



RF – Rogalandsforskning. <http://www.rf.no>

**Kari Anne Holte, Terje Lie, Espen Olsen, Marianne Gundersen, Kari
Jøsendal og Aslaug Mikkelsen**

Medarbeiderundersøkelse i foretaksgruppen Helse Vest.

Rapport RF – 2004/031

Prosjektnummer: 7892900
Prosjektets tittel: Medarbeiderundersøkelse i foretaksgruppen
Helse Vest
Kvalitetssikrer: Tone Eikeland, Kirsten Allred
Oppdragsgiver(e): Helse Vest RHF

ISBN: 82-490-1294-6
Gradering: Åpen fra: 15.03.2004

Forord

Denne rapporten presenterer resultatene fra en spørreundersøkelse som ble gjennomført blant ansatte i foretaksgruppen Helse Vest i tidsrommet mai – juli 2003.

Spørreskjemaet består av anerkjente instrumenter som er validitets- og reliabilitetstestet. Ved behov er det konstruert nye spørsmål. Rapporten gir resultater på foretaksnivå og for yrkesgrupper. For det enkelte foretak er det utgitt egne rapporter.

Rapporten består av spørsmål som besvarer forhold omkring ledelse, personalpolitikk, kompetanseutvikling, organisasjonsendringer, likestilling, arbeidstidsordninger og HMS.

Undersøkelsen skal benyttes som grunnlag for utforming av personalpolitikken i foretaksgruppen Helse Vest.

Vi retter en stor takk til alle som har besvart og bidratt til undersøkelsen.

Stavanger / Bergen, 05. mars 2004

Aslaug Mikkelsen, prosjektleder

Innhold

Forord.....	3
Innhold.....	4
Liste over tabeller.....	7
Liste over figurer.....	14
Sammendrag.....	15
1 INNLEDNING	16
1.1 Bakgrunn og mål for prosjektet.....	16
1.2 Organisasjonsendring og organisasjonsstruktur.....	16
1.3 Aktivitet, arbeidsmarked og arbeidsforhold.....	17
1.4 Nurses Early Exit Study (NEXT)–studien	17
1.4.1 Bakgrunn for studien.....	17
1.4.2 Oppbygging av NEXT-studien	18
2 METODE.....	19
2.1 Forskningsdesign.....	19
2.2 Intervjuundersøkelse	19
2.3 Spørreskjemaundersøkelse	19
2.3.1 Rekruttering.....	19
2.3.2 Måleinstrumenter	20
2.3.3 Statistiske analyser	26
2.3.4 Analysemetoder.....	26
3 RESULTATER FRA PERSONLIGE INTERVJU	29
3.1 Arbeidstidsordninger.....	29
3.2 Behandlingskvalitet.....	30
3.3 Ressurser og personalpolitikk	31
3.4 Jobbtilfredshet, kompetanse og personalutvikling	32
3.5 Samhandling og kommunikasjon	33
3.6 Informasjon	34
3.7 Sykefravær	34
3.8 Likestilling	34
3.9 Lønn, rekruttering og overtid	35
3.10 Omstilling og endringsvilje.....	36

4	RESULTATER FRA SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSEN	38
4.1	Arbeidstid og arbeidstidsordninger	40
4.1.1	Hel- og deltidstillinger	41
4.1.2	Fast stilling	44
4.1.3	Jobb utenom foretaket	44
4.2	Kompetanse og personalutvikling	46
4.2.1	Spesialistutdanning og faglig utvikling	47
4.2.2	Erfaring	49
4.2.3	Personlig utvikling	49
4.2.4	Læringsmiljø	52
4.3	Livsfaseorientert personalpolitikk	54
4.3.1	Husholdningssammensetning	55
4.3.2	Tilpasning mellom arbeid og familie	55
4.3.3	Fleksibilitet fra arbeidsgiver	58
4.3.4	Synspunkt på arbeidssituasjon, pensjonering og helse	59
4.4	Organisasjon	63
4.4.1	Turnover	63
4.4.2	Andre planer	70
4.4.3	Bekymringer til sikkerhet ved jobben	74
4.4.4	Kvalitet i behandling av pasienter	77
4.4.5	Planløsning og funksjonalitet	82
4.5	Ledelse, kommunikasjon og samhandling	83
4.5.1	Antall ledere	83
4.5.2	Lederes oppfatning av lederstillingen	84
4.5.3	Ledelse	87
4.5.4	Lederkvalitet	88
4.5.5	Forholdet mellom yrkesgrupper	91
4.5.6	Kommunikasjon	93
4.5.7	Lojalitet til organisasjonen og yrket	95
4.5.8	Holdning og vilje til endring på avdelingen	97
4.5.9	Endringer i arbeidstidsordninger	100
4.5.10	Likestilling	103
4.6	Arbeidshelse og sykefravær	105
4.6.1	Sykefravær	105
4.6.2	Selvrapportert helse	108
4.6.3	Hudsykdommer	110
4.6.4	Psykiske plager	111
4.6.5	Arbeidsevne	113

4.6.6	Jobbtilfredshet	117
4.6.7	Lønn	119
4.7	Arbeidsmiljø.....	120
4.7.1	Det fysiske arbeidsmiljøet.....	120
4.7.2	Sikkerhet i arbeidsmiljøet	128
4.7.3	Krav til arbeidet.....	130
4.7.4	Kontroll over arbeidet og medvirkning.....	137
4.7.5	Sosial støtte	141
4.7.6	Organisasjonsklima	144
4.7.7	Andre sider ved arbeidsmiljøet	145
4.8	Medarbeidere i foretakene sine egne prioriteringer	161
4.9	Risikofaktorer for ansatte i helseforetakene.....	162
5	OPPSUMMERING AV RESULTATER OG FORSLAG TIL TILTAK	165
5.1	Innledning.....	165
5.2	Arbeidstid og arbeidstidsordninger	165
5.3	Kompetanse og personalutvikling	166
5.4	Livsfaseorientert personalpolitikk.....	167
5.5	Sirkulasjon av ansatte.....	167
5.6	Trusler mot pasientbehandlingen	168
5.7	Ledelse, kommunikasjon og samhandling	168
5.7.1	Ledelse	168
5.7.2	Kommunikasjon og samhandling.....	168
5.7.3	Endringsvilje	169
5.7.4	Likestilling	169
5.8	Arbeidshelse og sykefravær	170
5.9	Arbeidsmiljø.....	170
5.10	Sammenheng mellom funn og medarbeiderens egne prioriteringer	171
	REFERANSELISTE.....	173
	VEDLEGG.....	176
	Korrelasjonsmatriser	

Liste over tabeller

Tabell 1. Antall besvarelser og svarprosent. Foretak	38
Tabell 2. Antall respondenter, alder, arbeidstid og antall år i yrket. Etter yrkesgruppe.	39
Tabell 3. Deltidsstillinger. Foretak. Prosent	41
Tabell 4. Deltidsstillinger. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	42
Tabell 5. Hovedårsaker til bruk av deltid. Foretak. Prosent	43
Tabell 6. Stillingstypene fast stilling, tidsbegrenset utdanningsstilling, vikariat og annet. Foretak. Prosent	44
Tabell 7. Jobb utenom foretaket. Heltid og deltid. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	45
Tabell 8. Antall timer i jobber utenom helseforetaket. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt standardavvik og median	46
Tabell 9. Fullført spesial/spesialistutdanning. Foretak. Prosent.....	47
Tabell 10. Fullført spesialist/spesialutdanning. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	47
Tabell 11. Antall dager brukt på faglig utvikling siste 12 måneder. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median.	48
Tabell 12. Antall år for nåværende arbeidsgiver inklusive fylkeskommunen. Etter yrkesgruppe.	49
Tabell 13. Muligheter for å bruke egne evner. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	50
Tabell 14. Utsagn som måler lærings- og utviklingsmuligheter. Prosent	50
Tabell 15. Muligheter for læring og utvikling (personlig utvikling). Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik	51
Tabell 16. Muligheter for å diskutere faglige spørsmål. Foretak. Prosent	52
Tabell 17. Muligheter for å diskutere faglige spørsmål. Etter yrkesgruppe. Prosent	52
Tabell 18. Indeks for læringsmuligheter. Ansatte får ikke tid til læringsaktiviteter. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik	53
Tabell 19. Indeks for læringsmuligheter. Får tid til læringsaktiviteter. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik	54
Tabell 20. Krav fra arbeid i konflikt med krav fra familien. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik	56
Tabell 21. Krav fra familien i konflikt med arbeid. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik.....	57

Tabell 22. Muligheter for barnehageplass når en er på jobb. Prosent	58
Tabell 23. Fleksibilitet fra organisasjonen for å tilrettelegge arbeidssituasjonen for ansatte med små barn. Foretak. Prosent	59
Tabell 24. Indeks for arbeid og pensjon. Tilpasning arbeidstid for å arbeide til pensjonsalder. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik	60
Tabell 25. Indeks for arbeid og pensjon. Tungt arbeid og helse som årsak til å gå av tidlig. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik	61
Tabell 26. Indeks for arbeid og pensjon. Yrkesaktiv etter normal pensjonsalder. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik	62
Tabell 27. Indeks for arbeid og pensjon. Prioritering av fritid. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik	63
Tabell 28. Planer om å slutte neste 12 måneder. Foretak. Prosent	64
Tabell 29. Hovedgrunner for å slutte. Foretak. Prosent.....	65
Tabell 30. Planer om å slutte de neste 12 måneder. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	66
Tabell 31. Hovedgrunner for å slutte. Etter yrkesgruppe. Prosent	67
Tabell 32. Tanker om å slutte i jobben. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	69
Tabell 33. Tanker om å gi opp yrket fullstendig og gå inn i en helt annen jobb. Etter yrkesgruppe. Prosent	70
Tabell 34. Tanker om videre utdanning utenom eget yrke. Etter yrkesgruppe. Prosent	71
Tabell 35. Tanker om å skifte til en annen avdeling eller enhet. Etter yrkesgruppe. Prosent	72
Tabell 36. Tanker om å se etter stilling ved et annet sykehus. Etter yrkesgruppe. Prosent	73
Tabell 37. Tanker om å bli selvstendig næringsdrivende. Etter yrkesgruppe. Prosent ..	74
Tabell 38. Antall bekymringer. Foretak. Prosent	75
Tabell 39. Bekymret for å miste jobben. Foretak. Prosent	76
Tabell 40. Bekymret for å finne en ny jobb dersom arbeidsledig. Foretak. Prosent	76
Tabell 41. Bekymret for å bli overført til en annen jobb/et annet arbeidssted du ikke liker. Foretak. Prosent.....	77
Tabell 42. Bruk av avviksmeldinger i pasientbehandlingen på avdelingen. Foretak. Prosent	77
Tabell 43. Indeks for tilstrekkelig bemanning på avdelingen. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik	78
Tabell 44. Indeks for kompetansen på avdelingen. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	79

Tabell 45. Nødvendig utstyr ikke tilgjengelig som barriere i pasientbehandlingen. Foretak. Prosent.....	80
Tabell 46. Riktig kompetanse ikke tilgjengelig som en barriere i pasientbehandlingen. Foretak. Prosent.....	80
Tabell 47. Organisering av arbeidet som en barriere i pasientbehandlingen. Foretak. Prosent	81
Tabell 48. For lav bemanning som en barriere i pasientbehandlingen. Foretak. Prosent	81
Tabell 49. Tilfredshet med sykehusets planløsning. Foretak. Prosent	82
Tabell 50. Plassproblemer på avdelingene. Foretak. Prosent	82
Tabell 51. Tilpasning av bygningsmasse til drift. Foretak. Prosent	83
Tabell 52. Antall ledere. Foretak. Prosent.....	84
Tabell 53. Lederopplæring ved tiltredelse. Foretak. Prosent.....	84
Tabell 54. Individuell oppfølging av ledere. Foretak. Prosent	85
Tabell 55. Prioritering av lederutvikling. Foretak. Prosent	85
Tabell 56. Prioritert oppfølging av nyansatte på avdelingen. Prosent.....	86
Tabell 57. Lederes opplevde støtte fra nærmeste medarbeidere. Foretak. Prosent	86
Tabell 58. Lederes opplevde støtte fra nærmeste overordnede. Prosent	87
Tabell 59. Indeks for overordnet ledelse. Foretak. Gjennomsnitt og standardavvik.....	87
Tabell 60. Indeks for ledelse på klinikknivå. Foretak. Gjennomsnitt og standardavvik	88
Tabell 61. Lederatferden har utgangspunkt i den total virksomhetens verdier, mål og ressursgrunnlag. Foretak. Prosent.....	88
Tabell 62. Ledere har mot og evne til å utøve lederskap blant annet ved å prioritere og ved å gjennomføre nødvendige prosesser i samarbeid med sine medarbeidere. Foretak. Prosent.....	89
Tabell 63. Lederen møter utfordringer og utvikling gjennom kontinuerlige endringsprosesser og kompetanseheving hos medarbeidere. Foretak. Prosent	89
Tabell 64. Lederen formidler budskap og profil tydelig med hensyn til verdier og mål, opptrer med legitimitet og vinner tillit hos alle medarbeidere. Foretak. Prosent ...	90
Tabell 65. Hvorvidt lederen opptrer med ærlighet, humør og toleranse, og stiller samtidig krav til medarbeidere om å oppnå resultater. Foretak. Prosent	90
Tabell 66. Lederen ser sin virksomhet som en del av et større hele, det vil si profesjonsavhengig og uavhengig av den enheten som man er satt til å lede. Foretak. Prosent.....	91
Tabell 67. Forholdet mellom ledere og de forskjellige yrkesgruppene. Prosent.....	92

Tabell 68. Forholdet mellom administrasjon og de forskjellige yrkesgruppene. Prosent	93
Tabell 69. Mottak av utilstrekkelig informasjon relatert til arbeid, eller mottar informasjon for sent. Etter yrkesgruppe. Prosent	94
Tabell 70. Mottak av uoverensstemmende/motstridende informasjon i forbindelse med arbeidet. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	95
Tabell 71. Indeks for lojalitet til organisasjonen. Foretak. Gjennomsnitt og standardavvik.....	96
Tabell 72. Indeks for lojalitet til yrket. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	97
Tabell 73. Indeks for positive holdninger til endring. Foretak. Gjennomsnitt og standardavvik.....	98
Tabell 74. Indeks for positive holdninger til endring. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	98
Tabell 75. Indeks for negative holdninger til endring. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	99
Tabell 76. Ønske om endring i turnus/vaktplan. Foretak. Prosent	100
Tabell 77. Andel som har deltatt i utprøving av nye arbeidstidsordninger. Foretak. Prosent	101
Tabell 78. Ønsker om å delta i utprøving av nye arbeidstidsordninger. Foretak. Prosent	101
Tabell 79. Interesse for å delta i arbeidsplanlegging som tar hensyn til forskjellige aktivitetsnivå i løpet av året. Foretak. Prosent.....	102
Tabell 80. Lengde av tidsperiode for arbeidsplanlegging. Foretak. Prosent	102
Tabell 81. Henvendelse ved spørsmål om likestilling. Foretak. Prosent.....	103
Tabell 82. Henvendelse ved spørsmål om likestilling. Etter kjønn. Prosent	104
Tabell 83. Like muligheter for faglig utvikling mellom kvinner og menn. Etter kjønn. Prosent	104
Tabell 84. Like muligheter for å oppnå lederstillinger mellom kvinner og menn. Etter kjønn. Prosent	104
Tabell 85. Lederstilling etter kjønn. Prosent	105
Tabell 86. Antall dager sykefravær forårsaket av egen sykdom. Foretak. Gjennomsnitt, standardavvik og median	106
Tabell 87. Antall dager sykefravær forårsaket av egen sykdom. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median	106

Tabell 88. Indeks for fraværskultur. Fravær når man er syk eller har syke barn. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik	107
Tabell 89. Unødvendig fravær. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik..	108
Tabell 90. Muskelskjelett plager oppgitt etter egen mening eller etter legens diagnose. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	109
Tabell 91. Hudsykdommer oppgitt etter egen mening eller etter legens diagnose. Etter yrkesgruppe. Prosent	110
Tabell 92. Psykiske plager oppgitt etter egen mening eller etter legens diagnose. Etter yrkesgruppe. Prosent	111
Tabell 93. Indeks som måler utbrenthet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	112
Tabell 94. Arbeidsevneindeks. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median	114
Tabell 95. Arbeidsevneindeks. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	115
Tabell 96. Tilfredshet med jobben sett under ett – alt tatt i betraktning. Etter yrkesgruppe. Prosent	118
Tabell 97. Indeks for jobbtilfredshet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median	119
Tabell 98. Økonomisk situasjon. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	120
Tabell 99. Tilfredshet med fysiske arbeidsforhold. Foretak. Prosent.....	121
Tabell 100. Fysiske arbeidsforhold. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	122
Tabell 101. Risiko, eksponering for giftige stoffer. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	123
Tabell 102. Risiko, eksponering for smittefare. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	124
Tabell 103. Risiko, eksponering for støy. Etter yrkesgruppe. Prosent	125
Tabell 104. Risiko, eksponering for temperatur/ inneklime. Etter yrkesgruppe Prosent	126
Tabell 105. Risiko, eksponering for tunge løft. Etter yrkesgruppe. Prosent	127
Tabell 106. Risiko, eksponering for ensidig og monotont arbeid. Etter yrkesgruppe. Prosent	128
Tabell 107. Fokus og engasjement i HMS-arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	129
Tabell 108. Bevissthet og kommunikasjon i HMS arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	130
Tabell 109. Krav til arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median	131

Tabell 110. Mulighet for å ta pause i arbeidet når du vil. Etter yrkesgruppe. Prosent .	132
Tabell 111. Må arbeide svært raskt. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	133
Tabell 112. Emosjonelle krav. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median	134
Tabell 113. Konfrontasjon med menneskelig lidelse. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	135
Tabell 114. Muligheter for debriefing/samtale med kolleger og/eller ledere. Etter yrkesgruppe. Prosent	136
Tabell 115. Rutiner for debriefing. Etter yrkesgruppe. Prosent	137
Tabell 116. Innflytelse på arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median	138
Tabell 117. Medvirkning på beslutningsprosesser. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	139
Tabell 118. Grad av påvirkning på planlegging av turnus/vaktplan. Foretak. Prosent	140
Tabell 119. Forslag til forbedringer. Foretak. Prosent	140
Tabell 120. Forslag tatt opp til diskusjon. Foretak. Prosent.....	141
Tabell 121. Medarbeidersamtale. Foretak. Prosent.....	141
Tabell 122. Grad av sosial støtte fra ledere. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	142
Tabell 123. Grad av sosial støtte fra kolleger. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	143
Tabell 124. Psykologisk støtte på arbeidsplassen. Foretak. Prosent	143
Tabell 125. Psykologisk støtte på arbeidsplassen. Etter yrkesgruppe. Prosent	144
Tabell 126. Indeks for organisasjonsklima. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik.....	145
Tabell 127. Trakassering fra overordnet. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	147
Tabell 128. Trakassering fra kolleger. Etter yrkesgruppe. Prosent	149
Tabell 129. Vold fra pasienter. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	150
Tabell 130. Involvering i arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median	151
Tabell 131. Muligheter for å bytte vakt/skift på kort varsel. Etter yrkesgruppe. Prosent	152
Tabell 132. Arbeid på samme eller forskjellige poster. Etter yrkesgruppe. Prosent	153
Tabell 133. Opplevd stress på grunn av utilstrekkelig informasjon. Foretak. Prosent.	153

Tabell 134. Stress på grunn av utilstrekkelig informasjon etter yrkesgrupper. Prosent	154
Tabell 135. For lite personell for å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud etter egen vurdering. Foretak. Prosent	155
Tabell 136. For lite personell til å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud etter egen vurdering. Etter yrkesgrupper. Prosent.....	155
Tabell 137. Stress på grunn av usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr. Foretak. Prosent	156
Tabell 138. Stress på grunn av usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	156
Tabell 139. Endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Foretak. Prosent.....	157
Tabell 140. Endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Etter yrkesgruppe. Prosent	158
Tabell 141. Jobbtrygghet og endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Prosent.....	159
Tabell 142 Læringsmuligheter og endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Prosent	159
Tabell 143. Påvirkningsmuligheter og endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Prosent	159
Tabell 144. Kontakt med overordnet og endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Prosent	160
Tabell 145. Deltagelse i tiltak for forbedring av arbeidsmiljø og helse. Foretak. Prosent	160
Tabell 146. Medarbeideres prioriterte satsingsområder inne personalpolitikk. Prosent	161

Liste over figurer

Figur 1. Fordelingen mellom de ulike yrkesgruppene. Prosent.....	40
Figur 2. Fordeling av heltid og deltid i foretaksgruppen Helse Vest	41
Figur 3. Planer om å slutte de neste 12 måneder. Foretak. Prosent.....	64
Figur 4. Hovedgrunner for å slutte. Foretak. Prosent	65
Figur 5. Hovedgrunner for å slutte. Etter yrkesgruppe. Prosent.....	68
Figur 6. Indeks for utbrenthet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt.....	113
Figur 7. Arbeidsevneindeks. Foretak. Prosent.....	116
Figur 8. Arbeidsevneindeks. Etter yrkesgruppe. Prosent	116
Figur 9 Trakassering fra overordnet. Foretak. Prosent.....	146
Figur 10. Trakassering fra kolleger. Foretak. Prosent.	148
Figur 11. Medarbeideres prioriterte satsingsområder innen personalpolitikk. Prosent	162

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å kartlegge arbeidssituasjonen til medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest. Fokus har vært på arbeidsmiljø, kommunikasjon og samarbeidsforhold, ledelse og holdninger og oppfatninger av ulike forhold som vil ha betydning for den fremtidige utformingen av personalpolitikken i foretaksgruppen Helse Vest. Totalt ble det sendt ut spørreskjema til 15 500 medarbeidere i foretaksgruppen. Totalt var det 5892 medarbeidere som svarte. Dette tilsvarer en svarprosent på 38. Sammenlignet med egne tall fra foretaksgruppen og tatt i betraktning antall medarbeidere som har svart, mener vi resultatene er gode nok til å brukes som grunnlag for utforming av personalpolitikk i foretaksgruppen Helse Vest.

