSJEF

Introduksjon:

Presentasjon, hensikt med prosjektet.

Informasjon om anonymisering og konfidensialitet.

Bruk av båndopptaker.

1. Bakgrunnsinformasjon om informanten

- Stilling

- Ansiennitet

- Hvor lenge i nåværende stilling

2. Klinikken har gått igjennom årlige endringer de siste årene, i forbindelse med budsjettet. Kan du beskrive denne prosessen?

- krav fra ledelsen

- beslutningsveier

- kommunikasjon med enhetsledere

- kommunikasjon med øvrige ansatte

3. Hvordan synes du denne prosessen har fungert?

- Vil du anse at endringene har vært vellykket?

- Vil du anse at prosessen har vært vellykket?

- klinikkenes medbestemmelse

- for store krav?

4. Kan du beskrive hvilke endringer dere har gjort på Nevroklubnikken?
- hvem bestemmer
 - avdelingenes medbestemmelse
 - en enkel eller en umulig oppgave?
5. Hvilke tiltak har hatt mest effekt – positivt eller negativt?
- nedbemanning
 - ansettelsesstopp
 - fast-track
6. Hvilke konsekvenser tror du disse endringene har hatt for ansatte på avdelingene?
7. Hvordan oppleves det å være leder i en slik prosess ?
- Hva er utfordrende
 - Hva er givende
 - reaksjoner fra ansatte
 - vanskelige valg
 - krysspress-situasjoner
8. Er det noe du ønsker å tilføye?

Takk for intervjuet!

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Helseeffekter av rasjonaliseringsprosesser på sykehus”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å undersøke om effektiviserings- og rasjonaliseringstiltak på sykehus fører til helseplager for de ansatte. Det er videre ønskelig å se på hvordan prosessen har foregått, og avdekke faktorer på flere organisatoriske nivå som gjør at denne kan gjennomføres med et godt resultat. Målet med studien er å avdekke og forstå mekanismene som gir dårlig helse og arbeidsmiljø i en endringsprosess på sykehus.

Hva innebærer studien?

Studien vil undersøke hvordan denne prosessen har vært på Nevroklinikken, St. Olavs Hospital. Fire avdelinger vil delta: Nevrologisk Sengepost, Nevrokirurgisk Sengepost, Nevrokirurgisk Operasjonsavdeling og Nevrologisk Poliklinikk. Studien vil ha bestå av to deler. I første del vil de ansatte på avdelingene bli bedt om å fylle ut et spørreskjema som omhandler belastning i jobben (fysisk, psykisk og emosjonell), medvirkning, forhold til leder og endring i jobbsituasjonen. I del to vil det bli foretatt dybdeintervju med enhetsledere, ansatte representanter og klinikkjefen for å se på prosessen fra ulike organisatoriske nivå. Intervjuet vil bli utført av masterstudent, og vare i ca. 1 time. Datamaterialet fra disse intervjuene vil bli transkribert og analysert.

Mulige fordeler og ulemper

Gjennom å delta på dette studiet, vil du være med på å belyse et aktuelt tema på egen arbeidsplass. Kunnskap om effektiviseringsprosesser vil være et nyttig verktøy for å gjennomføre disse med et godt resultat med tanke på de ansatte.

Å delta på denne studien vil kreve tid av arbeidsdagen din, en time er satt av til intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene og prøvene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Lydfiler og utskrift av intervju vil bli slettet med en gang masteroppgaven er ferdig.

Ved en eventuell publisering av studien søkes det så langt mulig å publisere resultatene slik at ikke identiteten din kommer frem.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte Hanne Gellein, telefon 922 30 501

Informasjon om utfallet av studien

Som deltager i studien har du rett til å få informasjon om resultatet av denne.