Resultatene viser at det er i stor grad sykepleiere og hjelpepleiere som er ansatt i deltidsstillinger. Familieforhold er hovedårsak til valg av deltidsstillinger. Det er likevel mange ansatte som i dag går i deltidsstillinger, men som ønsker å øke sine stillingsandeler. Mulighetene for kompetanseutvikling og læring er gode i organisasjonen. Noen yrkesgrupper kommer likevel dårligere ut enn andre. Dårlig helse og det å ha en tung jobb er viktigste årsak til ønske om tidlig pensjonering. Med ulike former for tilrettelegging ønsker mange medarbeidere å jobbe så lenge som mulig før de går av med pensjon. Resultatene viser at foretaksgruppen har en stabil arbeidskraft, men totalt 13 prosent av de spurte oppgir at de er bekymret for å miste jobben. Ansatte i lederstillinger er lite fornøyd med lederopplæringen, og den oppfølgingen som gis til ledere i foretakene. Lederne opplever på den annen side å få god støtte fra egne medarbeidere. Generelt er medarbeiderne mer fornøyd med sine nærmeste ledere enn de er med ledelsen på foretaksnivå.

Det er noe motstand mot endring i organisasjonen. Årsaker til forskjeller i endringsvilje er grad av medvirkning i beslutningsprosesser, kvalitet på lederskap og grad av trivsel. Over 50 prosent av de spurte oppgir at de ikke vet hvor de skal henvende seg med spørsmål om likestilling. Kvinner opplever at de har mindre muligheter både i forhold til faglig utvikling og til å oppnå lederstillinger enn det menn har. I gjennomsnitt har medarbeiderne i foretakene god arbeidshelse. Det er likevel noe variasjon mellom yrkesgruppene. Når det gjelder arbeidsmiljø er bioingeniører eksponert for flest fysiske eksponeringskilder og kommer dårlig ut på trivsel og medvirkning. I hele foretaksgruppen er det totalt fire prosent som er trakassert av overordnet månedlig eller oftere og tre prosent som føler seg trakassert av kolleger månedlig eller oftere. Det er forskjeller mellom klinikkene når det gjelder trakassering. Bruk av debriefingssamtaler etter problematiske hendelser er lite systematisert i organisasjonen. Det er 37 prosent som svarte at de har hatt medarbeidersamtale det siste året.

Totalt viser resultatene mange positive trekk ved situasjonen i foretaksgruppen. Forholdene er fullt ut akseptable når det gjelder trivsel, læringsmuligheter og arbeidshelse. De svakeste punktene i foretaksgruppen Helse Vest er knyttet til ledelse, livsfaseorientert personalpolitikk og likestillingspolitikk. Det er manglende rutiner i forhold til debriefingssamtaler og medarbeidersamtaler.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og mål for prosjektet

Hensikten med denne studien var å kartlegge arbeidssituasjonen til medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest, bestående av de fem foretakene Helse Stavanger, Helse Førde, Helse Bergen, Apotekene Vest og Helse Fonna (som ikke er med i denne undersøkelsen). Fokus var på arbeidsmiljø, kommunikasjon og samarbeidsforhold, ledelse og holdninger og oppfatninger av ulike forhold som vil ha betydning for den framtidige utformingen av personalpolitikk i foretaksgruppen Helse Vest.

Medarbeiderundersøkelsen er en del av et prosjekt i foretaksgruppen Helse Vest som er kalt *PROSJEKT RØD TRÅD*. Målet med prosjektet er på sikt å redusere sykefravær og øke ressursutnyttelsen. Medarbeiderundersøkelsen skal kartlegge problemområdene. Deretter har foretaksgruppen som mål å utforme og gjennomføre konkrete forbedrings tiltak. Medarbeiderundersøkelsen vil derfor bli styringsgrunnlaget for denne prosessen.

1.2 Organisasjonsendring og organisasjonsstruktur

Helsetjenesten har i de siste årene vært gjennom store reformer. Innenfor helsetjenesten generelt så har generelle overføringer som hovedkilde til inntekt blitt erstattet av stykkpris per behandlet pasient for å øke effektiviteten. Pasientrettigheter har blitt styrket, noe som inkluderer retten til å velge hvor de ønsker sin behandling. Psykiatrien er inne i ett åtteårig reformprogram som har som mål å øke og forbedre både kvantiteten og kvaliteten av tilbudet (SAMDATA, 2002).

Hovedreformen i helsetjenesten er en organisatorisk reform. Ansvar for planlegging, organisering og drift av sykehusene og spesialisthelsetjenesten innenfor psykiatrien var inntil 2001 tillagt fylkeskommunen. Staten overtok dette ansvaret 1. januar 2002. Driften ble da organisert i fem statlig styrte regionale helseforetak, organisert som virksomheter (SAMDATA, 2002). Forventningene til de regionale helseforetakene har vært store. De skal tilby helsetjenester etter de retningslinjer, mål og verdier som er satt, men også tilrettelegge for endringer, ta seg av pasientens rettigheter og velferd, skape en profesjonell og moderne form for ledelse, og samtidig samarbeide nært med profesjonelle interesser. Videre skal de øke behandlingsvolum og redusere ventelister og kostnader (SAMDATA, 2002).

Et av de regionale helseforetakene som ble opprettet er Helse Vest. Foretaket dekker Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane, og har til sammen ~22000 ansatte fordelt på foretakene Helse Stavanger, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Apotekene Vest.

1.3 Aktivitet, arbeidsmarked og arbeidsforhold

Jobber innen helsetjenesten har vært regnet som svært stabile og derfor attraktive jobber. Helsevesenet sysselsetter også svært mange arbeidstakere og arbeidstaker grupper i dagens arbeidsliv. I 2002 ble det utført 61000 årsverk ved somatiske sykehus i Norge. Dette er åtte prosent flere årsverk enn i 1999. Sykepleierne stod for den største veksten, men det har også vært en stor økning i antall registrerte årsverk knyttet til administrasjon og kontorfunksjoner (SAMDATA, 2003).

Det er grunn til å anta at de store omorganiseringene innen helsetjenesten vil kunne påvirke den enkelte arbeidstaker sin arbeidssituasjon. Studier viser ingen entydige resultater når det gjelder effekt av omorganisering og nedbemanning på helse og trivsel. En studie blant britiske statsansatte viste at økt jobbusikkerhet hadde konsekvenser for helse uavhengig av helseadferd og seleksjon (Ferrie et al. 1998). En studie utført i Finland viste at de som hadde opplevd eller forventet å oppleve en nedbemanning i fremtiden opplevde mer urettferdighet i arbeidet (stress på grunn av ubalanse i forholdet mellom investering i arbeidet og belønning). Denne opplevelsen var uavhengig av om de var direkte påvirket av omorganiseringen, for eksempel i form av endring i arbeidsoppgaver. Videre ble nedbemanning assosiert med et høyere nivå av psykologisk stress (strain), kynisme og fravær. Et annet funn i denne studien var at graden av trivsel varierte med etter hvilke måter nedbemanningen skjedde på (Kalimo et al. 2003).

En studie fra Storbritannia om langtidseffekter av strategisk nedbemanning viste at at det ikke var reduksjon i de ansattes trivsel til tross for økning i jobbkrav (Parker et al. 1997). Det ble antatt at den negative effekten av de økte kravene ble motvirket av endringer i andre forhold ved arbeidet, som økning i rolleklarhet og økt medvirkning.

Studier som er gjennomført blant sykepleiere i Canada viste at omorganisering og nedbemanning hadde mer negativ effekt på yngre sykepleiere med kort erfaring sammenliknet med eldre sykepleiere med lang erfaring. Yngre sykepleiere rapporterte høyere krav (mer intensiv omorganisering, større arbeidsbelastning, mer problemer relatert til oppsigelse) og høyere jobbusikkerhet, og mindre støtte fra fagorganisasjon og arbeidsgiver (Burke & Greenglass, 2000). I en annen studie viste omorganisering å ha effekt på konflikten mellom arbeid og familie, der den økte konflikten mellom arbeid og familie i all hovedsak var forårsaket av økt arbeidsbelastning (Burke & Greenglass, 2001). Studien viste også at stress relatert til omorganisering, og konflikt mellom arbeid og familie, var assosiert med økt risiko for utbrenthet.

1.4 Nurses Early Exit Study (NEXT)–studien

1.4.1 Bakgrunn for studien

I dag har nesten alle land i Europa mangel på sykepleiere (Hasselhorn et al. 2003b). Demografiske endringer de neste 20-30 årene kan komme til forverre denne situasjonen. Dette skyldes at andel yngre i arbeidstokken vil avta, mens eldre arbeidstakere og andel mennesker over 65 år vil øke. I en del europeiske land har mange sykepleiere forlatt yrket sitt og begynt å jobbe i andre yrker (Hasselhorn et al. 2003b). Dette kan være med på å forverre situasjonen i helsevesenet de neste årene.

Tilgangen på pleiepersonale kan økes ved hjelp av økt kapasitet ved de institusjoner som utdanner sykepleiere, migrasjon av pleiepersonale mellom land, økt pensjonsalder, samt ved å forhindre at eksisterende personale forlater yrket sitt. NEXT-studien skal se på årsaker til, betingelser for og konsekvenser av for tidlig avgang fra pleieyrkene. NEXT-studien skal spesielt se på konsekvenser av dette for de personene som er involvert, for helseinstitusjoner, og for helsetjenesten generelt (Hasselhorn et al. 2003b).

1.4.2 Oppbygging av NEXT-studien

NEXT-studien er finansiert av EU og utføres samtidig i Belgia, Tyskland, Finland, Frankrike, Storbritannia, Italia, Nederland, Polen og Slovakia, som er de aktive medlemmene i studien. Norge er assosiert medlem og studien i Norge er gjennomført i, og finansiert av foretaksgruppen Helse Vest. I alle landene bortsett fra Norge gjennomføres studien som en longitudinal studie. Det gjennomføres en baseline undersøkelse og deretter oppfølgingsundersøkelser en eller flere ganger på de samme individene. Dette foregår over flere år. I Norge gjennomføres bare baselinestudien. Spørreskjemaet som brukes i denne studien inneholder spørsmål for både arbeidsforhold og forhold i fritiden samt respondentenes fremtidsperspektiv. På grunnlag av svarene en får, vil en kunne beskrive og analysere arbeidsforhold for pleiepersonale i store deler av Europa, identifisere årsaker og forhold som gjør at pleiepersonale forlater yrket, identifisere risikogrupper for tidlig avgang fra yrket og studere betydningen tidlig avgang har på ansatte og institusjonene. Videre vil studien kunne identifisere faktorer som kan medføre at ansatte i helsetjenesten kan opprettholde sin helse med stigende alder, og derfor gi en basis for målrettet arbeid med å skape helsefremmende arbeidsplasser. Målet er å bidra til å opprettholde arbeidsevnen til pleiepersonale i Europa (Hasselhorn et al. 2003b).

I dette prosjektet er spørreskjemaet som benyttes hentet fra NEXT-studien. Resultater fra de andre europeiske landene er brukt som referansetall i resultatdelen (Hasselhorn et al. 2003a).

2 Metode

2.1 Forskningsdesign

Medarbeiderundersøkelsen ble designet som en tverrsnittstudie der kartleggingen foregikk ved hjelp av spørreskjema. Totalt ble spørreskjemaet sendt ut til 15500 medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest, i de fire foretakene Apotekene Vest, Helse Bergen, Helse Førde og Helse Stavanger. I forkant av spørresjemakartleggingen ble det gjennomført en forstudie med personlige intervju av et utvalg ledere i foretakene. Disse intervjuene ble gjennomført i Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Førde og Helse Stavanger.

2.2 Intervjuundersøkelse

For å få grundig kjennskap til de ulike helseforetakene i foretaksgruppen Helse Vest, ble det gjennomført en intervjuundersøkelse. Resultatene fra denne forstudien bidro til utformingen av spørreskjemaet.

Det ble gjennomført intervjuer med 31 ansatte i perioden februar, mars og april 2003. Intervjuene ble gjennomført med nøkkelinformanter og inkluderte ansatte i ulike hierarkiske posisjoner (avdelingsdirektører, klinikkledere og avdelingsledere), geografiske områder (Helse Stavanger, Helse Fonna, Helse Bergen og Helse Førde) og profesjonsgrupper (leger, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter, bioingeniører, hjelpepleiere, administrativt personell og renholdspersonell). Tillitsvalgte fra Norsk Sykepleierforbund, Den Norske Lægeforening, Norsk Helse- og Sosialforbund og Kommuneforbundet ble også intervjuet.

Intervjuene ble gjennomført som personlige intervju. Intervjuene med tillitsvalgte ble i den grad det var praktisk gjennomførbart gjort som gruppeintervju. Avdelingssykepleiere ble intervjuet to og to. Intervjuene varte mellom 1 ½ time og 2 timer. Det ble brukt en strukturert intervjuguide som innbefattet områdene 1) arbeidstidsordninger, 2) behandlingskvalitet, 3) ressurser og personalpolitikk, 4) jobbtilfredshet, kompetanse og personalutvikling, 5) samhandling og kommunikasjon, 6) sykefravær, 7) likestilling, 8) overtid, belønning og rekruttering samt 9) omstilling og endringsvilje.

2.3 Spørreskjemaundersøkelse

2.3.1 Rekruttering

Totalt ble spørreskjemaet sendt ut til 15500 medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest. Det betyr alle ansatte i de tre foretakene Helse Bergen, Helse Førde og Helse Stavanger samt Apotekene Vest, som er sykehusapotekene ved Sentralsykehuset i Stavanger,

Sentralsykehuset i Førde, Haukeland universitetssykehus og Sentralsykehuset i Haugesund. Den totale svarprosenten var 38.

Spørreskjemaet bestod av 20 sider med 127 spørsmål. Skjemaet ble distribuert til alle ansatte gjennom internpost i foretakene. Det ble returnert til RF-Rogalandforskning etter punching i et byrå.

2.3.2 Måleinstrumenter

2.3.2.1 Spørsmål som er hentet fra Nurses Early Exit Study (Kuemmerling et al. 2003)

Psykososialt arbeidsmiljø – (Copenhagen Psychosocial Questionnaire, COPSOQ, (Kristensen, 2000))

Arbeidets mening ble målt ved hjelp av tre spørsmål. Disse var: ”Er arbeidet ditt meningsfylt?”, ”Føler du at arbeidet du gjør er viktig?” og ”Føler du deg motivert og involvert i arbeidet du gjør?”. Skalaen går fra 1 ”i svært liten grad” til 5 ”i svært stor grad”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,83.

Utviklingsmuligheter ble målt ved hjelp av fire spørsmål. Disse var: ”Krever arbeidet ditt at du tar initiativ?”, ”Har du mulighet til å lære nye ting gjennom arbeidet ditt?”, ”Kan du bruke dine evner eller ekspertise i arbeidet ditt?” og ”Er arbeidet ditt variert?”. Skalaen går fra 1 ”i svært liten grad” til 5 ”i svært stor grad”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,77.

Kvantitative jobbkrav ble målt ved hjelp av fem spørsmål, der fire av spørsmålene tilhører skalaen kvantitative jobbkrav i COPSOQ. Disse var: ”Hvor ofte har du for liten tid til å fullføre alle arbeidsoppgavene dine?”, ”Kan du ta pause når du vil?”, ”Må du jobbe svært raskt?” og ”Er arbeidsmengden ujevnt fordelt slik at ting hoper seg opp?”. Det siste spørsmålet som ble lagt til var ”Har du nok tid til å snakke med pasientene?”. Skalaen går fra 1 ”så godt som aldri” til 5 ”alltid”.

Jobbtilfredshet ble målt ved hjelp av fire spørsmål. Disse var: ”Hvor tilfreds er du med” - ”dine jobbutsikter?”, - ”de fysiske arbeidsforhold?”, - ”muligheter for å kunne bruke dine evner?” og - ”din jobb sett under ett – alt tatt i betraktning?”. Responskategorier var ”svært utilfreds”, ”utilfreds”, ”tilfreds” og ”svært tilfreds”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,70.

Jobbusikkerhet ble målt ved hjelp av fem spørsmål. Tre av disse tilhører skalaen jobbusikkerhet fra COPSOQ. Disse var: ”Er du bekymret for”, - ”å miste jobben?”, - ”vanskeligheter med å finne ny jobb dersom du ble arbeidsledig?” og - ”å bli overført til en annen jobb/et annet arbeidssted du ikke liker?”. I tillegg ble det lagt til spørsmål: ”å bli ute av stand til å jobbe?”, og - ”å få en vaktplan du ikke liker?”. Responskategorier var ”ja” og ”nei”.

Andre instrumenter

Innflytelse på arbeidsoppgaver ble målt ved hjelp av fire spørsmål. Disse spørsmålene er utarbeidet av NEXT-Study Group med utgangspunkt i Demand – Control Questionnaire (Theorell et al. 1988). Spørsmålene var: ”Jeg har innflytelse på hva slags

oppgaver jeg skal utføre”, ”Jeg bestemmer selv hvordan jeg skal utføre oppgavene jeg blir tildelt”, ”Jeg bestemmer mitt eget arbeidstempo” og ”Jeg har innflytelse på når jeg skal utføre tildelte oppgaver”. Responskategoriene gikk fra 1 ” i svært liten grad” til 5 ”svært stor grad”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,82.

Emosjonelle krav ble målt ved hjelp av en indeks med fire spørsmål utviklet spesielt for ”helseprofesjonene” av de Jonge (de Jonge et al. 1999). Respondentene ble spurt om å indikere på en fem punkts skala hvor ofte de ble konfrontert med ”død”, ”stor menneskelig lidelse”, ”aggressive pasienter”, og ”trøblete pasienter”. Responsen ble angitt på en femdelt skala fra 1 ”aldri” til 5 ”alltid”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,81.

Forholdet mellom yrkesgrupper ble målt mellom ens egen yrkesgruppe og åtte sentrale grupper i helsesektoren (sykepleiere, ledere, psykologer, hjelpepleiere, leger, rehabiliteringspersonell, administrasjon og andre). Responsen ble angitt på en femdelt skala fra ”fiendtlig og anspent” til ”vennlig og avslappet”.

Graden av *sosial støtte* ansatte mottar fra nærmeste leder og kolleger ble målt med en forkortet utgave av to skalaer utviklet av van der Heijden (1998). *Sosial støtte fra nærmeste leder* ble målt med hjelp av disse spørsmålene: ”Er din nærmeste leder i stand til å verdsette verdien av arbeidet ditt og resultatene av det?”, ”Uttrykker din nærmeste overordnede sine meninger om arbeidet ditt?” og ”Gir din nærmeste overordnede konstruktive råd?” Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,84. *Sosial støtte fra kolleger* ble målt med tilsvarende spørsmål som sosial støtte fra nærmeste leder, men der ordene *nærmeste leder* ble byttet ut med ordet *kollega*. Skalaen gikk fra 1 ”ikke i det hele tatt” til 5 ” i stor grad”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,74.

Skala som måler *usikkerhet angående behandling* var hentet fra Nursing Stress Scale (NSS, Gray-Toft and Anderson, 1981). Instrumentet har fem spørsmål og ble målt på en femdelt skala 1 fra ”aldri” til 4 ”svært ofte”. Disse er: ”Indiker hvor ofte du blir stresset av følgende situasjoner” - ”utilstrekkelig informasjon fra annet helsepersonell angående en pasients medisinske tilstand”, - ”foreskriving av feil behandling for en pasient”, - ”ingen lege til stede ved en medisinsk krisesituasjon”, - ”tvil om en pasients eller dennes pårørende burde få vite om pasientens medisinske tilstand og behandling”, - ”usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr”. Spørsmålene ble tilpasset alle yrkesgrupper som jobber med pasienter. Det ble i tillegg lagt til ett spørsmål: - ”for lite personell til å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud”.

Forholdet mellom arbeid og familie ble målt ved hjelp av to skalaer utviklet av Netemeyer, Boles og McMurrian (1996). Den første skalaen heter *arbeid-familie konflikt* (WFC), og fastsetter i hvilken grad respondentene føler at arbeidet er i konflikt med familielivet. Skalaen har fem spørsmål og ble målt på en femdelt skala fra 1 ”helt uenig” til 5 ”helt enig”. Disse er: ”Jobbkravene er i konflikt med privat- og familieliv”, ”Tiden som jobben krever gjør det vanskelig å innfri ansvarsoppgaver overfor familien”, ”Ting jeg vil gjøre hjemme blir ikke gjort på grunn av kravene på jobben”, ”Min jobb skaper belastninger som gjør det vanskelig å oppfylle forpliktelsene til familien”, og ”Grunnet jobbrelaterte plikter må jeg forandre planene for familieaktiviteter”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,91. Den andre skalaen kartlegger den motsatte retningen av konflikten *familie i konflikt med arbeid*. Den har

også fem spørsmål. Disse er: ”Kravene fra min familie eller ektefelle/partner er til hinder for jobbrelaterte aktiviteter”, ”Jeg må sette ting til sides fordi det er behov for min tid hjemme”, ”Ting jeg vil gjøre på jobben blir ikke gjort på grunn av alle kravene fra min familie eller ektefelle/partner”, ”Mitt hjemmeliv er i konflikt med mitt ansvar på jobb, som for eksempel å komme seg på jobb i tide, utføre daglige oppgaver og overtidarbeid” og ”Familierelaterte belastninger forstyrrer mine muligheter til å utføre jobbrelaterte plikter”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,85.

Tilfredshet med lønn ble målt med en skala utviklet av NEXT-study group der vi har tilpasset spørsmålene til denne studien. Skalaen består av tre spørsmål. Disse er: ”Hvor fornøyd er du med lønnen din” -”i forhold til dine økonomiske behov”, -”tatt i betraktning lønnen i andre sammenlignbare yrker”, -”tatt i betraktning lønnen til samme yrkesgruppe i andre institusjoner”. Kategorisvarene gikk fra 1 som er ”ikke fornøyd i det hele tatt” og til 5 som er ”svært fornøyd”.

Overcommitment ble målt med ett instrument utarbeidet av Siegrist (in press). Skalaen har seks spørsmål utformet som påstander. Disse er: ”Jeg blir lett slått ut av tidspresset på jobb”, ”Så snart jeg står opp om morgenen begynner jeg å tenke på problemene på jobben”, ”Når jeg kommer hjem kan jeg lett slappe av i forhold til jobben”, ”folk som står meg nær sier jeg ofrer for mye for jobben min”, ”Arbeidet slipper sjelden taket og det er fremdeles i tankene mine når jeg legger meg om kvelden” og ”Hvis jeg utsetter noe jeg skulle ha gjort i dag, får jeg problemer med å sove om kvelden”. Responskategoriene gikk fra 1 ”sterkt uenig” til 4 ”sterkt enig”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,49.

Tilhørighet ble fastsatt på basis av arbeidet til Allen og Meyer (1996). Til denne studien ble skalaen som omfatter institusjonell tilhørighet og profesjonell tilhørighet valgt. Det ble målt på en femdelte skala fra 1 ”i svært liten grad” til 5 ”i svært stor grad”. *Institusjonell tilhørighet* ble målt ved hjelp av fire påstander. Disse er: ”Jeg føler at jeg virkelig hører til i denne organisasjonen”, ”Denne organisasjonen er av stor personlig verdi for meg”, ”Jeg er stolt av å høre til i denne organisasjonen” og ”Jeg føler meg ikke som en del av ”familien” i denne institusjonen”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,63. *Profesjonell tilhørighet* ble målt ved hjelp av fire spørsmål formulert som påstander. Disse er: ”Jeg føler virkelig jeg tilhører min yrkesgruppe”, ”Mitt yrke har stor personlig verdi for meg”, ”Jeg er stolt av å høre til i min jobb”, og ”Jeg føler meg ikke som en del av min yrkesgruppe”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,33.

Arbeidsevne ble målt ved hjelp av *arbeidsevne index* som er utarbeidet av Tuomi og kolleger (Tuomi et al. 1991) og oversatt til norsk av Øverby Helsesportsenter og Stami i fellesskap. Med dette instrumentet er det mulig å måle hvor godt arbeidstakere utfører sin nåværende jobb og gi prognoser på deres fremtidige arbeidsutførelse. Arbeidsevne indeksen dekker sju dimensjoner: nåværende arbeidsevne sammenlignet med arbeidsevnen når den var på sitt beste, arbeidsevne i forhold til kravene på jobben, antall diagnostiserte sykdommer, subjektivt anslått arbeidsreduksjon i forhold til sykdom, sykefravær siste år, egen prognose på arbeidsevne neste to år og mentale ressurser. Arbeidsevnen er blitt målt ved hjelp av 24 ulike spørsmål.

Utbrenthet ble målt av en skala med seks spørsmål som er hentet fra *Copenhagen burnout inventory* (CBI, Kristensen & Borritz, 2001). De spurte indikerte på en

fempunkts skala som gikk fra 1 "aldri/nesten aldri" til 5 "(nesten) hver dag". Spørsmålene var: "Føler du deg trett?", "Er du fysisk utslitt?", "Er du følelsesmessig utslitt?", "Tenker du: jeg klarer det ikke mer?", "Føler du deg oppbrukt?" og "Føler du deg svak og utsatt for sykdom?" Cronbach's alpha for denne skalaen var 0,85.

Tanker om å slutte ble målt med 9 spørsmål. Disse spørsmålene ble utarbeidet av NEXT-Study Group og deretter tilpasset denne studien. Spørsmålene var: "Hvor ofte i løpet av siste året har du hatt tanker om...", "-videre utdanning innen ditt yrke", "-videre utdanning utenom ditt yrke", "-å slutte i jobben", "-å gi opp yrket fullstendig og gå inn i en helt annen jobb", "-å skifte til en annen avdeling eller enhet", "-å se etter stilling ved et annet sykehus", "-å begynne å jobbe i kommunehelsetjenesten", "-å bli allmennpraktiserende", "-å bli selvstendig næringsdrivende". Responskategoriene gikk fra 1 "aldri" til 5 "hver dag". I tillegg var "ikke aktuelt" et alternativ. Det ble også stilt spørsmål om hvorvidt en hadde planer om å slutte innen 12 måneder å angi hovedgrunn for dette.

Fysiske og kjemiske risikofaktorer i arbeidsmiljøet ble kartlagt ved hjelp av spørsmålet "Hvor stor risiko utgjør følgende faktorer for deg?" -giftige stoffer, -smittefare, -støy, -temperatur, -tunge løft, -ensidig og monotont arbeid. Det ble angitt på skala fra 1 "ingen risiko" til 4 "svært stor risiko". "Ikke aktuelt" var et alternativ i tillegg. Bruk av hjelpemidler ble kartlagt ved hjelp av spørsmålet "har dere hjelpemidler til løfting og forflytting på din arbeidsplass?" ("nei", "ja", "ikke aktuelt"), "og hvis ja, bruker du dem vanligvis?" ("nei", "ja").

Arbeidstidsordninger ble kartlagt ved hjelp av spørsmål fra NEXT-Study Group og tilpasset norske forhold.

Sosiodemografiske data (kjønn, alder, arbeidstid og arbeidstimer, utdanning inklusive spesialutdannelse, år i yrket, antall år for nåværende arbeidsgiver, omsorgsforhold utenom jobb, tilrettelegging i forhold til barn) ble kartlagt ved hjelp av spørsmål hentet fra NEXT-Study Group og tilpasset norske forhold.

Andre spørsmål som ble hentet fra NEXT-Study Group var spørsmål om hvorvidt en mottar utilstrekkelig informasjon eller mottar informasjon for sent, om en mottar uoverenstemmende/motstridende ordrer i arbeidet, mulighet for å diskutere faglige spørsmål som en synes er viktige, økonomisk situasjon, trakassering på arbeidsplassen fra overordnet og kolleger, og vold fra pasienter. (ikke-relevante arbeidsoppgaver, underkvalifisering ikke brukt i spørreskjemaet).

2.3.2.2 Spørsmål som er hentet fra Heltef

Heltef (Stiftelse for Helsetjenesteforskning) har gjennomført flere studier av helsepersonell på norske sykehus. Vi har benyttet noen av Heltef sine instrumenter (Krogstad et al. 2002). Dette omfatter:

Sosiodemografiske: stillingstype (fast, tidsbegrenset utdanningsstilling, vikariat og annet), lederstilling (ja, nei) og kulturell bakgrunn.

Kulturell bakgrunn ble kartlagt ved hjelp av to spørsmål. Disse var: "Hvis du er innvandrер, hvor mange år har du bodd i Norge?" med svarkategorier "-i mindre enn ett

år”, ”-1-2 år”, ”-3-5 år”, ”-6-10 år” og ”-i mer enn 10 år”, og ”Hvilken kulturell bakgrunn har du?” med svarkategorier -”flerkulturell bakgrunn”, -”Norge”, -”Danmark, Sverige, Island, Finland”, -”Vest-Europa, Nord-Amerika, Oseania”, -”Øst-Europa”, -”Tykia, Midt-Østen”, -”Afrika”, -”Sør og Mellom-Amerika” og -”Asia”.

Oppfølging av ledere ble kartlagt ved hjelp av seks spørsmål formulert som påstander. Disse er: ”Alle nytilsatte får lederopplæring ved tiltredelse”, ”Jeg får god individuell oppfølging i rollen som leder”, ”Helseforetaket prioriterer lederutvikling”, ”I min avdeling er oppfølging av nyansatte prioritert”, ”Jeg opplever å ha støtte fra mine nærmeste medarbeidere” og ”Jeg opplever å ha støtte fra mine nærmeste overordnede”. Disse spørsmålene ble besvart på en skala fra 1 ”stemmer ikke” til 5 ”stemmer helt”.

Ledelse ble kartlagt ved hjelp av 7 spørsmål der responsen ble angitt på en fempunktsskala fra 1 ”stemmer ikke” til 5 ”stemmer helt”. Spørsmålene var: ”Den regionale foretaksledelsen (Helse Vest) har gode kunnskaper om vårt sykehus/senter”, ”I vårt helseforetak (Apotekene, Bergen, Førde, Stavanger) prioriterer ledelsen korrekt ut fra helhetsvurderinger”, ”Foretaksledelsen (Apotekene, Bergen, Førde, Stavanger) har gode kunnskaper om situasjonen i avdelingen”, ”Ledelsen på de enkelte avdelingene har gode kunnskaper om arbeidet på postene”, ”I min avdeling prioriterer ledelsen korrekt”, ”Min nærmeste overordnede har gode kunnskaper om min arbeidssituasjon”, ”Ledelsen legger stor vekt på å beholde sine ansatte”.

Bemanning og kompetanse på avdelingen ble kartlagt ved hjelp av 10 spørsmål. Spørsmålene ble besvart på en tidelt skala fra 1 ”svært mangelfull” til 10 ”fullt ut tilstrekkelig”. Fem av spørsmålene kartla avdelingens *bemanning*. Disse spørsmålene var: ”Hvordan vil du karakterisere” -”legebemanningen i forhold til arbeidsoppgavene ved posten/avdelingen?”, ”-sykepleierbemanningen i forhold til arbeidsoppgavene ved posten/avdelingen?”, ”-bemanningen av hjelpepleiere/omsorgsarbeidere i forhold til arbeidsoppgavene ved posten/avdelingen?”, ”-bemanningen til andre grupper i forhold til arbeidsoppgavene ved posten/avdelingen?”, og ”-kapasiteten til kontortjenesten ved posten/avdelingen?”. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,77. Kompetansen ved avdelingen ble kartlagt ved hjelp av tilsvarende spørsmål som over, men ordet *bemanning* ble byttet ut med ordet *kompetanse*. Cronbach’s alpha for denne skalaen var 0,87.

Kvalitet på pasientbehandling ble kartlagt ved hjelp av fire spørsmål. Disse var: ”Hender det at du opplever at pasienters problemer ikke blir behandlet fordi”, ”-nødvendig utstyr ikke er tilgjengelig?”, ”-riktig kompetanse ikke er tilgjengelig?”, ”-organiseringen av arbeidet hindrer det?” og ”-bemanningen er for lav?”. Responsen ble angitt på en femdelt skala fra 1 ”nei” til 5 ”ja, nesten daglig”.

2.3.2.3 Andre kilder

I spørreskjemaet som er brukt i studien i foretaksgruppen Helse Vest er det benyttet instrumenter som er hentet fra andre studier. En kort beskrivelse av disse følger nedenfor.

Forholdet mellom arbeid, aldring og pensjonering ble kartlagt ved hjelp av et instrument utviklet av Det svenske arbeidslivsinnstituttet gjennom prosjektet ”Ett

arbeidsliv for alle aldrar” (Torgen et al. 2001). Instrumentet har 16 spørsmål. De besvares på en skala fra 1 ”stemmer ikke” til 5 ”stemmer helt”.

Likestilling ble kartlagt ved hjelp av et instrument som er hentet fra ”Ett arbeidsliv for alle aldrar” (Torgen et al. 2001). Det består av fire spørsmål. Disse er: ”I hvilken grad mener du at kvinner og menn i helseforetaket har samme muligheter til å ”-utvikle seg faglig”, ”-oppnå lederstilling”, ”-få høyere lønn” og ”-bli værende til pensjonsalder”. Spesielt for denne undersøkelsen ble det lagt til to spørsmål. Disse er ”-påvirke mål og handlinger som utarbeides” og ”-ha innflytelse på viktige beslutninger”. Spørsmålene ble besvart på en femdelt skala fra 1 ”i liten grad” til 5 ”i stor grad”.

Helse, miljø og sikkerhet ble målt ved hjelp av et instrument som ble utviklet i en studie som heter ”Risikonivå på norsk sokkel” (Olsen & Stevenson, 2002). Fra dette instrumentet har vi hentet spørsmål fra to dimensjoner som heter ”mangel på kommunikasjon og bevissthet”, og ”fokus og engasjement”. ”Mangel på kommunikasjon og bevissthet” ble kartlagt ved hjelp av disse spørsmålene: ”Jeg er av og til presset til å arbeide på en måte som truer sikkerheten” og ”Mangelfullt samarbeid mellom ulike yrkesgrupper fører ofte til farlige situasjoner”. Chronbach’s alpha for denne skalaen var 0,67. ”Fokus og engasjement” ble målt ved hjelp av spørsmålene ”Min nærmeste leder er engasjert i HMS arbeidet på avdelingen”, ”Innspill fra verneombudene blir tatt seriøst av foretaksledelsen”, ”Helseforetaket jeg jobber i tar HMS alvorlig”, ”Min nærmeste leder setter pris på at jeg påpeker forhold som har betydning for HMS”, ”Mine kolleger er svært opptatt av HMS”, og ”Jeg kan påvirke HMS-forholdene på min arbeidsplass”. Alle spørsmålene ble besvart på en femdelt skala fra ”helt uenig” til ”helt enig”. Chronbach’s alpha for denne skalaen var 0,85.

Læring ble kartlagt ved hjelp av en subskala fra instrumentet ”The learning climate questionnaire” (Bartram et al. 1993). Skalaen som ble brukt måler andel ansatte som opplever at de har tid til å lære. Det ble målt med fem spørsmål. Disse var: ”Innenfor noen av mine arbeidsområder er det ikke tid til å holde tritt med forandringer”, ”Det er ikke tid til å øve seg på de tingene som jeg må kunne utføre”, ”Jeg har anledning til å gjøre en god del oppgaver utover mine plikter”, ”Jeg får ikke den tid jeg trenger til å lære nye oppgaver” og ”Jeg får anledning til å lære saker utenom mitt arbeidsfelt”. Spørsmålene ble besvart på en skala fra 1 ”helt uenig” til 5 ”helt enig”. Chronbach’s alpha for denne skalaen var 0,34.

Endring i jobbinnhold ble kartlagt ved hjelp av seks spørsmål fra en studie om omorganisering i energibransjen (Mikkelsen og Saksvik, 2004). Det ble først spurt om en hadde samme jobbinnhold nå som før omorganisering til helseforetak. Det ble på en femdelt skala fra 1 ”avtatt mye” til 5 ”økt mye”, angitt i hvilken grad en ved sammenligning av nåværende arbeidssituasjon med slik en hadde det før omorganisering (selv med samme jobben) hadde hatt en endring. Det ble spurt etter endring i disse faktorene: jobbtrygghet, læringsmuligheter, påvirkningsmuligheter, ansvar i jobben, stress i jobben og kontakt/dialog med nærmeste overordnet.

Organisasjonsklima ble kartlagt ved hjelp av et instrument fra ”The organizational assessment survey” (Dye, 1996) Det består av fem spørsmål kartlagt på en seksdelt responskala fra 1 ”svært uenig” til 6 ”svært enig”. Spørsmålene var: ”Folk i denne organisasjonen stoler egentlig ikke så mye på hverandre”, ”Folk i denne organisasjonen

har en tendens til å være kjølige og nedlatende overfor hverandre”, ”Det er mye varme i relasjonen mellom ledelsen og den ansatte i denne organisasjonen”, ”Folk i denne organisasjonen syter over ting uten å gjøre noe” og ”Ansatte med ulik yrkesbakgrunn samarbeider med hverandre”. Chronbach’s alpha for denne skalaen var 0,72.

Medvirkning ble kartlagt ved hjelp av et instrument utarbeidet av Dye (1996). Skalaen består av fire spørsmål. Disse var: ”I min avdeling får vi være med på å bestemme hvilke krav som skal settes til en god jobb”, ”I min avdeling har vi ofte anledning til å påvirke mål eller handlinger”, ”Alle ansatte i min avdeling er involvert i viktige beslutninger som angår dem” og ”De ansatte har gode påvirkningsmuligheter i de nye foretakene”. Responsen ble angitt på en skala fra 1 ”svært uenig” til 5 ”svært enig”. Chronbach’s alpha for denne skalaen var 0,86.

Fraværskultur ble målt ved hjelp av spørsmål hentet fra undersøkelsen om omstilling i energibransjen (Mikkelsen, 2003). Den besto av fire spørsmål. Disse var: ”Hos oss er det forventet at folk kommer på jobb uansett hvordan de føler seg”, ”Hos oss er folk hjemme når en har syke barn å ta seg av”, ”Hos oss er det ok å være hjemme når en har syke barn å ta seg av” og ”Hos oss er det for mye unødvendig fravær”.

Organisasjonsendring innen de enkelte foretak ble kartlagt ved hjelp av en skala hentet fra BRA-undersøkelsen i Statoil (Pedersen, 1999). Spørsmålene var: ”Vi bruker mer tid og ressurser på implementering av ny organisering enn det vi får igjen”, ”Toppledelsen vår er i stand til å forandre helseforetaket på en god måte”, ”Ny organisering vil gjøre vårt helseforetak til en mer utfordrende og stimulerende arbeidsplass”, ”Min klinikk/enhet er i stand til å forandre seg i tråd med nye forventninger” og ”Omorganiseringen vil ha liten betydning for min post/enhet, etter en tid er vi tilbake der vi var”. Et nytt spørsmål ble inkludert spesielt for denne studien: ”Hos oss er det motstand mot forandringer”. Responsen ble angitt på en firedelt skala fra 1 ”ikke i det hele tatt” til 4 ”i stor grad”.

Ved enkeltspørsmål ble det også stilt spørsmål om hyppighet og rutiner for debrifing, medarbeidersamtale, endring i psykososialt arbeidsmiljø og tiltak for bedring.

2.3.3 Statistiske analyser

Analysene har blitt utført med SPSS 11.5.

2.3.4 Analysemetoder

I forskningsrapporten bruker vi forskjellige kvantitative metoder for å besvare forskningsspørsmålene. De enklere formene for dataanalyse eller kvantitativ analyse uttrykker vi i form av **frekvensanalyser**, som regel i prosent. En frekvensanalyse viser hvor ofte en hendelse forekommer, eller hvor mange som har en gitt egenskap, i forhold til det totale utvalget. I denne rapporten presenteres hovedresultatene fra prosjektet ved hjelp av tabeller. I noen tabeller vil resultatene også bli presentert som **gjennomsnitt** (mean) og **median**. Median er den midterste verdien av alle verdiene i stigende rekkefølge, mens gjennomsnittet er det aritmetiske gjennomsnittet av summen til verdiene.

Kji-kvadrat statistikk sammenlikner kategorier og generer en statistikk som sammenlikner observerte med forventede frekvenser for hver kategori. Resultatet blir signifikant dersom observerte frekvenser avviker fra det som er tilfeldig når en også tar hensyn til tilfeldig samplingvariasjon. **ANOVA** betyr variansanalyse og har som hensikt å signifikantsteste forskjeller mellom middelerverdier (aritmetisk gjennomsnitt) for en variabel i grupper. Spørsmålet en vil undersøke er om forskjellene mellom gruppene inneholder systematisk variasjon i tillegg til den tilfeldige samplingvariasjonen.

En **faktoranalyse** er en metode for å identifisere underliggende begrep (faktorer) som ikke er direkte målbare, men som kan ekstraheres ved hjelp av et større antall observerbare variabler. Ideen med faktoranalysen er at de spørsmålene som har lik betydning konseptuelt sett, grupperes sammen. Følgende metafor kan forklare dette: Tenk at en stokket kortstokk blir kastet opp i luften. Det faktoranalysen gjør er å gruppere de ”kortene” som naturlig hører sammen i ordnede ”bunker”. ”Bunkene” er et empirisk (målbart) uttrykk for en latent (underliggende) holdning. Ved hjelp av observerbare variabler kan man identifisere underliggende ikke-målbare dimensjoner og hva disse konseptuelt innebærer. Et eksempel kan være at ”stress” er et fenomen som er vanskelig å måle, siden det finnes forskjellige typer ”stress”. Vi løser dette problemet ved at vi stiller mange ulike spørsmål som omhandler de mange dimensjonene ved ”stress”, og grupperer disse sammen ved hjelp av en faktoranalyse.

Cronbach’s alpha er en variant av **reliabilitetsanalyse** som hører sammen med faktoranalyse. En reliabilitetsanalyse vurderer hvorvidt alle variablene som inngår i en faktor uttrykker samme meningsinnhold. Man kan gjerne si at reliabilitetsanalysen er en kvalitetssikring av faktoranalysen.

Videre vil vi presentere en god del av tallmaterialet som **skalaer**. En skala må sees i forbindelse med faktoranalysen som er diskutert ovenfor. De ulike faktorene vi identifiserer, vil som regel operasjonaliseres empirisk som en skala. En faktor er egentlig mange spørsmål som er slått sammen til en skala. Skalaen kan enten uttrykkes i variablenes opprinnelige verdier (gjennomsnittsskåre), eller som en sumskåre der variablenes verdier er addert. Skalaene vil uttrykkes som gjennomsnittet for de ulike gruppene av ansatte. Et gjennomsnitt er summen av observasjonenes (ansattes) verdi på en gitt variabel, delt på antallet observasjoner. Svært ofte vil vi i forbindelse med gjennomsnitt oppgi **standardavviket**. Standardavviket forteller noe om variasjonen rundt gjennomsnittet. Hvis det er stor spredning (variasjon) i hva de ansatte har rapportert, vil standardavviket bli stort. Dersom standardavviket er lite, er det liten spredning på hva de ansatte har svart, og dermed stor ”enighet”. Noe mer folkelig sagt, er standardavviket det gjennomsnittlige avviket fra gjennomsnittet.