Samtykke til deltakelse i studien

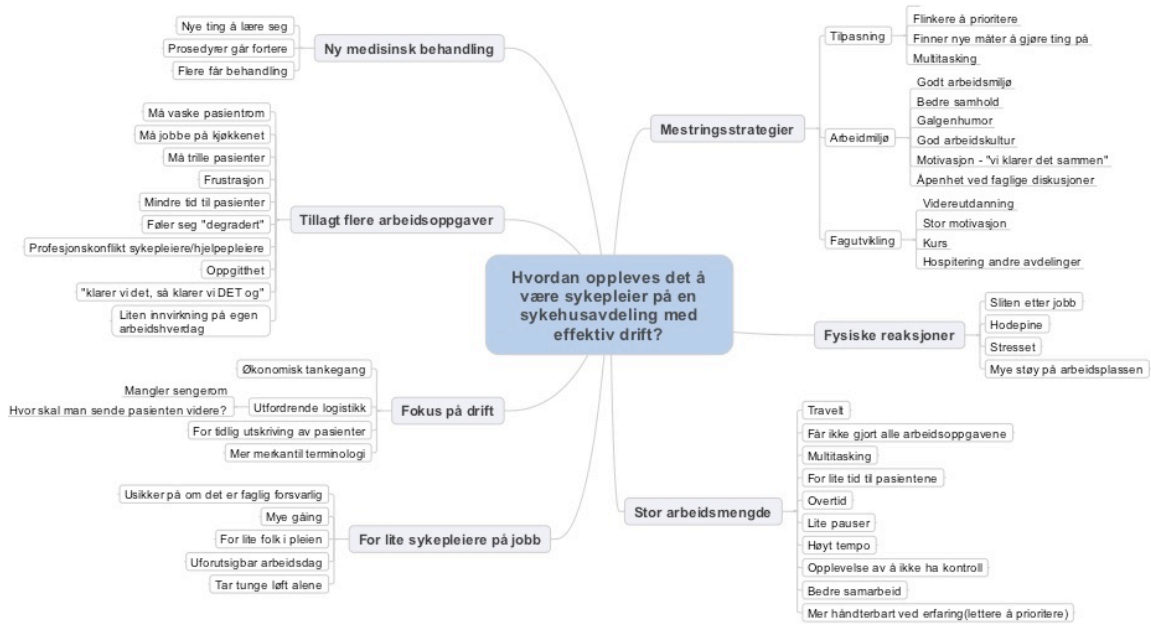
Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

VEDLEGG 4 – Framstilling av emner fra kvalitative intervju med ansatte



Helseeffekter av rasjonaliseringsprosesser på sykehus

Page 1

1. Nedenfor følger noen spørsmål om hvordan du opplever dine arbeidsforhold nå for tiden. Kryss av for det svaralternativet som passer best for deg.

HVOR OFTE....

	Meget sjelden/aldri	Nokså sjelden	Av og til	Nokså ofte	Meget ofte/alltid
Er det nødvendig å arbeide i et høyt tempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du for mye å gjøre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplever du arbeidet ditt som utfordrende på en positiv måte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ser du på arbeidet ditt som meningsfullt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er det fastsatt klare mål for din jobb?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vet du hva som er ditt ansvarsområde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vet du nøyaktig hva som forventes av deg i jobben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Må du gjøre ting som du egentlig mener burde vært gjort annerledes?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du selv velge fremgangsmåte for utførelsen av arbeidet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du påvirke mengden av arbeid som blir tildelt deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du bestemme arbeidstempo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du ta deg pauser ved behov?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du selv velge hvem du skal samarbeide med?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kan du påvirke beslutninger som er viktige for arbeidet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med kvaliteten på det arbeidet du utfører?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er du fornøyd med mengden arbeid du får gjort?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Har du dårlig samvittighet for at du ikke får gjort nok i arbeidet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppmuntrer din nærmeste leder deg til å si fra om du har en annen mening?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hjelper din nærmeste leder deg til å utvikle dine ferdigheter?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fordeler din nærmeste leder arbeidsoppgaver rettferdig og upartisk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandler din nærmeste leder de ansatte rettferdig og upartisk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er forholdet mellom deg og din nærmeste leder en kilde for stress for deg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krever jobben mye av deg følelsesmessig?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Helseeffekter av rasjonaliseringsprosesser på sykehus

2. Vurder i hvilken grad følgende faktorer har gjort deg sliten, stresset eller anspent i ditt daglige liv i løpet av de 6 siste månedene.

	Ikke i det hele tatt	Liten grad	Middels	Mye	Stor betydning
Kroppslige/fysiske belastninger i arbeidet (tunge løft, uheldige arbeidsstillinger, fysisk utforming av arbeidsplass, høyt arbeidstempo, mangel på hjelpemidler o.l)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mentale belastninger relatert til dine arbeidsoppgaver (frykt for å gjøre feil, for mange oppgaver å tenke på, irritasjon over mangelfullt utstyr og hjelpemidler o.l)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sosiale belastninger i forhold til arbeidsplassen og kolleger (forhold til kolleger og enhetsleder, diskusjoner om arbeidsfordeling, dårlig stemning i gruppa, vanskelig samarbeid o.l)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Emosjonelle belastninger i forhold til pasienter (redd for ikke å strekke til, føle at man ikke får gitt nok pleie, ha dårlig samvittighet, tar pasientens situasjon innover seg, krevende pasienter o.l)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Hvordan vurderer du din totale arbeidsbelastning siste 6 måneder basert på de fire forholdene nevnt ovenfor (i spørsmål 2)

	Ingen belastning av betydning	Litt belastende i perioder	Ganske belastende, men jeg klarer det	Veldig belastende og det påvirker meg negativt	Så stor belastning at jeg ikke maktet det i lengden
Total arbeidsbelastning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. For belastningen som scorer høyest i spørsmål 2, kan du beskrive problemet?