Korrelasjon måler hvor sterk sammenheng det er mellom to variabler. Et eksempel er at man kan måle hvor sterk sammenheng det er mellom stress og angst. En korrelasjon kommuniserer styrken i sammenhengene mellom to forhold. Korrelasjonskoeffisientene er standardisert innenfor intervallet ± 1 . Jo nærmere korrelasjonskoeffisienten er 1, jo sterkere er sammenhengen mellom to forhold eller variabler.

En **regresjonsanalyse** er en årsaksmodell der vi ser hvordan ett sett av faktorer (uavhengige variabler) påvirker et annet forhold (avhengig variabel). Et eksempel er at vi gjennom en regresjonsanalyse kan se hvordan faktorer som ”kontroll i arbeidet” og

”sosial støtte”, som alle her er uavhengige variabler, påvirker den avhengige variabelen ”jobbtilfredshet”. Det er tre viktige elementer som inngår i en regresjonsanalyse. Det er **regresjonskoeffisient, signifikans og forklart varians.**

Regresjonskoeffisienten beskriver styrken og retningen av sammenhengen mellom to variabler; årsaks- og effektvariabelen. For eksempel kan høye krav på arbeidsplassen ha sammenheng med større grad av helseplager. En regresjonskoeffisient på for eksempel 0,12 viser da at slike krav har en positiv effekt på helseplager. En positiv effekt betyr ikke nødvendigvis at effekten er ”positiv”, men derimot at større grad av krav gir større grad av helseplager. Hadde regresjonsvariabelen vært $-0,12$ hadde større grad av krav hatt sammenheng med mindre grad av helseplager. I tillegg bør en ta med at høyere regresjonskoeffisient viser at ”effekten” er større/høyere enn for en lavere regresjonskoeffisient. Dette gjør at en kan sammenlikne regresjonskoeffisientene med hverandre for å se hvilke variabler som har størst effekt for eksempel på helseplager.

Statistisk signifikans er et uttrykk for at de observerte empiriske fenomenene eller mønstrene er reelle, selv etter at vi har tatt hensyn til den statistiske usikkerheten som alltid er til stede i utvalgsundersøkelser (når ikke alle individer blir spurt). **Forklart varians** er andelen av variansen i avhengig variabel som forklares av de uavhengige variablene i en regresjonsanalyse. Dette kan forklares mer folkelig ved hjelp av følgende eksempel: Kjenner vi alle årsakene til at folk har angst, så kjenner vi 100 prosent av alle årsakene til angst. Forklart varians ville i et slikt tilfelle vært på 100 prosent. Hvis en regresjonsanalyse har en forklart varians på 40 prosent, så forklarer altså regresjonsmodellen 40 prosent av årsakene til angst. Innenfor psykologi vil en ”god” forklart varians variere mellom 15 og 40 prosent.

3 Resultater fra personlige intervju

I dette kapittelet vil det bli gitt en oppsummering av resultatene fra intervjuene som ble gjennomført før kartleggingen med spørreskjema.

3.1 Arbeidstidsordninger

I intervjuene kommer det fram at alle avdelinger har en fast bemanningsplan/turnus for pleiepersonellet, og videre at det varierer noe mellom bruk av todelt og tredelt turnus. I avdelinger som hadde todelt turnus ble det framhevet at dette var en ordning som gav mindre slitasje på personalet. Avdelingsledere vi har snakket med sier at det er et puslespill å sette opp turnus. For å lette arbeidet med turnusplanleggingen er det i flere av helseforetakene innført elektronisk kalenderplanlegging.

Ansatte sier at det blir eksperimentert med ulike turnusordninger på avdelingsnivå. En av turnusordningene de forteller om er ønsketurnus som har utgangspunkt i en fast bemanningsplan, samtidig som det legges til rette for at de ansatte i god tid før den endelige turnusen settes opp, får komme med ønsker om vakter og friperioder. Noen av de ansatte forteller om fordelene med ønsketurnus: den enkelte får større innflytelse på egen turnus og den gir mulighet for å legge tilrette for individuelle ønsker. Andre gir uttrykk for at de opplever at vaktplanene likevel kan være tøffe, i og med at det for pleiepersonellet alltid vil være ubekvemme vakter som må dekkes.

Videre ble det fortalt at noen avdelinger praktiserer årsturnus, som vil si at turnusen utformes for 52 uker om gangen. Noen mener en slik turnus gjør det enklere å organisere friperioder for de ansatte.

Noen av avdelingslederne opplyste at 12-timers skift har vært foreslått som en alternativ måte å organisere skiftene på. De mener det vil gi lengre friperioder, men sier også at slike alternative skift ikke har fått en positiv mottagelse av de ansatte. Noe av forklaringen avdelingslederne gir på dette er at pleiepersonellet synes det er godt å kunne gå hjem klokken tre (de kan ikke tenke seg å jobbe til klokken fem). I tillegg er lange skift vanskelig å få til med familie og småbarn.

Ansatte på akuttavdelinger, der de fleste innleggelses skjer som øyeblikkelig hjelp, sier at det er påkrevd med minimumsbemanning. De rapporterte at det kunne være vanskelig å planlegge og styre dagen med slik bemanning. Enkelte dager vil det være for få folk på jobb, andre dager for mange. Avdelingslederne vi snakket med understreket at de er fleksible og forskyver personell til andre vakter i den grad det er praktisk gjennomførbart. Men de poengterte at det i perioder likevel er påkrevd med ekstra bemanning. Dette er som oftest ansatte i halve stillinger, eller pleiepersonell som har arbeidet lenge i systemet og er kjent med rutiner, prosedyrer og pasientgrupper. De sa også at det i noen avdelinger har blitt brukt vikarbyrå, og at disse avdelingene har vært fornøyd med det.

Halve stillinger ser ut til å være vanlig blant pleiepersonellet, og blir av de ansatte vi har snakket med knyttet opp mot at det er tøft å arbeide fulle dager, spesielt når en blir eldre, er gravid eller har små barn. Det blir påpekt at halve stillinger innebærer at det er flere hoder å dele vaktene på, noe som gjør det lettere å dekke opp bemanningen for

helgene. Flere av avdelingslederne sa at deltidsstillinger gir økonomisk gevinst for avdelingen, siden sykepleiere og andre faggrupper i halve stillinger da kan gå ekstra vakter uten overtidsbetaling. En av de ansatte sa det slik: ”Ansatte i halve stillinger bør være folk som vil gå fullt”. Flere mener at det faglig sett er best med flest mulig hele stillinger, siden det sikrer kontinuitet. Noen sier at det kan være vanskelig med de halve stillingene når ansatte ønsker seg opp i en større stillingsprosent, da dette ofte har vært vanskelig å få til. Det ser dermed ut til at noen av pleiepersonalet må spe på den halve stillingen med ekstravakter, og dermed i perioder jobber fullt. Slik jobbing vil gi dårlig uttelling for opptjening av pensjonspoeng.

Blant legene kommer det fram at deres arbeidstidsordninger skiller seg fra resten av pleiepersonalets ordninger ved at de har tjenesteplan og går vanlig arbeidsdag med vakter. Det ser ut til at vaktordningene varierer fra avdeling til avdeling, men de sier også at regler og vernebestemmelsen har blitt strengere de siste årene, noe som har bidratt til å redusere forskjeller i tjenesteplanutformingen. Et eksempel som nevnes på type vaktordning for legene er 5-delt vakt, med arbeid hvert femte døgn (24 timers vakt) samt arbeid hver femte helg.

Generelt rapporteres det om deltidsstillinger har vært lite brukt blant legene. Det har i stedet vært vanlig at legene arbeider mer enn 100 prosent, noe som samlet sett gir mindre behov for innleie av vikarer. I et av helseforetakene forklarte de dette med at de ikke får tildelt flere legestillinger, på tross av at tilgangen på leger er god. Problemet synes også å være at stillinger som blir tildelt ofte er utdanningsstillinger av begrenset varighet. Ved mindre lokale sykehus derimot ble det rapportert om vansker med å rekruttere leger, slik at det har blitt nødvendig med vikarer. I ett av foretakene ble det sagt at det blir benyttet faste danske og svenske vikarleger for å dekke planlagt avspasering, en ordning som de er svært fornøyd med. Et moment som ble trukket fram av legene vi snakket med, er at de de siste årene har vært en sterk økning i andel kvinnelige medisinerstudenter og turnuskandidater, noe som gjør at delte stillinger kan bli mer aktuelt på sikt.

Andre faggrupper av helsepersonell (ergoterapeuter, fysioterapeuter) fortalte at de sjelden går i turnus. Innen disse faggruppene ser det ut for at de fleste jobber i hele stillinger. De som har redusert stilling sier de jobber i 75 prosent stilling eller større, og dette er som regel ansatte med barn. De vi snakket med innen disse faggruppene sier det er en fordel at alle jobber 100 prosent, siden små stillingsprosenter er vanskelige å få dekket opp, og det kan gi en større arbeidsbelastning på de andre ansatte.

3.2 Behandlingskvalitet

Fra de ulike foretakene kom det fram at det arbeides kontinuerlig med kvalitetsutviklingstiltak i pasientbehandlingen på avdelingsnivå. Ved noen sykehus fortalte ansatte at det er etablert kvalitetsutvalg med representanter fra leger, de ulike profesjonene og ledelsen. Fra samtlige foretak ble det rapportert at kvalitetssikring av prosedyrer og dokumentasjon prioriteres høyt, og at det er en bevissthet omkring registrering av avvik. Videre fortalte ansatte at det er utviklet fagspesifikke kvalitetsindikatorer som innebærer registrering av reinnleggelser generelt, reinnleggelser etter visse typer kirurgiske inngrep, tvangsinnleggelser med mer. En

intensjon med kvalitetsindikatorerne er at de skal kunne benyttes til å sammenlikne sykehus nasjonalt og internasjonalt og at det skal være mulig å si noe om 'best practice'.

Når det gjelder pasienttilfredshet ble det trukket fram at det er viktig å legge til rette for at pasienter og pårørende raskt skal få komme i kontakt med sykehuset for å få informasjon og veiledning. De vi snakket med mente også at noen avdelinger kan være for rigide når det gjelder visittider.

Pleiepersonellet og legene understreket betydningen av faglig oppdatering for å oppnå god behandlingskvalitet, og pekte på at dette kan skje gjennom interne/eksterne kurs og undervisning. Pleiepersonellet ga uttrykk for at det å komme ut av avdelingen og få faglig innsikt er en god mulighet til å se avdelingens praksis på avstand, og dermed avdekke forhold som burde vært annerledes. Det ble også understreket av lederne og de ansatte at den enkelte har et ansvar for å sørge for at ny kunnskap overføres til resten av personalgruppen.

Det kom videre fram at noen avdelinger har innført egne opplæringsprogram for nyansatte sykepleiere. Programmet skal gjøre sykepleierne fullt kompetente til å gjennomføre aktuelle prosedyrer i avdelingen, og dermed sikre en god behandlingskvalitet. Ved flere avdelinger sa de ansatte at det er det etablert fagteam med sykepleiere og eventuelt leger. Disse fagteamene/gruppene har ansvar for å oppdatere personalet i avdelingen på sine felt. Men i enkelte foretak ble det påpekt at det fortsatt er en sektortenkning som råder, og at det er tette "skott" mellom profesjonene. Sektortenkningen gjør at det kan være vanskelig å sette seg ned i fellesskap for å diskutere prosesser og behandlingskvalitet.

3.3 Ressurser og personalpolitikk

En god personalpolitikk ble av flere blant pleiepersonalet betraktet som å få den enkelte arbeidstaker til å føle seg verdifull, og en bevissthet om å vedlikeholde og utvikle kompetanse. Det ble vist til at dette krever at både ledere og medarbeidere er bevisst på å gi oppmerksomhet og tilbakemelding når den enkelte har gjort en god jobb. Å ta de ansatte med på råd og holde dem orientert ble også trukket fram som viktig for en god personalpolitikk. Det ble også understreket at det er viktig å vise interesse ved sykdom og sykemelding.

Flere av de ansatte som vi snakket med påpeker at det er en utfordring for helsevesenet med ansatte som ikke gjør en god nok jobb. Det ble understreket at det er en lederoppgave å ta opp kritikkverdige forhold med den det gjelder, og ta tydelige beslutninger. De ansatte mente at det er mye feighet i systemet knyttet til dette problemet, og at mange unngår å ta opp vanskelige forhold.

Det ser ut til at det ikke er noen synlig seniorpolitikk for pleiepersonellet generelt i de ulike helseforetakene. Flere av dem vi snakket med sa at de ønsker å bli i jobben så lenge helsen holder. Det ble ytret ønske om å tilrettelegge for halve stillinger dersom det er mulig, siden det vil gi mer overskudd både hjemme og på jobb. Flere understreket at det er behov for ansatte med erfaring. Eldre og unge kan på den måten oppdatere hverandres kunnskap. Personalet fortalte at det er vanlig at ansatte går av med pensjon når de er 62 år, mens noen går til de er 65 år. Krav om å være faglig oppdatert på

teknisk utstyr og kunnskap, turnusordningene, spesielt nattevaktene, krav til konsentrasjon, høyt tempo, krav til hurtige omstillinger og fysisk slitasje er noen av forklaringene som kom fram. De som arbeider ut over fylte 62 år synes å være de som ikke har opptjent full pensjon, gjerne fordi de har arbeidet lenge i halv stilling. Blant legene kom det fram at det i deres faggruppe har vært vanlig å arbeide til de er 70 år, og at de ofte går i hele stillinger til de har passert 67 år.

Ut fra intervjuene ser det ut til at en stor andel av pleiepersonalet er unge sykepleiere i etableringsfasen. Det ble også sagt at de som er gravide blir spart for fysisk tungt arbeid, ulike prosedyrer som cytostatikabehandling og røntgenundersøkelser, samt urolige pasienter. Avdelingslederne vi snakket med understreket at de er fleksible når det gjelder å legge til rette for den gravide, ved å gjøre om på vakter, redusere nattevaktene og type arbeidsoppgaver. Men dersom det er mange gravide i avdelingen samtidig kan det bli en byrde for resten av personalgruppen, som må ta på seg flere arbeidsoppgaver. Det ble også sagt at det ikke er mulig å leie inn vikar for en som er gravid, så lenge den gravide ikke er sykemeldt eller går i aktiv sykemelding.

3.4 Jobbtilfredshet, kompetanse og personalutvikling

Ansvar for liv og helse fremstår som det mest krevende ved å jobbe i helsevesenet. Det de ansatte opplevde som krevende i jobben ble knyttet til de fysiske og psykiske tungene sidene ved arbeidet, som overtidarbeid, situasjoner som gjør inntrykk, det å være smilende og imøtekommende hele dagen ("å være på tilbudssiden hele tiden"), samt turnus og rutiner.

Flere avdelingsledere opplevde at de ikke har tid til å sette seg ned på kontoret. En av lederne sa det slik: "Jeg er ikke herre over min egen tid". På grunn av mangel på tid må noe arbeid tas med hjem, slik som turnusplanleggingen og telefoner til langtidssykemeldte. Det ser ut til å være vanlig å "ha jobben i hodet hele tiden". Samtidig ble det understreket at det er viktig å sette grenser, og være bevisst på hva som er pasientenes problemer, og hva som er ens egne problemer. Lederne ser det derfor som viktig å støtte opp om de ansatte, å være tilgjengelig som leder, samt sørge for at det er veiledningstilbud i avdelingen.

Ansatte fremhevet at kompetanseutvikling blir viktig for å føle at en strekker til i forhold til egne arbeidsoppgaver. Det er også en utbredt oppfatning at ansatte som ønsker faglige utfordringer bør få lagt til rette for dette, slik at de får benyttet sine sterke sider. På den måten unngår en å miste verdifull kompetanse.

Avdelingsledere understreket at det ble lagt til rette for permisjoner i forbindelse med kurs og videreutdanning for å stimulere til kompetanseutvikling blant personalet. Samtidig ser lederne at det er et ressursproblem hvor mange ansatte som kan være ute i videreutdanning samtidig. For legene kom det fram at det varierer fra avdeling til avdeling hvordan det legges til rette for videreutdanning og spesialistutdanning. De oppga at det som regel gis lønn for et bestemt antall uker, legene beholder en basislønn og får eventuelt et stipend.

Det kom også fram i intervjuene at det flere steder ble jobbet med å innføre lesedager for de ansatte, som del av den generelle kompetanseutviklingen på avdelingsnivå. Men

flere av avdelingslederne påpekte at det ikke bare handler om å få avsatt tid til å oppdatere seg faglig i arbeidstiden, det handler like mye om kulturen i avdelingen og den enkelte ansattes holdninger til dette. Når det er ledig tid mellom oppdrag, vil det være hensiktsmessig å sette seg ned å lese istedenfor å drikke kaffe. Men dette krever holdningsendringer og fordrer at de ansatte kommer ut av gamle spor. En av avdelingslederne sa at hun betraktet det nærmest som en klisjé at sykepleierne ikke har tid til faglig oppdatering. Også blant pleiepersonalet ble det satt fokus på at den ansatte selv har et ansvar for egen læring og utvikling.

3.5 Samhandling og kommunikasjon

Ut fra intervjuene ser det ut til at profesjonene og det hierarkiske systemet preger sykehuskulturen. Profesjonsstrid kan være personrelatert, men også alder og kjønn synes å være av betydning. Flere av sykepleierne beskrev situasjoner hvor de har opplevd at deres faglige vurderinger ikke har blitt tatt på alvor, på tross av lang erfaring og mye kunnskap. De mente slike episoder kunne knyttes til nyansatte behandlere som verken kjente rutiner, systemet eller tenkningen som ligger til grunn for blant annet miljøtiltak i psykiatrien. En av legene vi snakket med beskrev dette som et dilemma mellom autorisasjon og erfaring. Autorisasjon gir klare grenser når det gjelder ansvar og myndighet, men det kan være vanskelig å vurdere fagligheten til en nyutdannet. Samtidig ble det understreket at det er legen som har det medisinske ansvaret, men dialogen og kommunikasjonen med personalet i avdelingen må være god. Sykepleierne er hos pasienten 24 timer i døgnet og behandlerne er avhengig av pleiepersonalets observasjoner.

Det ble fortalt at omgjøring av hjelpepleierstillinger til sykepleierstillinger var et forhold som hadde blåst liv i profesjonsstriden ved somatiske sykehusavdelinger og poliklinikker. En av avdelingslederne sa om sin avdeling: ”Jeg fikk gjort om til bare sykepleiere. Fordi det er så mye monitoreringsjobber og innovativ behandling, der det handler om å putte nåler inn i folk hele tiden, så det ble slitsomt med hjelpepleiere. Sykepleiere kan en bruke til alt, du har det helt fritt i forhold til hva en kan sette de til i forhold til opplæring og hva de kan. Hjelpepleiere ble sittende på vaktrommet fordi denne prosedyren måtte en sykepleier gjennomføre, og jeg måtte inn selv. Når det ble naturlig avgang så gjorde vi om”. Men avdelingslederne vi snakket med understreket at de var opptatt av kompetanse og ikke profesjon.

Medarbeiderne vi intervjuet ga alle eksempler på opplevelser som hadde gått inn på dem. De fleste sa at de følte de fikk bearbeidet slike opplevelser sammen med kolleger og ledere. På de fleste avdelinger ble det opplyst om at de har rutiner for debriefing. Men det ble likevel gitt eksempler på at faggrupper ble glemt (hjelpepleiere) i debriefingsprosessen etter dødsfall og dramatiske hendelser på avdelingen. Avdelingslederne påpekte at debriefing først gjennomføres med de som har vært til stede når hendelsen inntraff, og deretter med alle de som ønsker en slik gjennomgang. Dersom det hadde skjedd åpenbare feil, og rutiner ikke hadde fungert, ble det lagt opp til en gjennomgang i etterkant. I et av foretakene savnet de ansatte formaliserte rutiner for debriefing som gjaldt for hele foretaket.

3.6 Informasjon

En generell utfordring knyttet til informasjonsoverføring i helseforetakene ble rapportert å være at den må skje over flere nivå. Intranett har foreløpig ikke fått den viktigste plassen når det gjelder informasjonsoverføring, i noen enheter/avdelinger oppga ansatte at de ikke har blitt koblet skikkelig opp til intranett. Intranett ble beskrevet som dårlig: ”det står mye informasjon der, men den er dårlig oppbygd og lite brukervennlig”. Ansatte formidlet at muntlig informasjon fortsatt er viktig på avdelingsnivå, gjennom morgenmøter og avdelingsmøter. På noen avdelinger/klinikker fortalte de ansatte om informasjon via nyhetsbrev festet til lønsslippen.

Det ble av personalet vi snakket med påpekt at informasjon ofte ikke når fram. Ansatte understreket at spesielt i prosesser med omorganiseringer er det viktig med god informasjonsflyt, gjennom åpenhet vil en spare personalgruppen for usikkerhet.

3.7 Sykefravær

Ut fra intervjuene ser det ut til at helseforetakene generelt har et problem når det gjelder sykefravær. Fraværet blir sagt å være høyest blant de som har underordnede stillinger og lavest hos de i overordnede stillinger. Sykefraværet blant unge kvinnelige arbeidstakerer ble forklart som resultat av svangerskap og syke barn.

Det ble påpekt av ansatte i et av foretakene at det ikke finnes en oversiktlig HMS-avdeling som de ansatte kjenner og vet hva de kan benytte til. Det eksisterer heller ikke noen bedriftslegeordning. Videre sa de at dette er forhold det har blitt opponert mot lenge, men at de ansatte ikke har fått gehør hos ledelsen. Bedriftslegeordning er dyr og ledelsen påpeker at alle de ansatte har fastlege som de kan benytte. Det ble påpekt at ”helsevesenet er dårligst til å ta vare på arbeidstakernes helse”.

Flere ansatte mente at en stabil personalgruppe hvor det var faglig trygghet og støtte, samt takhøyde for diskusjon, var et viktig bidrag til et godt arbeidsmiljø, og viktig for å forebygge sykefravær.

3.8 Likestilling

Likestilling ble av flere av dem vi snakket med assosiert med det å ha like rettigheter og muligheter for begge kjønn, samt det å vise respekt for ulike yrkesgrupper og profesjoner. Generelt opplevde de ansatte at likestilling ble betraktet som et ikke-tema i helseforetakene, og det var ikke kjennskap til om det eksisterte en likestillingspolitikk. Det ble enkelte steder påpekt at det tidligere hadde vært tilfeller hvor kvinner var blitt oppfordret til å søke lederposisjoner. Generelt var de vi snakket med mest opptatt av at ansettelser bør foretas med basis i skikkethet og faglige kvalifikasjoner, og ikke kjønn.

Generelt i helseforetakene synes det å være flere kvinner ansatt på sengepostene enn menn. Avdelingslederne vi snakket med, sa at det er viktig å ivareta de få mennene som arbeider på avdelingsnivå, så de ikke forsvinner. Flere understreket at det er bra med begge kjønn i en personalgruppe. Menn og kvinner møter problemer på ulike måter, noe som er verdifullt for arbeidet i en avdeling.

Ut fra intervjuene ser det ut til at mannlige sykepleiere raskt går over i lederstillinger og mer "action"-pregede stillinger (i akuttmottak og ambulansetjeneste). Ansatte påpekte at mannlige sykepleiere tjener bedre enn de kvinnelige. Det ble sagt at dette kan ha sammenheng med at menn er mer karrierebevisste og raskt tar videreutdanning, og dermed går opp i lønn. Andre forklaringer går på at menn er flinkere til å stille tydelige lønnskrav, og hvis de ikke får mer lønn så slutter de. Flere av de ansatte vi snakket med sa at kvinnene må bli flinkere til å markere seg og komme mer frampå, både når det gjelder lederstillinger og lønn. En av de ansatte sa det slik: "Menn er overbevist om at de er kvalifisert, kvinner derimot tror aldri de er kvalifisert nok".

Det ble påpekt at etter hvert som andelen kvinnelige leger øker som følge av at det utdannes flere, vil det bli en jevnere kjønnsfordeling blant legene. Generelt rapporteres det om få kvinnelige seksjonsoverleger. Ved SIR blir det oppgitt å være 15 prosent kvinnelige overleger, og at kun en av de nye direktørene er kvinne. Legene sa at det rekrutteres få kvinner til kirurgiske fag, men mange til pediatri. De kvinnelige legene mente det er viktig å få tilrettelagt arbeidsdagen når de har små barn og familie. De sa samtidig at dersom en som kvinne skal komme videre i systemet må stillingen skreddersys hvis en skal gå redusert stilling. Det ble gitt eksempler på saker som var brakt inn for Den Norske Lægeforening, hvor leger som var gravide var blitt forbigått i ansettelsesprosesser.

3.9 Lønn, rekruttering og overtid

Inntrykket fra intervjuene er at ansiennitet og erfaring har vært det sentrale for lønnsfastsetting, selv om lønnsdifferensieringen generelt i helsevesenet ser ut til å være liten. Ansatte fortalte om at det nå er åpnet for personlige tillegg ved lokale lønnsforhandlinger, av noen kalt "trynetillegg". Videre kom det fram at fagforeningene forhandler, med basis i det den ansatte har beskrevet som sin kompetanse og sitt ansvarsområde. Blant enkelte av legene kom det fram en bekymring for at kvinnelige leger ville bli tapere i de lokale lønnsforhandlingene. Det ble fra flere hold uttrykt misnøye med at personer i samme stilling lønnes forskjellig kun fordi noen er flinkere til å snakke for seg enn andre.

Intervjuene viser en del variasjon i sykepleiernes holdning til eget lønnsnivå: noen er rimelig fornøyd, andre mener de burde hatt høyere lønn. Spesielt sykepleierne som er avdelingsledere mente at formelt ansvar ikke står i forhold til reell myndighet, og at lederansvar ikke gir særlig uttelling på lønnsnivået. De sa at i noen tilfeller har avdelingssykepleierne lavere lønn enn sykepleierne de er ledere for.

Kriterier for hva som skal gi lønsmessig uttelling ble av de ansatte beskrevet som viktig i og med at det er liten tradisjon, spesielt blant pleiepersonell, for å framheve seg selv når det gjelder lønn. Kompetansheving og ansvar ble framhevet som noen slike kriterier. Andre forhold som ble trukket fram av betydning for lønnsøkning var evne til samarbeid og til å skape gode relasjoner, veiledningskompetanse samt det å være en ressursperson som også benyttes utenfor avdelingen. Blant legene ble publikasjoner og det å sette i gang nye prosjekter av faglig og administrativ karakter, trukket fram som sentrale indikatorer for personlig avlønning.

Lønn blir sett som et virkemiddel i rekrutteringssammenheng. Spesielt ved mindre sykehus ble det fortalt om bruk av spesielle rekrutteringstiltak som to ekstra lønnstrinn for sykepleiere samt tilbud om barnehageplass. Når det gjelder legene kom det fram at det har vært vanskelig å rekruttere spesialister til mindre sykehus og det har der vært benyttet stipendordninger, mot bindingstid.

Ved ett av foretakene er det ifølge de ansatte vi har snakket med lettere å rekruttere sykepleiere enn leger. God tilgang på sykepleierstudenter har vist seg å bidra til god rekruttering av sykepleiere, også til de fleste lokale sykehusene. En av de ansatte påpekte i denne sammenheng betydningen av det å være positiv i møte med studenter og gjøre en synlig god jobb. Ut fra intervjuene ser det ut til at det på tross av dette fortsatt finnes steder, fortrinnsvis i psykiatrien, hvor ufaglært personale, (eventuelt hjelpepleiere) er ansatt i sykepleierstillinger.

Det uttrykt misnøye fra flere ansatte med at det drives privat praksis ved siden av offentlig tilsetning. Det kan bli vanskelig å skille rollene når det gjelder hva som skal gjøres privat og hva som skal gjøres i det offentlige. Ansatte mente et resultat av dette kan være at det offentlige sitter igjen med de tyngste tilfellene. Et dilemma som kommer fram med hensyn til privat praksis er når det oppstår ventelister. Ved å henvise til en privat spesialist vil pasienten kunne få en rask vurdering. En del rettigheter pasienten har, utløses først når vurderingen er gjort. Dersom pasienten må vente på dette vil han ikke få adgang til rettigheter han kan ha krav på (trygd, stønader mm.). Dersom kommunen får tilgang/ansatt den ekspertisen de har behov for, vil dette problemet bli mindre. Det ble foreslått at for mindre kommuner vil interkommunalt samarbeid om slike tjenester kunne være en løsning.

Ansatte fortalte at avdelinger har gjennomført ukompliserte undersøkelser og inngrep på kveldstid for å forkorte ventetiden på undersøkelser og operasjoner, blant annet i somatikken. En av avdelingslederne vi snakket med, sa at de på tre til fire timer på kvelden klarte å ta unna flere undersøkelser enn de klarte på en åtte timers dagvakt. Forklaringen på dette var god planlegging, og lite forstyrrelser og avbrudd. De ansatte ble godt betalt for dette arbeidet, samt at de fikk avspasere på dagtid.

3.10 Omstilling og endringsvilje

Flere av de ansatte vi snakket med sa at de hadde merket lite til omorganiseringen på toppen ved etableringen av foretaksgruppen Helse Vest. Helse Vest ble etablert som del av den statlige overtakelsen av sykehusdriften og som tidligere lå under fylkeskommunene. Med denne overtakelsen ble sykehusene organisert som foretak under en sentral regional ledelse. Organiseringen i foretak i Helse Vest har vært preget av flere frustrasjoner. Det ble påpekt at Helse Vest, helseforetakene og de enkelte sykehus ikke er samkjørte verken på omstruktureringer eller strategiprosesser. Det er også brukt lite tid til å lytte til de ansatte på avdelingsnivå, ”det er jo de som vet hva som foregår”. I og med at mange beslutninger tas sentralt føler de ansatte seg lett som små brikker i et større spill, uten makt og myndighet. På denne bakgrunn opplever ansatte at sentralisering av ansvar skaper avstand, og kan bidra til å svekke identitet.

De ansatte synes å ha opplevd at overgangen til helseforetak har medført et enormt fokus på økonomi. Noen av legene vi snakket med var spesielt opptatt av dette, og var redde for at fokus på økonomi vil gå på bekostning av pasientene. En av legene vi snakket med mente at en av de største ledelsesutfordringene i tiden framover ville være å samkjøre økonomi og det faglige. Det burde videre bli mulig å ta flere avgjørelser ute i de enkelte enheter (klinikker, seksjoner, avdelinger).

Når det gjelder enhetlig ledelse, som formelt sett er innført som del av ny organisasjonsstruktur, ble det uttrykt usikkerhet om dette er noe som vil bli gjennomført i praksis fremover. Det ble fortalt at det fortsatt er skjult todelt ledelse flere steder, siden det er en stor utfordring å administrere en hel pleiegruppe, i tillegg til å ha det medisinsk-faglige ansvaret. Ansatte påpekte at avdelingssykepleieren/-lederen lett får en rådgiverrolle i forhold til den enhetlige ledelsen. En lege vi snakket med påpekte da også at legene ikke har vært flinke nok til å skolere seg administrativt, sykepleierne har mer administrativ skoling. Legen mener det på mange måter vil være hensiktsmessig med en todelt ledelse, med en faglig og en administrativ leder. Med enhetlig ledelse blir det ved utlysning av lederstillinger lett en konflikt mellom faglige kvalifikasjoner, og administrativ og økonomisk kompetanse.

4 Resultater fra spørreskjemaundersøkelsen

Antall medarbeidere i de ulike foretakene som besvarte undersøkelsen og svarprosent for de fire foretakene er vist i Tabell 1. Svarprosenten totalt for hele regionen var på 38 prosent. Apotekene Vest hadde høyest svarprosent med 78 prosent. Lavest svarprosent hadde Helse Bergen med 33 prosent.

Tabell 1. Antall besvarelser og svarprosent. Foretak

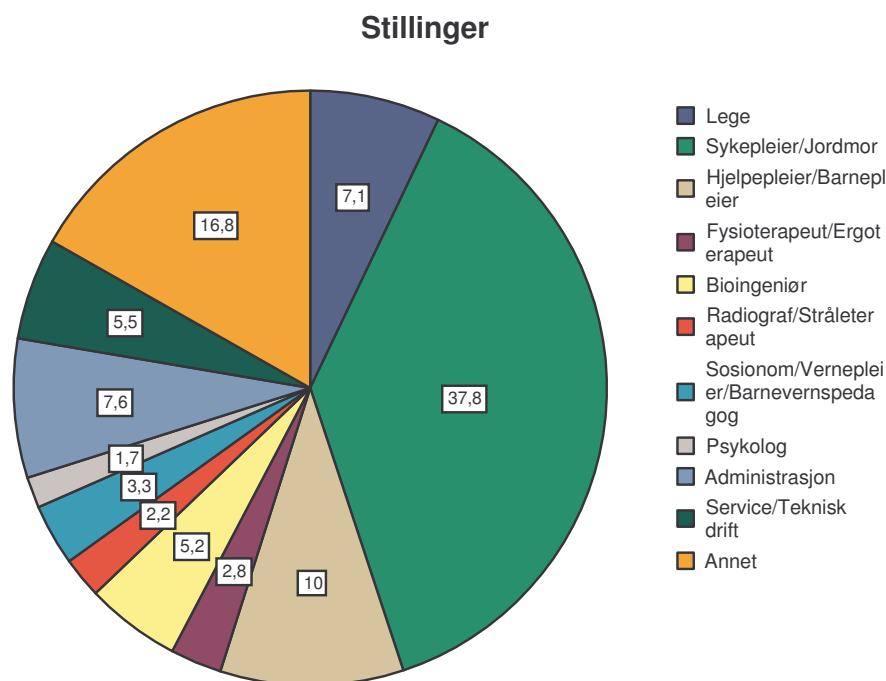
Foretak	Antall besvarelser	Svarprosent
Apotekene Vest	136	77,7
Helse Bergen	2820	33,2
Helse Førde	855	40,6
Helse Stavanger	2043	43,2
Totalt	5892	38,0

Antall respondenter fordelt på yrkesgruppe, kjønn, gjennomsnittlig alder og gjennomsnittlig arbeidstid for hver av yrkesgruppene er vist Tabell 2.

Av de totalt 5892 respondentene var det 4702 (80 prosent) kvinner og 1038 (18 prosent) menn (3 prosent oppga ikke kjønn). Den totale gjennomsnittsalder for respondentene var 42,1 år. Høyest gjennomsnittsalder hadde hjelpepleiere med 49,0 år og lavest gjennomsnittsalder hadde radiografer/stråleterapeuter med 37,0 år. Hjelpepleierne var den yrkesgruppen som hadde flest antall år i yrket med 21,4 år i gjennomsnitt. Tilsvarende var det stråleterapeuter/radiografer som hadde færrest antall år i yrket med 10,6 år i gjennomsnitt. Det var legene som jobber mest med 41 timer i uka. Hjelpepleierne var den yrkesgruppen med færrest arbeidstimer per uke med 29 timer i uka.

Tabell 2. Antall respondenter, alder, arbeidstid og antall år i yrket. Etter yrkesgruppe

Yrkesgruppe	Antall personer	Alder Gjennomsnitt	Arbeidstid (timer/uke)	Antall år i yrket
Leger	409	44,0	41,0	14,7
Kvinner	174	41,2	40,4	11,7
Menn	230	46,0	41,2	15,7
Sykepleier/Jordmor	2177	39,7	31,1	12,8
Kvinner	1980	40,1	31,0	12,9
Menn	191	36,0	34,1	9,5
Hjelpepleier/Barnepleier	575	49,0	28,9	21,4
Kvinner	549	49,1	28,6	21,0
Menn	24	47,7	33,3	18,0
Fysioterapeut/Ergoterapeut	161	39,7	34,0	13,3
Kvinner	131	40,4	33,7	14,0
Menn	30	37,0	35,4	5,8
Bioingeniør	298	40,7	32,5	16,1
Kvinner	285	40,8	32,5	15,7
Menn	13	38,1	34,2	13,9
Radiograf/Stråleterapeut	128	37,0	35,5	10,6
Kvinner	100	37,0	35,2	10,4
Menn	28	37,3	36,4	11,4
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	192	40,2	33,2	10,8
Kvinner	145	40,5	32,8	10,5
Menn	47	39,4	34,6	10,1
Psykolog	97	43,2	35,5	12,9
Kvinner	62	42,3	35,9	12,4
Menn	35	44,9	35,0	13,5
Administrasjon	435	45,9	35,3	13,8
Kvinner	388	46,0	34,7	13,3
Menn	95	45,8	37,4	12,8
Service/Teknisk drift	318	44,3	34,1	13,9
Kvinner	153	44,9	31,8	13,0
Menn	164	43,8	36,1	13,8
Annet	967	42,0	32,9	11,5
Kvinner	785	42,2	33,1	11,0
Menn	181	41,0	32,3	11,6
Totalt	5892	42,1	32,3	13,8
Kvinner	4702	42,1	32,0	13,6
Menn	1038	42,0	36,1	12,6



Figur 1. Fordelingen mellom de ulike yrkesgruppene. Prosent

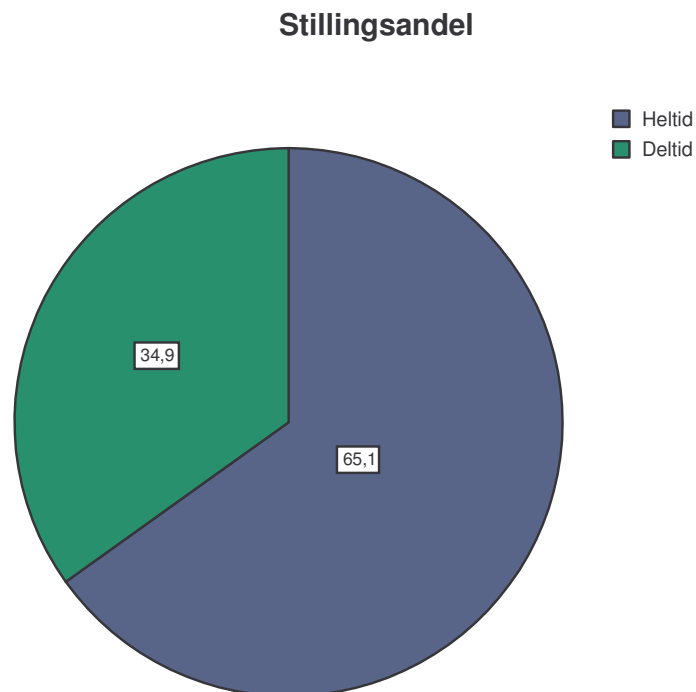
Fordelingen mellom de ulike yrkesgruppene i prosent er vist i Figur 1. Den dominerende yrkesgruppen i materialet var sykepleiere som utgjør 38 prosent. Det er 10 prosent hjelpepleiere og sju prosent leger. En annen stor gruppe er administrativt ansatte som utgjør åtte prosent av de som svarte. Det var 17 prosent som tilhørte yrkeskategorien "annet". Den minste gruppen var psykologer som utgjør to prosent av utvalget.

Helsevesenet har medarbeidere med ulik kulturell bakgrunn. I denne undersøkelsen svarte sju prosent at de kommer fra et annet land enn Norge. Av alle som hadde bakgrunn fra annet land enn Norge, utgjorde de nordiske landene to prosent og Vest-Europa, Nord-Amerika og Oseania to prosent. I Apotekene Vest oppga ni prosent bakgrunn fra et annet land enn Norge, åtte prosent i Helse Stavanger, sju prosent i Helse Bergen og fem prosent i Helse Førde. Dersom en sammenlikner med arbeidsmarkedsstatistikken for den norske populasjonen generelt, så utgjør førstegenerasjonsimmigranter seks prosent av den totale arbeidstokken. Det er tre prosent som kommer fra vestlige land og fire prosent fra ikke-vestlige land (SSB, 2003).

4.1 Arbeidstid og arbeidstidsordninger

I dette avsnittet gis bakgrunnsinformasjon om arbeidsordninger og arbeidstider. Vi viser blant annet tall for bruk av deltidstillinger, årsaker til bruk av deltid og arbeid for annen arbeidsgiver.

4.1.1 Hel-og deltidstillinger



Figur 2. Fordeling av heltid og deltid i foretaksgruppen Helse Vest

Fordeling av heltid og deltid for hele foretaksgruppen er vist i Figur 2. Det var 35 prosent av de spurte som gikk i deltid og 65 prosent som gikk i heltid. De som gikk i deltidstillinger jobbet i gjennomsnitt 24 timer i uka. Bruk av deltid i de ulike foretakene er vist i Tabell 3.

Tabell 3. Deltidsstillinger. Foretak. Prosent

% within -		Stillingsandel
		Deltid
-	Apotekene Vest	35,9%
	Helse Bergen	33,1%
	Helse Førde	33,9%
	Helse Stavanger	37,5%
	Total	34,8%

Helse Bergen hadde lavest andel ansatte i deltidstillinger med 33 prosent mens Helse Stavanger hadde flest med 38 prosent. Det var stor variasjon i bruk av deltid mellom yrkesgruppene. Bruk av deltid for yrkesgruppene er vist i Tabell 4. Hjelpepleierne var den yrkesgruppen med høyest andel deltid, med 60 prosent. Av sykepleierne svarte 43 prosent at de gikk deltid. Yrkesgruppen med færrest i deltidstillinger var legene hvor 13 prosent gikk i deltidstillinger. I den norske befolkning generelt utgjorde deltidsansatte i 2003 18 prosent av alle sysselsatte (SSB, 2003). For ansatte i foretaksgruppen Helse Vest er derfor bruk av deltid mer utbredt enn i den gjennomsnittlige norske befolkning.

Det ble videre sett på om det var noen forskjeller i bruk av deltid for kvinner og menn og mellom yngre og eldre arbeidstakere. Bruk av deltid var mer vanlig blant kvinner enn menn. Av kvinnene svarte 40 prosent at de gikk i deltidstilling mens andelen menn var 13 prosent. Det var ingen forskjell i bruk av deltid mellom de under 45 år og de som var 45 år og over.

Tabell 4. Deltidsstillinger. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Stillingsandel
		Deltid
Hvilken type stilling har du?	Lege	13,0%
	Sykepleier/Jordmor	42,9%
	Hjelpepleier/Barnepleier	59,4%
	Fysioterapeut/ Ergoterapeut	21,7%
	Bioingeniør	33,3%
	Radiograf/Stråleterapeut	17,6%
	Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	26,2%
	Psykolog	16,0%
	Administrasjon	19,0%
	Service/Teknisk drift	21,2%
	Annet	31,4%
Total		34,8%

Hvorfor velger ansatte deltid?

Årsaker til bruk av deltid er vist i Tabell 5. Blant de som arbeider deltid var familieforhold den hyppigste årsak til valg av deltidstilling, der 50 prosent oppga familieforhold som hovedårsak. Det var 28 prosent av de spurte som oppga annen årsak. En andel på 19 prosent svarte at større stillingsandel ikke var mulig da de begynte. Apotekene hadde en noe høyere prosentandel med familieforhold som årsak til bruk av deltid (64 prosent) enn helseforetakene ellers. Helse Førde var det foretaket der flest oppga at større stillingsandel ikke var mulig (23 prosent). Bergen hadde flest ansatte som oppga annet som årsak med 31 prosent. Ser en på kvinner og menn hver for seg oppga 53 prosent av kvinnene familieforhold som grunn for deltidstilling, mens

tilsvarende tall for de mannlige ansatte var 16 prosent. Derimot oppga 55 prosent av de mannlige ansatte ”annet” som hovedårsak til deltid.