5. Her vil vi at du angir din gjennomsnittlige grad av anspenthet siste 6 måneder (hevete skuldre, stiv nakke, urolig mage, hjertet slår raskere o.l)

	Svært lite	Lite	Middels	Mye	Svært mye
Anspenthet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(vanskelig økonomi, utfordringer i familien, mange krav hjemme, omsorgsoppgaver, fritidsaktiviteter o.l)

	Ikke i det hele tatt	Lite	Middels	Mye	Stor betydning
Belastninger hjemme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Helseeffekter av rasjonaliseringsprosesser på sykehus

7. Nedenfor ber vi deg vurdere eventuelle endringer i din arbeidssituasjon de siste 5 årene. Vurder hvordan situasjonen er nå sammenliknet med det første året etter innflytting til nytt sykehus. (Dersom du har vært ansatt i mindre enn 5 år, så ta utgangspunkt i første år av din ansettelsestid).

I HVILKEN GRAD.....

	Vesentlig mindre	Noe mindre	Lik	Noe mer	Vesentlig mer
Synes du at din arbeidshverdag har endret seg mtp stressnivå?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Synes du belastninger som følge av høyt tidspress har endret seg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Synes du belastninger som følge av tunge løft har endret seg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Synes du belastninger som følge av uheldige arbeidsstillinger har endret seg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplever du at arbeidsmengden har endret seg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opplever du arbeidsoppgavene dine som mer krevende i dag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Kan du gi noen eksempler på endringer som har gjort arbeidssituasjonen enklere?

9. Kan du gi noen eksempler på endringer som har gjort arbeidssituasjonen vanskeligere?

- 10.

	Dårlig	Mindre god	Ganske god	Veldig god	Ikke sikker
Alt i alt, hvordan vil du vurdere arbeidsforholdene for de ansatte i din enhet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sammenliknet med situasjonen for 5 år siden, hvordan er arbeidsmiljøet ditt dag?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Helseeffekter av rasjonaliseringsprosesser på sykehus

Page 4

11. Angi intensiteten av nakke- og skuldersmerter i den verste perioden i løpet av de siste 6 måneder

	Ingen smerte	Lite	Middels	Mye	Uutholdelig smerte
Nakke- og skuldersmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Hvis du har *nakke- og skulderplager*, hva tror du er den viktigste årsaken?

- Belastninger i jobben
- Belastninger utenom jobben
- I tvil

13. Angi intensiteten av smerter i *nedre del av ryggen* i den verste perioden i løpet av de siste 6 måneder:

	Ikke i det hele tatt	Lite	Middels	Mye	Uutholdelig smerte
Ryggsmerter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

14. Hvis du har plager i *nedre del av ryggen*, hva tror du er den viktigste årsaken?

- Belastninger i jobben
- Belastninger utenom jobben
- I tvil

Helseeffekter av rasjonaliseringsprosesser på sykehus

Page 5

15. Hvilken avdeling jobber du på?
- Nevrologisk poliklinikk
 - Nevrologisk Sengepost
 - Nevrokirurgisk Sengepost
 - Nevrokirurgisk Operasjonsavdeling
16. Hvilket gammel er du?
- 20 - 30 år
 - 30 - 40 år
 - 40 - 50 år
 - 50 - 60 år
 - 60 - 65 år
17. Hvor mange år har du jobbet på avdelingen du er nå?
- 1 - 5 år
 - 5 - 10 år
 - 10 - 20 år
 - 20 - 30 år
 - over 30 år
18. Hvor mange timer jobber du gjennomsnittlig pr uke totalt, *inkludert* eventuelt arbeid *utenfor* Nevroklubben?
-

19. Hvor mange timer i uka jobber du gjennomsnittlig på Nevroklubben?

20. Jobber du mest på...

- Dag
- Kveld
- Natt
- Alle tre

21. Er du ute av i fravær på grunn å sykdom nå?

- Ja
- Nei

22. Hvor mange *dager* har du tilsammen hatt fravær det siste året?

- 0 dager
- 1-7 dager
- 8-30 dager
- Mer enn 30 dager

23. Dersom du har hatt fravær det siste året, i hvor stor grad anser du det som relatert til forhold i arbeidet ditt?

- Ingen grad
- Liten grad
- Usikker
- Noen grad
- Stor grad
- Har ikke hatt fravær