Tabell 5. Hovedårsaker til bruk av deltid. Foretak. Prosent

% within -

		Hvis du går deltid, hva er hovedårsaken til dette?				
		Familieforhold	Videreutdanning	Større stillingsandel var ikke mulig da jeg begynte	Annet	Total
-	Apotekene Vest	64,4%	2,2%	4,4%	28,9%	100,0%
	Helse Bergen	48,3%	3,3%	17,3%	31,1%	100,0%
	Helse Førde	48,2%	1,1%	23,0%	27,7%	100,0%
	Helse Stavanger	52,7%	1,9%	20,3%	25,1%	100,0%
	Total	50,4%	2,4%	19,0%	28,2%	100,0%

Det er noe variasjon i hovedårsak til bruk av deltid mellom yrkesgruppene. Dersom en ser på hovedårsaker til bruk av deltid i de yrkesgruppene som har flest medarbeidere i deltidsstillinger, så var familieforhold hovedårsak til bruk av deltid blant sykepleierne (63 prosent). Tilsvarende arbeider 35 prosent av hjelpepleierne deltid på grunn av familieforhold. Hos hjelpepleierne var det nesten like mange, 32 prosent, som svarte at større stillingsandel ikke var mulig da de begynte.

I undersøkelsen ble det også spurt om de som gikk deltid ønsket endringer i sin stillingsandel. Av alle de som gikk deltid svarte 23 prosent at de ønsket større stillingsandel. De gruppene der flest ønsket større stillingsandel var service/teknisk drift med 32 prosent og sosionom/vernepleier/barnevernspedagog med 32 prosent, hjelpepleiere med 31 prosent, annet med 30 prosent og sykepleiere med 21 prosent.

Av de som gikk heltid var det åtte prosent som ønsket mindre stillingsandel enn det de har nå. Blant legene som arbeider i heltidsstilling ønsket 14 prosent mindre stillingsandel; 18 prosent av de kvinnelige legene og 11 prosent av de mannlige legene. Forskjellen er ikke signifikant. Videre var det 9 prosent av sykepleierne og 9 prosent av bioingeniørene i heltid, som ønsket mindre stillingsandel enn det de har nå.

Dersom en sammenligner de under og over 45 år for de som gikk i heltidsstillinger var det ingen forskjell i ønske om endring. For de som gikk deltid var det 27 prosent av de under 45 år som ønsket større stillingsandel. Det var 18 prosent av de over 45 år som ønsket større stillingsandel. Mindre stillingsandel ble ønsket av tre prosent av de under 45 år, og to prosent av de over 45 år.

4.1.2 Fast stilling

Fordelingen mellom de ulike stillingstypene er vist i Tabell 6.

Tabell 6. Stillingstypene fast stilling, tidsbegrenset utdanningsstilling, vikariat og annet. Foretak. Prosent

% within -		Hva slags stilling har du?				
		Fast stilling	Tids-be- grenset utdannings- stilling	Vikariat	Annet	Total
-	Apotekene Vest	91,8%		6,7%	1,5%	100,0%
	Helse Bergen	86,9%	1,5%	10,4%	1,3%	100,0%
	Helse Førde	85,2%	2,3%	10,6%	2,0%	100,0%
	Helse Stavanger	90,6%	1,2%	7,7%	,4%	100,0%
	Total	88,0%	1,5%	9,4%	1,1%	100,0%

Av de spurte oppga 88 prosent at de hadde fast stilling, mens to prosent oppga at de hadde tidsbegrenset utdanningsstilling, ni prosent oppga vikariat og én prosent oppga annet. Ser en på yrkesgrupper var 69 prosent av legene i fast stilling og 95 prosent av hjelpepleierne. Det var flest leger i tidsbegrensede utdanningsstillinger og totalt utgjorde dette 14 prosent av alle leger. Det var flest sykepleiere som gikk i vikariat med 11 prosent.

4.1.3 Jobb utenom foretaket

Blant de spurte hadde 14 prosent jobb utenom helseforetaket. Flest var det i Apotekene Vest med 17 prosent. Flest sykepleiere har jobb utenom foretaket.

Når det gjelder yrkesgrupper var det to yrkesgrupper som skilte seg ut. Blant legene hadde 30 prosent arbeid utenom foretaket og blant psykologene var det 40 prosent som hadde arbeid utenom foretaket.

Tabell 7. Jobb utenom foretaket. Heltid og deltid. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Stillingsandel		
		Heltid	Deltid	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	78,1%	21,9%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	41,1%	58,9%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	26,3%	73,7%	100,0%
	Fysioterapeut/ Ergoterapeut	90,6%	9,4%	100,0%
	Bioingeniør	52,9%	47,1%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	75,0%	25,0%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	67,9%	32,1%	100,0%
	Psykolog	83,3%	16,7%	100,0%
	Administrasjon	76,7%	23,3%	100,0%
	Service/Teknisk drift	75,8%	24,2%	100,0%
	Annet	61,6%	38,4%	100,0%
Total		58,5%	41,5%	100,0%

En andel på 65 prosent av de ansatte med jobb utenom foretaket var kvinner, og 35 prosent var menn. Det var 59 prosent som gikk i heltidsstillinger og 42 prosent som gikk i deltidsstillinger. Innenfor to yrkesgrupper var det flere ansatte med deltidsstilling enn det var med heltidsstilling. Dette var sykepleiere og hjelpepleiere med henholdsvis 59 prosent og 74 prosent i deltidsstilling i foretaksgruppen. Antall timer i jobb utenom foretaket er vist i Tabell 8.

Tabell 8. Antall timer i jobber utenom helseforetaket. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt standardavvik og median

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation	Median
Lege	8,8	10,3	5,0
Sykepleier/Jordmor	10,7	13,5	8,0
Hjelpepleier/Barnepleier	17,3	36,1	8,0
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	8,2	15,1	4,0
Bioingeniør	7,9	10,6	3,8
Radiograf/Stråleterapeut	18,3	19,8	10,0
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	8,1	10,7	5,0
Psykolog	6,5	7,3	4,5
Administrasjon	11,1	17,4	5,0
Service/Teknisk drift	14,0	19,9	7,3
Annet	12,6	15,9	7,5
Total	11,1	16,9	6,0

Radiografer/stråleterapeuter hadde flest timer utenom foretaket med 18 timer, og hjelpepleiere hadde nesten like mange timer med 17 timer i gjennomsnitt i jobb utenom foretaket. Selv om leger og psykologer var de yrkesgruppene med størst andel som hadde jobb utenom foretaket, var de blant de yrkesgruppene som jobbet færrest timer i disse jobbene. Jobb utenom foretaket kan være en kompensasjon for at de ikke har fått mulighet til større stillingsandel i den jobben de har i foretaket. Ut fra tabellen ser en at det er store forskjeller mellom gjennomsnitt og medianverdien. Det tyder på at det er noen få som jobber veldig mye utenom foretaket, mens det er mange som jobber bare noen timer.

Det ble undersøkt om de som hadde jobb utenom foretaket i større grad ønsket seg større stillingsandel, sammenlignet med de som ikke hadde jobb utenom foretaket. Av de deltidsansatte som hadde jobb utenfor foretaket var det 33 prosent som ønsket større stillingsandel enn det de har nå. Av de deltidsansatte som ikke hadde jobb utenom foretaket var det 22 prosent som ønsket større stillingsandel enn det de har nå. Det var 63 prosent av de som gikk i deltidsstillinger, og som hadde jobb utenom foretaket som ikke ønsket noen endring.

4.2 Kompetanse og personalutvikling

Helsevesenet er avhengig av kompetanse for å kunne gi behandling av høy kvalitet til pasientene, og der behandlingen til enhver tid er best mulig ut i fra eksisterende kunnskap. Kompetanse og kompetanseutvikling er en viktig personalpolitisk strategi for å rekruttere og beholde ansatte. Mange studier har vist at det å bruke sine evner, lære nye ting og utvikle sin kompetanse er viktig for trivselen på jobb. Spørreskjemaet inneholdt mange spørsmål om kompetanse.

4.2.1 Spesialistutdanning og faglig utvikling

For de fire foretakene er andel av medarbeidere med fullført spesial-/spesialistutdanning vist i Tabell 9. En andel på 37 prosent hadde fullført spesialist/spesialutdanning. Andelen i Apotekene var 16 prosent mens andelen i de andre helseforetakene varierte mellom 36 prosent i Helse Bergen og 39 prosent i Helse Stavanger.

Tabell 9. Fullført spesial/spesialistutdanning. Foretak. Prosent

% within -		Har du fullført spesialist-/spesialutdanning?			Total
		Nei	Ja	Ikke aktuelt	
-	Apotekene Vest	58,6%	15,5%	25,9%	100,0%
	Helse Bergen	50,1%	35,6%	14,3%	100,0%
	Helse Førde	49,1%	37,2%	13,7%	100,0%
	Helse Stavanger	48,3%	39,1%	12,7%	100,0%
	Total	49,5%	36,6%	13,9%	100,0%

Andel medarbeidere med fullført spesial-/spesialistutdanning fordelt etter yrkesgruppe er vist i Tabell 10. Leger og psykologer skiller seg ut med henholdsvis 65 prosent og 62 prosent med spesial/spesialistutdanning.

Tabell 10. Fullført spesialist/spesialutdanning. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Har du fullført spesialist-/spesialutdanning?		
		Ja	Ikke aktuelt	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	64,5%		100,0%
	Sykepleier/Jordmor	48,7%	1,8%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	29,8%	9,4%	100,0%
	Fysioterapeut/ Ergoterapeut	21,4%	4,4%	100,0%
	Bioingeniør	16,1%	25,0%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	39,3%	9,0%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	41,3%	4,3%	100,0%
	Psykolog	61,5%	1,0%	100,0%
	Administrasjon	14,6%	56,9%	100,0%
	Service/Teknisk drift	16,5%	26,8%	100,0%
	Annet	19,4%	32,3%	100,0%
	Total	36,7%	13,9%	100,0%

Spesial/spesialistkompetanse sier noe om den formelle kompetansen man får gjennom utdanning. Faglig utvikling utover dette, for eksempel i form av eksterne og interne

kurs, lesedager og opplæring, sier noe om vilkårene på den enkelte arbeidsplass/avdeling for faglig utvikling og læring. Helsevesenet er en organisasjon som er svært avhengig av at kompetansegrunnlaget fornyes. Tid til faglig utvikling (Tabell 11) viser at det er forskjeller mellom yrkesgruppene. Leger og fysio-/ergoterapeuter har høyest gjennomsnittlig antall dager på faglig utvikling med henholdsvis 22 og 19 dager. Færrest dager til faglig utvikling har yrkesgruppen administrasjon med seks dager.

Standardavviket er stort. Det betyr at dager brukt på faglig utvikling er svært ujevnt fordelt innen yrkesgruppene. Noen ansatte har hatt mange dager med faglig utvikling, og trekker dermed gjennomsnittet opp. Dette gjelder spesielt blant leger, fysio-/ergoterapeuter, radiograf/stråleterapeuter og service/teknisk drift. Tabellen viser også medianverdien, som sier hvor mange dager faglig utvikling de fleste har. For alle gruppene er medianverdiene lavere enn gjennomsnittet. Den store variasjonen mellom gjennomsnitt og medianverdi bekrefter at det er en ujevn fordeling. Det vil si det er noen som har veldig mange dager med faglig utvikling, mens andre kan ha veldig få.

Tabell 11. Antall dager brukt på faglig utvikling siste 12 måneder. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median.

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation	Median
Lege	22,1	42,5	10,0
Sykepleier/Jordmor	10,3	25,1	4,0
Hjelpepleier/Barnepleier	9,1	24,9	2,0
Fysioterapeut/Ergoterapeut	18,5	41,2	8,0
Bioingeniør	9,0	24,9	3,0
Radiograf/Stråleterapeut	15,8	42,1	4,0
Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	12,7	25,1	6,0
Psykolog	11,9	12,2	10,0
Administrasjon	5,7	13,2	2,0
Service/Teknisk drift	7,9	35,2	,0
Annet	10,9	38,8	,0
Total	11,0	30,3	4,0

Analysen viser at det er forskjell mellom kvinner og menn når det gjelder gjennomsnittlig antall dager brukt på faglig utvikling. Forskjellen er 17 dager for menn og 10 dager for kvinner. Dette kan skyldes at de fleste menn befinner seg i de yrkesgruppene (profesjonene) som har flest dager faglig utvikling. Det er også forskjell mellom yngre og eldre arbeidstakere. De som er under 45 år hadde 14 dager i faglig utvikling mens de over 45 år hadde ni dager. Mellom foretakene varierte det fra ni dager i Apotekene Vest og Helse Førde til 11 dager i Helse Bergen og i Helse Stavanger.

Tilsvarende tall fra en undersøkelse som nylig ble gjennomført blant ansatte i politiet viste at vanlige betjenter brukte 13 dager i gjennomsnitt i året til opplæring innen eget

arbeidsområde. Lederne i politiet brukte 16 dager i gjennomsnitt i året til opplæring i eget arbeidsområde.

4.2.2 Erfaring

Hvorvidt kompetanse og erfaring er stabil innad i organisasjonen kan synliggjøres ved å se på antall år i jobb for nåværende arbeidsgiver (arbeid innen foretaksgruppen og fylkeskommunen før reformen), vist i Tabell 12. Totalt svarer 63 prosent av de spurte at de har jobbet for nåværende arbeidsgiver i mer enn fem år mens tre prosent av de ansatte svarte at de har jobbet for sin nåværende arbeidsgiver i mindre enn seks måneder. Den mest stabile arbeidskraften er hjelpepleiere, der 83 prosent av de spurte oppga mer enn fem år for nåværende arbeidsgiver. En annen stabil gruppe er bioingeniører der 76 prosent har jobbet for nåværende arbeidsgiver i mer enn 5 år. Den/de yrkesgruppene med størst andel ansettelsesforhold av kort varighet er sosionom/vernepleier/barnevernspedagog. Av disse har 17 prosent vært ansatt i ett år eller mindre. Tilsvarende tall for legene var 16 prosent.

Tabell 12. Antall år for nåværende arbeidsgiver inklusive fylkeskommunen. Etter yrkesgruppe.

% within Hvilken type stilling har du?		Hvor lenge har du jobbet for din nåværende arbeidsgiver (inkludert fylkeskommunen før reformen)?					Total
		Mindre enn 6 måneder	6 til 12 måneder	1 - 2 år	3 - 5 år	Mer enn 5 år	
Hvilken type stilling har du?	Lege	8,6%	7,4%	13,3%	14,8%	55,9%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	2,3%	7,1%	11,4%	17,8%	61,4%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	,4%	2,3%	5,8%	8,6%	83,0%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	6,9%	5,0%	15,6%	18,1%	54,4%	100,0%
	Bioingeniør	1,7%	4,4%	5,7%	12,8%	75,3%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	1,6%	6,3%	8,6%	25,8%	57,8%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	5,7%	10,9%	19,8%	13,5%	50,0%	100,0%
	Psykolog	4,1%	5,2%	15,5%	26,8%	48,5%	100,0%
	Administrasjon	3,0%	3,2%	11,5%	15,9%	66,4%	100,0%
	Service/Teknisk drift	3,2%	4,1%	6,4%	18,8%	67,5%	100,0%
	Annet	3,2%	6,0%	14,3%	17,6%	58,9%	100,0%
Total		3,0%	5,9%	11,3%	16,5%	63,3%	100,0%

4.2.3 Personlig utvikling

Hvordan den enkelte ansatte opplever mulighetene for læring og kompetanseutvikling i organisasjonen kan måles på mange ulike måter. En måte er å spørre hvorvidt den ansatte er tilfreds med mulighetene for å kunne bruke sine evner. Svarene på dette spørsmålet er vist i Tabell 13. Av de spurte var 85 prosent tilfreds eller svært tilfreds med mulighetene til å bruke sine evner. Tilsvarende var det 16 prosent som var svært

utilfreds eller utilfreds. Ser en på de forskjellige yrkesgruppene, var bioingeniører, administrasjon og service/teknisk-drift de yrkesgruppene som var minst fornøyde. Mest tilfreds var sykepleiere, hjelpepleiere og fysioterapeuter/ergoterapeuter. Det var ingen forskjeller mellom yngre og eldre arbeidstakere. Det var en tendens til at menn var mer utilfredse enn kvinner.

Tabell 13. Muligheter for å bruke egne evner. Etter yrkesgruppe. Prosent

		% within Hvilken type stilling har du?		
		A37.3RE		Total
		Svært utilfreds og utilfreds	Tilfreds og svært tilfreds	
Hvilken type stilling har du?	Lege	15,1%	84,9%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	11,1%	88,9%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	12,9%	87,1%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	11,5%	88,5%	100,0%
	Bioingeniør	22,5%	77,5%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	18,5%	81,5%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	18,3%	81,7%	100,0%
	Psykolog	19,8%	80,2%	100,0%
	Administrasjon	21,2%	78,8%	100,0%
	Service/Teknisk drift	25,3%	74,7%	100,0%
	Annet	18,6%	81,4%	100,0%
Total		15,5%	84,5%	100,0%

En annen indikator på læring og utvikling er spørsmål om personlig utvikling; hvorvidt arbeidet krever initiativ, hvorvidt det er variert mulighet for å lære nye ting og mulighet for å bruke egne evner og ekspertise i jobben. Resultatene for hvert delspørsmål er vist i Tabell 14.

Tabell 14. Utsagn som måler lærings- og utviklingsmuligheter. Prosent

	I svært liten grad	I liten grad	Av og til	I noen grad	I svært stor grad
Krever arbeidet ditt at du tar initiativ?	0,7	1,7	7,9	31,7	58,0
Har du mulighet til å lære nye ting gjennom arbeidet ditt?	1,4	3,6	9,4	40,0	45,5
Kan du bruke dine evner eller ekspertise i arbeidet ditt?	1,0	2,4	7,3	33,9	55,4
Er arbeidet ditt variert?	1,0	3,8	18,6	51,4	25,3

Tabellen viser at ansatte i helsevesenet har store muligheter for læring og utvikling. For alle utsagnene oppgir over halvparten av de ansatte at de har store muligheter for å bruke evner og ekspertise i arbeidet og at arbeidet setter krav til initiativ. Nesten

halvparten oppgir at de ”i svært stor grad” har mulighet til å lære nye ting. Tabellen viser at respondentene i mindre grad opplever jobben som variert. Tilsvarende tall fra en undersøkelse i politiet viste like mange som svarte ”i liten grad” eller ”i svært liten grad” på spørsmål om de hadde muligheter for utvikling og læring i jobben. Noen færre oppga i ”svært stor grad”. I politiet var det 21 prosent som oppga at de ”i svært stor grad” hadde muligheter for variasjon i arbeidet, 14 prosent oppga at arbeidet ”i svært stor grad” stilte krav om initiativ, 13 prosent oppga at arbeidet ”i svært stor grad” ga mulighet for å lære nye ting og 18 prosent oppga ”i svært stor grad” at arbeidet ga muligheter til bruk av ferdigheter og ekspertise.

Tabell 15. Muligheter for læring og utvikling (personlig utvikling). Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik

Personlig utvikling - mean spm 41, 1-3 & 42,1		
Hvilken type stilling har du?	Mean	Std. Deviation
Lege	4,5	,5
Sykepleier/Jordmor	4,4	,5
Hjelpepleier/Barnepleier	4,2	,6
Fysioterapeut/Ergoterapeut	4,5	,5
Bioingeniør	3,9	,6
Radiograf/Stråleterapeut	4,2	,6
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	4,3	,5
Psykolog	4,4	,5
Administrasjon	4,2	,7
Service/Teknisk drift	3,9	,8
Annet	4,1	,8
Total	4,3	,6

Skala: 1=I svært liten grad, 2=I liten grad, 3=Av og til, 4=I noen grad, 5=I svært stor grad

Når det gjelder variasjon mellom yrkesgrupper er gjennomsnittsverdien for alle de fire spørsmålene (i Tabell 14) for hver yrkesgruppe vist i Tabell 15. Alle yrkesgruppene oppgir at de har muligheter for utvikling og læring, men tabellen viser noe variasjon mellom yrkesgruppene. De beste mulighetene har leger, fysio-/ergoterapeuter og psykologer. Bioingeniører og service/teknisk drift kommer dårligst ut. Dette betyr at yrkesgrupper med mer rutinepregede arbeidsoppgaver har lavere muligheter for utvikling.

Sammenligner vi dette resultatet med tilsvarende tall fra NEXT-studien, har medarbeidere i helsevesenet i Norge (representert med ansatte i fire av de fem foretakene i foretaksgruppen Helse Vest) bedre muligheter for læring og utvikling enn pleiepersonell i andre europeiske land. Tilsvarende gjennomsnittstall for pleiepersonell i Storbritannia var 4,1, mens de andre landene i studien (eks. Nederland, Belgia, Tyskland og Finland) hadde gjennomsnittskåre under 4 (mellom 3 og 4).

4.2.4 Læringsmiljø

En indikasjon på avdelingens klima i forhold til faglig utvikling er også muligheten til å diskutere faglige spørsmål som man synes er viktige. Muligheter for å diskutere faglige spørsmål på avdelingen, er vist i Tabell 16.

Tabell 16. Muligheter for å diskutere faglige spørsmål. Foretak. Prosent

% within -		Har du i din avdeling, muligheter for å diskutere faglige spørsmål som du synes er viktige?			
		Nei	Ja, i korthet	Ja, i detalj	Total
-	Apotekene Vest	5,2%	46,7%	48,1%	100,0%
	Helse Bergen	4,8%	50,9%	44,4%	100,0%
	Helse Førde	2,3%	50,1%	47,6%	100,0%
	Helse Stavanger	3,9%	47,3%	48,8%	100,0%
	Total	4,1%	49,4%	46,5%	100,0%

Mulighetene for å diskutere faglige spørsmål er gode i organisasjonen. Totalt svarer 47 prosent av de ansatte at de kan diskutere faglige spørsmål i detalj. Bare 4 prosent svarer "nei" på dette spørsmålet. Det er små forskjeller mellom foretakene.

Tabell 17. Muligheter for å diskutere faglige spørsmål. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Har du i din avdeling, muligheter for å diskutere faglige		
		Nei	Ja, i detalj	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	3,5%	64,1%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	2,0%	46,9%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	2,3%	38,3%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	,6%	66,5%	100,0%
	Bioingeniør	3,4%	44,9%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	2,4%	50,8%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	2,6%	53,4%	100,0%
	Psykolog	3,1%	47,4%	100,0%
	Administrasjon	8,8%	38,5%	100,0%
	Service/Teknisk drift	11,2%	34,7%	100,0%
	Annet	7,2%	46,6%	100,0%
	Total	4,1%	46,7%	100,0%

For yrkesgruppene er det noe større variasjon når det gjelder mulighet til å diskutere faglige spørsmål(Tabell 17). Fysioterapeuter og leger oppgir i størst grad at de kan

diskutere faglige spørsmål i detalj med henholdsvis 67 prosent og 64 prosent. Den gruppen der færrest oppgir at de har muligheter for å diskutere faglige spørsmål i detalj er service/teknisk drift (35 prosent).

Spørreskjemaet inneholdt også påstander om muligheter til læring. På grunnlag av disse spørsmålene ble det konstruert to indekser. Den ene indeksen er uttrykk for at ansatte ikke får tid til læring mens den andre indeksen viser det motsatte; at man får tid til læring. Indeksene er kalt 'får ikke tid til læringsaktiviteter' og 'får tid til læringsaktiviteter'. Resultatene er vist i Tabell 18 og Tabell 19. Indeksen 'ikke tid til læringsaktiviteter' inneholder spørsmål om i hvilken grad det "ikke er tid til å holde tritt med forandringer", "ikke er tid til å øve seg på ting en må kunne utføre", og i hvilken grad det "ikke er tid til å lære nye oppgaver". Indeksen angir derfor i hvilken grad tid er en begrensende faktor i forhold til læring.

Tabell 18. Indeks for læringsmuligheter. Ansatte får ikke tid til læringsaktiviteter. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

Læringsmiljø, Mean: Får ikke tid til læringsaktiviteter a119,1 a119,2 a119,4		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	3,3	,91
Sykepleier/Jordmor	2,8	,96
Hjelpepleier/Barnepleier	2,7	,95
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	3,1	,92
Bioingeniør	3,0	,96
Radiograf/Stråleterapeut	2,9	,89
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	2,7	,93
Psykolog	3,2	1,02
Administrasjon	3,1	,99
Service/Teknisk drift	2,9	1,05
Annet	2,8	,98
Total	2,9	,98

Skala: 1=Helt uenig, 2=Delvis uenig, 3=Verken enig eller uenig, 4=Delvis enig og 5=Helt enig

Totalt sett er gjennomsnittskåren 3,9 - som tilsvarer svarkategorien "delvis enig". De som skårer høyest, og dermed har minst tid for læring, er leger, psykologer og fysio-/ergoterapeuter. De yrkesgruppene som har best tid til læring og øving er hjelpepleiere og sosionom/vernepleier/barnevernspedagog.

Tabell 19. Indeks for læringsmuligheter. Får tid til læringsaktiviteter. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik

Læringsmiljø, Mean: Får tid til læringsaktiviteter		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,7	1,03
Sykepleier/Jordmor	2,8	,96
Hjelpepleier/Barnepleier	3,0	,95
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	2,8	,95
Bioingeniør	2,4	,90
Radiograf/Stråleterapeut	2,7	,81
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	3,1	,94
Psykolog	2,9	1,05
Administrasjon	2,7	1,06
Service/Teknisk drift	2,7	,99
Annet	2,7	1,03
Total	2,8	,99

Skala: 1=Helt uenig, 2=Delvis uenig, 3=Verken enig eller uenig, 4=Delvis enig og 5=Helt enig

Tilsvarende måler indeksen 'får tid til læringsaktiviteter' hvorvidt de ansatte har anledning til å gjøre en god del oppgaver utover sine vanlige plikter, og lære om ting utenom eget arbeidsfelt. På denne skalaen skårer sosionomene og hjelpepleierne høyest med henholdsvis 3,1 og 3,0. Dette betyr at de to gruppene både har tid til læring og at de får anledning til å utføre oppgaver utenom egne plikter og eget arbeidsfelt. Dårligst ut kommer bioingeniørene med en gjennomsnittskåre på 2,4. Bioingeniørene kom ikke spesielt dårlig ut på manglende tid til læring, noe som indikerer at tid ikke er begrensingen hos denne yrkesgruppen. Det er mulighetene for å gjøre ting utover plikter og eget arbeidsfelt som er problemet. Dette er også i overensstemmelse med tidligere funn (jfr. indeks for personlig utvikling s. 40) som viser at bioingeniører var en av gruppene som kom dårligst ut på personlig utvikling. Samtidig kan det tyde på at for yrkesgrupper som har gode muligheter for personlig utvikling og læring, så er tid en begrensende faktor for å kunne videreutvikle egne ferdigheter.

4.3 Livsfaseorientert personalpolitikk

Avhengig av utdanningslengde starter de fleste sitt yrkesløp når de er i begynnelsen av tyveårene. Yrkeskarrieren avsluttes gjerne når man er mellom seksti og sytti år. Det betyr at en går gjennom ulike livsfaser der en har ulike ønsker og behov for tilrettelegging i forhold til jobb og i forhold til privatliv. I spørreskjemaet er det mange spørsmål som tar opp forhold knyttet til familiesituasjon til aldring og pensjon.

4.3.1 Husholdningssammensetning

Spørreskjemaet har en del spørsmål som kartlegger familiesituasjonen til medarbeiderne. Av de som svarte på medarbeiderundersøkelsen bor 18 prosent alene, 6 prosent bor som eneste voksen med barn, 31 prosent lever sammen med en annen voksen og 46 prosent bor sammen med en annen voksen og barn. De som bor sammen med barn bor i gjennomsnitt sammen med to barn, uavhengig av om de er den eneste voksne i husholdningen eller bor sammen med annen voksen. Av de spurte oppga 17 prosent at de tok seg av slektninger eller andre voksne med omsorgsbehov utenom jobb (ikke egne barn). På spørsmål om arbeidsdelingen i hjemmet svarte 31 prosent at den var jevnt fordelt med noen andre mens 64 prosent svarte at de gjorde mesteparten selv.

4.3.2 Tilpasning mellom arbeid og familie

4.3.2.1 *Krav fra arbeidet*

Skalaen 'Arbeid i konflikt med familie' måler hvorvidt de ansatte opplever at jobbkravene er i konflikt med privatlivet, at de innfrir sine ansvarsoppgaver overfor familien, at de følger opp sine forpliktelser til familien og familieaktiviteter. Skalaen går fra 1=Helt uenig til 5=Helt enig der en lav verdi betyr ingen konflikt og høy verdi betyr et svært høyt konfliktnivå.

Tabell 20. Krav fra arbeid i konflikt med krav fra familien. Etter yrkesgruppe.
Gjennomsnitt og standard avvik

Arbeid i konflikt med familie mean spm 92 1- 5		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	3,0	1,11
Sykepleier/Jordmor	2,3	,93
Hjelpepleier/Barnepleier	1,9	,92
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	1,7	,74
Bioingeniør	2,0	,93
Radiograf/Stråleterapeut	2,0	,90
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	1,8	,83
Psykolog	2,3	,96
Administrasjon	1,9	,93
Service/Teknisk drift	1,8	,92
Annet	1,7	,85
Total	2,1	,98

Skala: 1=Helt uenig, 5=Helt enig

Tabell 20 viser skåren for de ulike yrkesgruppene. Leger er den yrkesgruppen som har høyest skåre med 3,0. Legene er også den yrkesgruppen som rapporterer flest antall arbeidstimer per uke. De andre yrkesgruppene rapporterer lavere verdi på konflikter mellom arbeid og fritid. Det er små forskjeller mellom de andre yrkesgruppene. Dette indikerer at flertallet av de som har svart på undersøkelsen ikke opplever at arbeid er i konflikt med fritid.

Resultatene kan sammenlignes med tilsvarende tall fra studien av pleiepersonell i flere europeiske land (NEXT-studien). Gjennomsnittsskåre totalt (inklusive sykepleiere og hjelpepleiere i foretakgruppen Helse Vest) var 2,7. Det var bare pleiepersonell i Nederland som hadde lik grad av lav konflikt mellom arbeid og fritid som det vi fant blant medarbeiderne i foretaksgruppen Helse Vest. I Nederland var gjennomsnittsskåren på 2,1. Høyest konfliktnivå var det i Italia med et gjennomsnitt på 3,1. Pleiepersonalet i Finland hadde en gjennomsnittsskåre på 2,6. Pleiepersonalet i Tyskland hadde en gjennomsnittsskåre på 2,8. Det noe lavere konfliktnivået mellom arbeid og fritid i Norge har trolig sammenheng med at de andre landene har flere antall timer i gjennomsnittlig arbeidstid. Det kan også skyldes et mer tradisjonelt kjønnsrollemønster i de andre landene.

4.3.2.2 *Krav fra familien*

Familielivet kan også påvirke arbeidssituasjonen. Tabell 21 viser gjennomsnitt for en skala som måler i hvilken grad krav fra familien er i konflikt med krav i arbeidssituasjonen, fordelt på de ulike yrkesgruppene.

Tabell 21. Krav fra familien i konflikt med arbeid. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik

Familie i konflikt med arbeid mean spm 92 6 - 10		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,0	,89
Sykepleier/Jordmor	1,6	,72
Hjelpepleier/Barnepleier	1,4	,58
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	1,5	,66
Bioingeniør	1,5	,67
Radiograf/Stråleterapeut	1,6	,62
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	1,5	,77
Psykolog	1,9	,96
Administrasjon	1,4	,67
Service/Teknisk drift	1,4	,69
Annet	1,4	,65
Total	1,6	,72

Skala: 1=Helt uenig, 5=Helt enig

Alle yrkesgruppene opplever liten grad av konflikt i tilpasning mellom familie og arbeid. De som skårer høyest er leger og psykologer. Det er generelt små forskjeller mellom yrkesgruppene. Tilsvarende resultater fra NEXT-studien på konflikt familie-arbeid var 1,7 i gjennomsnittskåre for alle inkluderte. Lavest konfliktforhold mellom familie og arbeid fant man blant pleiepersonale i Slovakia med et gjennomsnitt på 1,1. Mest konflikt mellom familie og arbeid fant man i Belgia med gjennomsnittet 2,2.

Mannlige medarbeidere skåret høyere enn kvinnelige når det gjelder konflikt arbeid-familie. Gjennomsnittsskåren for menn var 2,3 og gjennomsnittsskåren for kvinner var 2,1. Når det gjelder konflikt familie-arbeid var gjennomsnittsskåren for menn 1,7 og for kvinner 1,5. Menn opplever derfor et høyere konfliktnivå mellom arbeid og familie og motsatt, enn det kvinner gjør.

Når det gjelder forskjeller mellom heltids- og deltidsansatte på konflikt arbeid-familie, hadde heltidsansatte en gjennomsnittskåre på 2,1. Deltidsansatte hadde en gjennomsnittskåre på 2 prosent. Tilsvarende skåre for konflikt familie-arbeid var 1,5 for heltidsansatte og 1,6 for deltidsansatte.

Det ble videre sett på om det var forskjeller mellom ansatte som bor alene, med eller uten barn, og de som lever sammen med annen voksen, med eller uten barn. Ansatte som bor sammen med barn, enten alene eller sammen med annen voksen, hadde noe høyere skåre på konflikt mellom arbeid og familie enn de som bodde uten barn (2,2 vs 2,0). Differansen mellom de som bodde med og uten barn var større for konflikten mellom familie og arbeid, med 1,7 for de med barn og 1,4 for de uten barn. Det å bo sammen med barn har derfor betydning for grad av konflikt mellom arbeid og familie.

Hvorvidt man har eneansvar eller deler ansvaret med andre er av mindre betydning. Dette indikerer at tilrettelegging for ansatte med barn er viktig i personalpolitikken.

En annen faktor som kan ha betydning for tilpasning mellom arbeid og familie og omvendt, er hvorvidt man jobber vanlig arbeidstid eller går i vakt/turnus. Når det gjelder arbeid i konflikt med familie, hadde de som gikk i vakt/turnus høyere skåre enn de som gikk vanlig arbeidstid (2,3 vs 1,8). Konflikt mellom familie og arbeid ble også opplevd som høyere blant ansatte som gikk vakt/turnus (gjennomsnittsskåre 1,6) enn de som hadde vanlig arbeidstid (gjennomsnittsskåre 1,5).

4.3.3 Fleksibilitet fra arbeidsgiver

Husholdninger med barn har større utfordringer når det gjelder tilpasning mellom arbeid og fritid enn andre ansatte. I spørreskjemaet ble det spurt etter de ansattes syn på tilgang til barnehageplass og organisasjonens fleksibilitet i forhold til å tilrettelegge arbeids-situasjon for de som har små barn.

Når det gjelder muligheter for å få barnehageplass/barnepass når en selv er på jobb svarte 32 prosent ”nei” på dette spørsmålet (N=1444,) og en andel på 68 prosent svarte ”ja” (”vanligvis” eller ”absolutt”). Det var stor variasjon mellom foretakene. Mest fornøyd med barnehagedekningen var de ansatte i Helse Førde der 82 prosent svarte at mulighetene for barnehageplass/barnepass var gode nok (vanligvis eller absolutt). Minst fornøyd var de ansatte i Apotekene Vest der tilsvarende tall var 55 prosent.

Tabell 22. Muligheter for barnehageplass når en er på jobb. Prosent

% within -		Hvis du har små barn: Er mulighetene til å få barnehageplass/barnepass når du er på jobb gode nok?			
		Nei	Ja, vanligvis	Ja, absolutt	Total
-	Apotekene Vest	45,5%	42,4%	12,1%	100,0%
	Helse Bergen	34,5%	48,7%	16,8%	100,0%
	Helse Førde	18,1%	59,7%	22,2%	100,0%
	Helse Stavanger	34,9%	49,6%	15,5%	100,0%
	Total	32,3%	50,6%	17,0%	100,0%

Ansatte sin oppfatning av organisasjonen sin tilrettelegging av arbeidssituasjon for ansatte med små barn er gitt i Tabell 23. Totalt sett mente 17 prosent av medarbeiderne at organisasjonen er lite fleksibel når det gjelder å tilrettelegge for ansatte med barn. Også her var det variasjon mellom foretakene. Ansatte i Helse Førde var mest fornøyd med organisasjonen sin tilrettelegging for ansatte med små barn, der 17 prosent svarte at organisasjonen er svært fleksibel. Minst fornøyd var de ansatte i Helse Stavanger.

Tabell 23. Fleksibilitet fra organisasjonen for å tilrettelegge arbeidssituasjonen for ansatte med små barn. Foretak. Prosent

% within -

		Hvor fleksibel er din organisasjon i å legge tilrette arbeidssituasjonen for ansatte med barn (under 16 år)?				
		Svært fleksibel	Ganske fleksibel	Noe fleksibel	Lite fleksibel	Total
-	Apotekene Vest	12,3%	44,3%	37,7%	5,7%	100,0%
	Helse Bergen	11,3%	33,0%	37,0%	18,7%	100,0%
	Helse Førde	16,5%	42,6%	33,3%	7,5%	100,0%
	Helse Stavanger	9,0%	33,1%	37,0%	21,0%	100,0%
	Total	11,3%	34,8%	36,5%	17,4%	100,0%

Det var ingen forskjell i synet på fleksibilitet for de som hadde barn boende hjemme og de som ikke hadde barn boende hjemme.

4.3.4 Synspunkt på arbeidssituasjon, pensjonering og helse

I spørreskjemaet ble det satt frem en del påstander som gikk på forholdet mellom arbeid, helse og pensjonering, og tilrettelegging av arbeidet i forhold til aldring. Påstandene ble slått sammen til dimensjoner. Disse var:

Faktor 1. 'Redusert arbeidstid gjør det lettere å arbeide fram til pensjonsalder'. Faktoren er satt sammen av følgende påstander:

- Kortere arbeidsdager vil bidra til at jeg skulle kunne arbeide fram til normal pensjonsalder
- Fri noen dager i uken ville gjøre det letter for meg å arbeide frem til normal pensjonsalder
- Jeg kan tenke meg en kombinasjon av deltidspensjon og yrkesarbeid på deltid de siste årene
- Vanlig arbeidstid uten skift, vil føre til at jeg blir værende til normal pensjonsalder

Faktor 2. 'Kommer til å gå av før normal pensjonsalder, særlig pga helse og hardt arbeid', som består av disse påstandene:

- Mitt nåværende arbeid er for kroppslig anstrengende til at jeg skal kunne fortsette til normal pensjonsalder
- Jeg kommer trolig til å gå av før normal pensjonsalder gjennom førtidspensjonering
- Min helse er ikke bra, jeg kommer trolig til å bli uføretrygdet

Faktor 3: 'Håper å bli yrkesaktiv selv etter normal pensjonsalder'. Faktoren har to påstander:

- Jeg håper å kunne ha yrkesarbeid selv etter normal pensjonsalder for senere å få en bedre pensjon
- Jeg håper å kunne ha yrkesarbeid selv etter normal pensjonsalder fordi arbeidet er godt og stimulerende

Faktor 4. 'Prioriterer fritid, vil arbeide mindre fram mot pensjonsalder', består av følgende påstander:

- Jeg vil bruke mer tid til fritidsaktiviteter og kommer derfor trolig til å arbeide mindre i fremtiden
- Jeg sparer på ulike måter for å kunne slutte å arbeide før normal pensjonsalder hvis jeg skulle få lyst

De som mener at utsagnene stemmer, skårer høyest på de fire dimensjonene. Nedenfor viser vi resultater for de ulike yrkesgruppene. Det vil for hver indeks bli presentert hvilke spørsmål som inngår i indeksen.

Tabell 24. Indeks for arbeid og pensjon. Tilpasning arbeidstid for å arbeide til pensjonsalder. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

spm106,13-16 Mean, Med redusert arbeidstid, lettere å arbeide til pensjonsalder		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,6	1,1
Sykepleier/Jordmor	3,1	1,0
Hjelpepleier/Barnepleier	2,8	1,1
Fysioterapeut/Ergoterapeut	2,8	1,0
Bioingeniør	3,2	1,0
Radiograf/Stråleterapeut	3,1	1,1
Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	2,9	1,1
Psykolog	2,9	1,1
Administrasjon	2,7	1,1
Service/Teknisk drift	2,7	1,1
Annet	2,7	1,1
Total	2,9	1,1

Skala: 1=Stemmer ikke og 5=Stemmer helt

Tabell 24 viser gjennomsnittsverdi på skala fra 1 (stemmer ikke) til 5 (stemmer helt) for de ulike yrkesgruppene på den første dimensjonen 'Redusert arbeidstid gjør det lettere å arbeide frem til pensjonsalder'. Totalt var gjennomsnittskåren på 2,9, noe som indikerer en nøytral holdning til dette temaet. Det var noe forskjell mellom yrkesgruppene. Bioingeniører, sykepleiere og radiografer/stråleterapeuter var de yrkesgruppene som hadde høyest skåre med henholdsvis 3,2, 3,1 og 3,1 i gjennomsnittskåre. Gitt tilrettelegging er det disse yrkesgruppene som er mest motiverte for å jobbe frem til pensjonsalder. Legene hadde lavest skåre med 2,6. Det kan bety at leger er den yrkesgruppen som minst trenger tilrettelegging. Det kan også bety at slike tilrettelegginger ikke er tilstrekkelig for at de skal kunne jobbe helt frem til pensjonsalder.

Tabell 25. Indeks for arbeid og pensjon. Tungt arbeid og helse som årsak til å gå av tidlig. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

spm106,5,7,8 Mean, Går av før normal pensjons alder, helseårsaker, tungt arbeid

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	1,5	,6
Sykepleier/Jordmor	1,8	,8
Hjelpepleier/Barnepleier	1,9	,9
Fysioterapeut/Ergoterapeut	1,7	,6
Bioingeniør	1,7	,7
Radiograf/Stråleterapeut	1,8	,7
Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	1,6	,6
Psykolog	1,4	,5
Administrasjon	1,6	,7
Service/Teknisk drift	2,0	1,0
Annet	1,7	,8
Total	1,8	,8

Skala: 1=Stemmer ikke og 5=Stemmer helt

Tabell 25 viser gjennomsnittsverdi for dimensjonen 'Kommer til å gå av før normal pensjonsalder, særlig pga helse og hardt arbeid'. Gjennomsnittsverdien gir en indikasjon på hvorvidt de ansatte innen de ulike yrkesgruppene vil gå av før normal pensjonsalder, på grunn av fysiske krav i arbeidet og helse. Gjennomsnittskåren var på 1,8. Gruppene med høyest skåre var service/teknisk drift med gjennomsnittskåre på 2,0, og hjelpepleiere med gjennomsnittsskåre på 1,9, altså de yrkesgruppene som har det mest fysiske krevende arbeidet. Lavest skåre hadde psykologer med 1,4 i gjennomsnittskåre. For de fleste yrkesgruppene viser resultatene at det ikke er helse og fysiske krav i jobben som har betydning for om en fortsetter i jobben frem til pensjonsalder eller ikke. Forskjellen i gjennomsnittskåre viser imidlertid at noen grupper av ansatte er mer utsatt på grunn av egen helse og fysiske krav. Dersom en ser på enkeltspørsmålene for service/teknisk drift og for hjelpepleiere så var det 12 prosent av hjelpepleierne, og 13 prosent av service/teknisk drift, som svarte at det "stemmer helt" at de kommer til å gå av før normal pensjonsalder.

Tabell 26. Indeks for arbeid og pensjon. Yrkesaktiv etter normal pensjonsalder. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

spm106,9,10 Mean, Ønsker å være yrkesaktiv etter normal pensjonsalder

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,4	1,3
Sykepleier/Jordmor	2,1	1,2
Hjelpepleier/Barnepleier	2,3	1,3
Fysioterapeut/Ergoterapeut	2,1	1,2
Bioingeniør	1,8	1,0
Radiograf/Stråleterapeut	1,9	1,0
Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	2,2	1,2
Psykolog	3,1	1,4
Administrasjon	1,9	1,1
Service/Teknisk drift	2,2	1,2
Annet	2,2	1,3
Total	2,2	1,2

Skala: 1=Stemmer ikke og 5=Stemmer helt

Det vil også være noen som gjerne vil fortsette i arbeid selv om de har nådd pensjonsalder. Dette var det også stilt noen spørsmål om i spørreskjemaet, og spørsmålene ble samlet til dimensjonen 'Håper å bli yrkesaktiv etter normal pensjonsalder'. Resultatene er vist i Tabell 26. Den yrkesgruppen som hadde sterkest ønske om å fortsette utover normal pensjonsalder var psykologene, med 3,1 i gjennomsnitt på denne indeksen. De andre yrkesgruppene hadde en gjennomsnittsskåre som varierte fra 1,8 i gjennomsnitt for bioingeniører, til 2,4 i gjennomsnitt for leger.

Den siste dimensjonen måler ønske om å trappe ned arbeidet frem mot normal pensjonsalder. Resultatene er vist i Tabell 27. Det var liten forskjell mellom de ulike yrkesgruppene. Gjennomsnittsverdien for alle yrkesgruppene var på 2,1. Høyest skåre her hadde legene med 2,3 i gjennomsnitt. Dette indikerer at medarbeiderne i helseforetakene i stor grad vil jobbe så lenge som mulig.

Tabell 27. Indeks for arbeid og pensjon. Prioritering av fritid. Etter yrkesgruppe.
Gjennomsnitt og standard avvik

spm106,11,12 Mean, Nedprioriterer arbeidstid fram mot pensjonsalder

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,3	1,0
Sykepleier/Jordmor	2,1	1,0
Hjelpepleier/Barnepleier	2,0	1,0
Fysioterapeut/Ergoterapeut	2,0	1,0
Bioingeniør	2,1	1,0
Radiograf/Stråleterapeut	2,1	,8
Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	2,0	1,0
Psykolog	2,2	1,0
Administrasjon	2,0	1,0
Service/Teknisk drift	2,1	1,1
Annet	2,0	1,0
Total	2,1	1,0

Skala: 1=Stemmer ikke og 5=Stemmer helt

Det ble undersøkt om de som går vanlig arbeidstid svarte annerledes enn de som går i turnus/vaktordning, og om eldre svarte forskjellig fra yngre på spørsmålene om holdninger til pensjonsalder. Hvorvidt man går i vakt/turnusordning har ingen betydning for ønsket om å arbeide frem mot pensjonsalder dersom det blir tilrettelagt for dette. Derimot var ansatte som gikk i turnus/vaktordning mer enige i at helse og tungt arbeid gjør at de kommer til å gå av før pensjonsalder enn de som går i vanlig arbeidstid (1,8 mot 1,6). For de andre faktorene er det ingen forskjeller. Alder (+45 år) hadde betydning for hvorvidt de kunne tenke seg å jobbe frem til pensjonsalder ved tilrettelegging for dette. De eldre var noe mer negative enn de yngre (3,0 mot 2,8). De eldre var også mer negative til å være yrkesaktive etter pensjonsalder (2,2 mot 2,1). Alder har derimot ingen betydning i forhold til egen helse og arbeidsforhold som grunnlag for å slutte før pensjonsalder.

4.4 Organisasjon

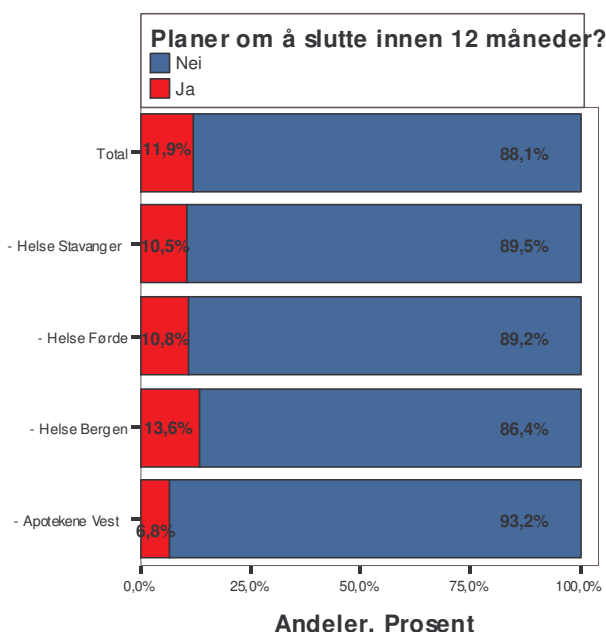
4.4.1 Turnover

Stabil arbeidskraft er viktig i en organisasjon. Over tid vil organisasjonen ha opparbeidet mye erfaring og kunnskap som kan overføres til andre. Samtidig er en viss turnover viktig for å få inn nye impulser og tanker. Svært høy turnover kan imidlertid være et signal om at de ansatte er lite tilfredse med én eller flere viktige forhold i arbeidet.

Tabell 28. Planer om å slutte neste 12 måneder. Foretak. Prosent

% within -		Har du idag planer om å slutte innen 12 måneder?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	93,2%	6,8%	100,0%
	Helse Bergen	86,4%	13,6%	100,0%
	Helse Førde	89,2%	10,8%	100,0%
	Helse Stavanger	89,5%	10,5%	100,0%
Total		88,1%	11,9%	100,0%

Tabell 28 viser hvor mange av de spurte som har planer om å slutte innen tolv måneder. Totalt svarte 12 prosent ”ja” på dette spørsmålet. Færrest ansatte med planer om å slutte var det blant ansatte på Apotekene, der 7 prosent svarte ”ja” på spørsmålet. Flest ansatte med planer om å slutte var det i Helse Bergen (14 prosent). Tallene er fremstilt grafisk i Figur 3.



Figur 3. Planer om å slutte de neste 12 måneder. Foretak. Prosent

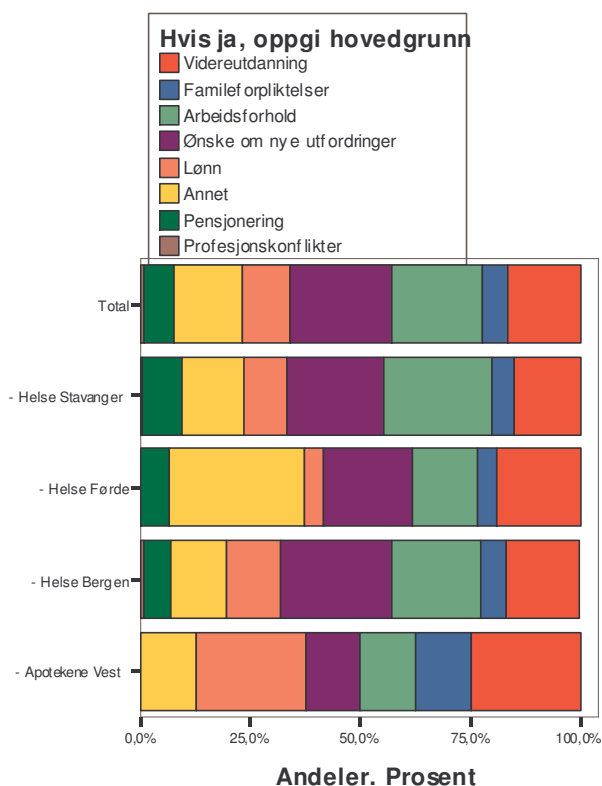
Ansatte med planer om å slutte ble spurt om å oppgi hovedgrunn til planene, vist i Tabell 29. Ønske om nye utfordringer var hovedårsak for 23 prosent av de spurte. Arbeidsforhold ble oppgitt som hovedgrunn av 21 prosent. Videreutdanning ble oppgitt som hovedgrunn av 17 prosent av de ansatte og 16 prosent oppga ”annet”. Det var noen forskjeller mellom foretakene. I Helse Førde oppga 31 prosent ”annet” som hovedgrunn til å slutte. Dette kan skyldes usikkerhet rundt arbeidssituasjonen på grunn av planlagte nedleggelse i foretaket på det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført. Ellers var det

variasjon også når det gjelder ønsker om nye utfordringer. I Helse Bergen oppga 25 prosent dette som hovedårsak, mot 13 prosent i Apotekene Vest. Tallene er presentert grafisk i Figur 4.

Tabell 29. Hovedgrunner for å slutte. Foretak. Prosent

- * Hvis ja, oppgi hovedgrunn Crosstabulation

% within -		Hvis ja, oppgi hovedgrunn								
		Videreutdanning	Famileforpliktelser	Arbeidsforhold	Ønske om nye utfordringer	Lønn	Pensjonering	Profesjonskonflikter	Annet	Total
-	Apotekene Vest	25,0%	12,5%	12,5%	12,5%	25,0%			12,5%	100,0%
	Helse Bergen	16,9%	5,8%	20,0%	25,3%	12,5%	6,1%	,8%	12,5%	100,0%
	Helse Førde	19,1%	4,3%	14,9%	20,2%	4,3%	6,4%		30,9%	100,0%
	Helse Stavanger	14,9%	5,3%	24,5%	22,1%	9,6%	8,7%	,5%	14,4%	100,0%
	Total	16,7%	5,5%	20,6%	23,4%	10,6%	6,9%	,6%	15,7%	100,0%



Figur 4. Hovedgrunner for å slutte. Foretak. Prosent

Når det gjelder planer om å slutte så var det noe variasjon mellom yrkesgruppene, se Tabell 30. Fysioterapeutene hadde størst andel ansatte med planer om å slutte (18 prosent). Lavest andel ansatte var det blant hjelpepleierne (7 prosent).

Tabell 30. Planer om å slutte de neste 12 måneder. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Har du idag planer om å slutte innen 12 måneder?		
		Nei	Ja	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	84,2%	15,8%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	86,7%	13,3%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	93,0%	7,0%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	82,0%	18,0%	100,0%
	Bioingeniør	91,9%	8,1%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	91,3%	8,7%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	86,9%	13,1%	100,0%
	Psykolog	87,5%	12,5%	100,0%
	Administrasjon	89,8%	10,2%	100,0%
	Service/Teknisk drift	88,8%	11,2%	100,0%
	Annet	88,6%	11,4%	100,0%
Total		88,1%	11,9%	100,0%

Det er stor variasjon mellom yrkesgruppene for hva som er hovedårsak for å slutte. Hovedgrunner for ønske om å slutte er vist i Tabell 31 og Figur 5 for de ulike yrkesgruppene. Dersom vi ser på noen typer av personale, så er det videreutdanning og "annet" som ble oppgitt av legene, med henholdsvis 23 prosent og 24 prosent. Sykepleiere oppga arbeidsforhold (23 prosent), ønske om nye utfordringer (25 prosent) og videreutdanning (21 prosent). Når det gjelder hjelpepleiere svarte 30 prosent at de kom til å slutte grunnet pensjonering, mens 25 prosent oppga ønske om nye utfordringer. Blant ergo-/fysioterapeuter oppga flest ønske om nye utfordringer og annet som årsak. Hele 40 prosent av sosionomer/vernepleiere/ barnevernspedagoger og 39 prosent av psykologene oppga arbeidsforhold som hovedårsak til planer om å slutte. For både bioingeniører og radiografer/stråleterapeuter var ønske om nye utfordringer og annet hovedgrunn. 39 prosent av bioingeniører og 30 prosent av radiograf/stråleterapeuter oppga annet som hovedårsak.

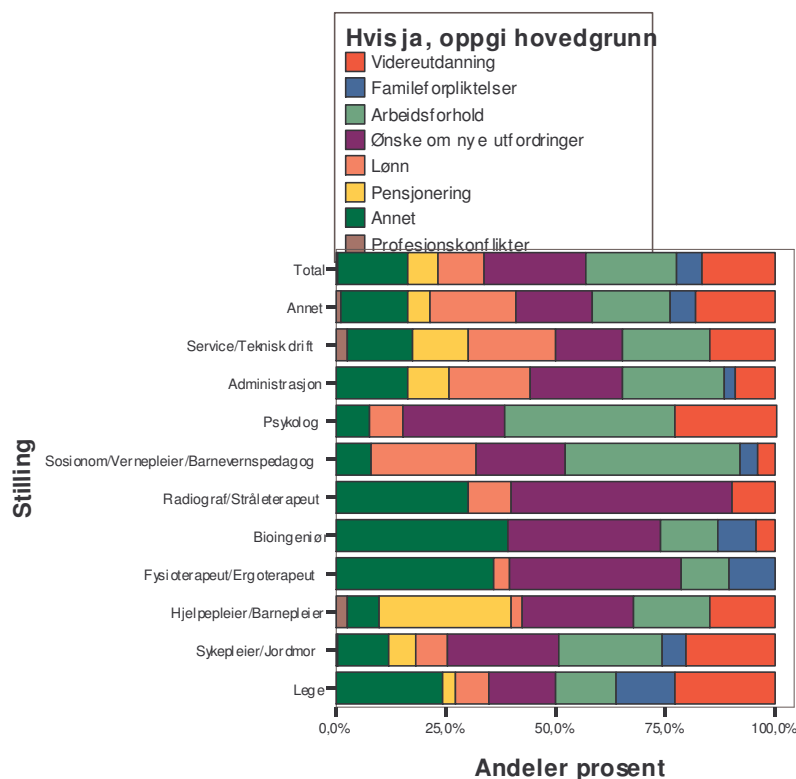
Tabell 31. Hovedgrunner for å slutte. Etter yrkesgruppe. Prosent

Hvilken type stilling har du? * Hvis ja, oppgi hovedgrunn Crosstabulation

% within Hvilken type stilling har du?

		Hvis ja, oppgi hovedgrunn								Total
		Videreutdanning	Famileforpliktelser	Arbeidsforhold	Ønske om nye utfordringer	Lønn	Pensjonering	Profesjonskonflikter	Annet	
Hvilken type stilling har du?	Lege	22,7%	13,6%	13,6%	15,2%	7,6%	3,0%		24,2%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	20,5%	5,5%	23,4%	25,3%	7,0%	6,2%	,4%	11,7%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	15,0%		17,5%	25,0%	2,5%	30,0%	2,5%	7,5%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut		10,7%	10,7%	39,3%	3,6%			35,7%	100,0%
	Bioingeniør	4,3%	8,7%	13,0%	34,8%				39,1%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	10,0%			50,0%	10,0%			30,0%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	4,0%	4,0%	40,0%	20,0%	24,0%			8,0%	100,0%
	Psykolog	23,1%		38,5%	23,1%	7,7%			7,7%	100,0%
	Administrasjon	9,3%	2,3%	23,3%	20,9%	18,6%	9,3%		16,3%	100,0%
	Service/Teknisk drift	15,0%		20,0%	15,0%	20,0%	12,5%	2,5%	15,0%	100,0%
	Annet	18,4%	5,8%	17,5%	17,5%	19,4%	4,9%	1,0%	15,5%	100,0%
Total		16,9%	5,6%	20,6%	23,2%	10,5%	6,8%	,6%	15,8%	100,0%

I en undersøkelse fra 1998 om arbeidsforholdene for statlig ansatte (SSB, 1998), var det flest som ønsket seg ny jobb fordi de ville ha høyere lønn (61 prosent). Den nest hyppigst rapporterte årsak til å skifte arbeid var ønske om å lære noe nytt (48 prosent).



Figur 5. Hovedgrunner for å slutte. Etter yrkesgruppe. Prosent

Å ønske å slutte er forskjellig fra å faktisk planlegge å slutte. Hvor ofte de ulike yrkesgruppene har tanker om å slutte er vist i Tabell 32. Resultatene viser at totalt 13 prosent av alle spurte hadde tanker om å slutte ”noen ganger i måneden eller oftere”. Det var flest ansatte blant psykologene (19 prosent) som hadde tanker om å slutte ”flere ganger i måneden eller oftere”. Blant sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger var det 18 prosent som hadde tanker om å slutte i jobben ”noen ganger i måneden eller oftere”. Færrest som hadde tanker om å slutte i jobben ”noen ganger i måneden eller oftere” var det blant hjelpepleierne (5 prosent).

Tabell 32. Tanker om å slutte i jobben. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?

		A39.3RE			Total
		aldri	Noen ganger i året	Noen ganger i måneden eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	50,5%	34,3%	15,1%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	46,8%	39,5%	13,6%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	66,5%	28,3%	5,2%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	41,5%	45,2%	13,3%	100,0%
	Bioingeniør	53,5%	36,8%	9,7%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	47,8%	40,0%	12,2%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	38,1%	44,0%	17,9%	100,0%
	Psykolog	29,2%	51,7%	19,1%	100,0%
	Administrasjon	48,3%	35,8%	15,9%	100,0%
	Service/Teknisk drift	48,2%	35,4%	16,3%	100,0%
	Annet	54,6%	31,9%	13,5%	100,0%
	Total	50,0%	36,8%	13,3%	100,0%

Tanker om å slutte i jobben var et av de viktigste spørsmålene i NEXT-studien. Nederland og Belgia hadde færrest med tanker om å slutte i jobben med henholdsvis 10 prosent og 9 prosent. Flest ansatte som hadde tanker om å slutte i jobben var det i Storbritannia, der hele 36 prosent oppga tanker om å slutte noen ganger i måneden eller mer.

Tabell 33. Tanker om å gi opp yrket fullstendig og gå inn i en helt annen jobb. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A39.4RE			Total
		aldri	noen ganger i året	Noen ganger i måneden eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	71,6%	24,7%	3,7%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	50,5%	39,9%	9,6%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	53,7%	39,7%	6,7%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	47,4%	46,7%	5,8%	100,0%
	Bioingeniør	45,7%	46,5%	7,8%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	43,6%	47,9%	8,5%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	52,7%	37,1%	10,2%	100,0%
	Psykolog	62,4%	32,9%	4,7%	100,0%
	Administrasjon	50,4%	37,4%	12,2%	100,0%
	Service/Teknisk drift	47,1%	38,2%	14,7%	100,0%
	Annet	51,6%	36,9%	11,5%	100,0%
	Total	52,2%	38,5%	9,4%	100,0%

Når det gjelder tanker om å gi opp yrket fullstendig og gå inn i en helt annen jobb så var det totalt 9 prosent som tenkte på det ”noen ganger i måneden eller mer”, se (Tabell 33). Det var flest i service/teknisk drift som hadde tanker om å slutte i yrket og gå inn i en helt annen jobb, 15 prosent av de spurte hadde tanker om dette ”noen ganger i måneden eller oftere”. Færrest med slike tanker fant vi blant legene, der det var 4 prosent av de spurte som ”noen ganger i måneden eller oftere” oppga at de hadde tanker om å gi opp yrket fullstendig.

4.4.2 Andre planer

Selv om ansatte ikke har tanker om å slutte i jobben eller i yrket, kan de ha andre planer som kan ha konsekvenser for den arbeidssituasjon de befinner seg i. Eksempler på slike planer er å ta videre utdanning, skifte fagfelt, avdeling eller arbeidssted. Av de spurte var det 14 prosent som ganske ofte hadde tanker om å ta videre utdanning utenom sitt yrke (Tabell 34). Ansatte i service/teknisk drift hadde prosentvis større andel med tanker om å ta videre utdanning utenom yrket (19 prosent). Blant psykologene var det 4 prosent som hadde tanker om å ta videre utdanning utenom yrket ”noen ganger i måneden eller oftere”.

Tabell 34. Tanker om videre utdanning utenom eget yrke. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A39.2RE			Total
		aldri	Noen ganger i året	Noen ganger i måneden eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	63,6%	25,1%	11,3%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	48,4%	37,7%	13,9%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	53,6%	37,0%	9,4%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	37,2%	46,0%	16,8%	100,0%
	Bioingeniør	35,0%	51,8%	13,2%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	43,0%	40,4%	16,7%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	54,4%	29,1%	16,5%	100,0%
	Psykolog	69,6%	26,6%	3,8%	100,0%
	Administrasjon	48,0%	38,9%	13,1%	100,0%
	Service/Teknisk drift	41,6%	39,6%	18,8%	100,0%
	Annet	46,3%	36,6%	17,1%	100,0%
	Total	48,6%	37,3%	14,1%	100,0%

Mange kan ha tanker om å begynne på en annen avdeling eller annen post på det samme sykehuset. Totalt var det 13 prosent som ”noen ganger i måneden eller oftere” hadde tanker om å skifte til annen avdeling eller enhet (Tabell 35).

Tabell 35. Tanker om å skifte til en annen avdeling eller enhet. Etter yrkesgruppe.
Prosent

Crosstab

% within Hvilken type stilling har du?

		A39.5RE			Total
		aldri	Noen ganger i året	Noen ganger i måneden eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	49,7%	33,7%	16,6%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	36,0%	47,8%	16,3%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	56,7%	36,7%	6,6%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	52,6%	35,8%	11,7%	100,0%
	Bioingeniør	51,8%	39,3%	8,9%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	67,0%	26,6%	6,4%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	46,8%	41,5%	11,7%	100,0%
	Psykolog	23,9%	52,3%	23,9%	100,0%
	Administrasjon	54,6%	35,8%	9,6%	100,0%
	Service/Teknisk drift	64,2%	26,8%	8,9%	100,0%
	Annet	58,2%	31,1%	10,7%	100,0%
Total		47,4%	39,7%	12,9%	100,0%

Det var 24 prosent av psykologene som ”noen ganger i måneden eller oftere” hadde tanker om å skifte til en annen avdeling eller enhet. Tilsvarende tall for legene var 17 prosent, og for sykepleierne 16 prosent. Den yrkesgruppen der færrest ansatte hadde tanker om å skifte avdeling/enhet var radiografer/stråleterapeuter, hvor 6 prosent hadde slike tanker ”noen ganger i måneden eller oftere”.

Tabell 36. Tanker om å se etter stilling ved et annet sykehus. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A39.6RE			Total
		aldri	Noen ganger i året	Noen ganger i måneden eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	38,4%	44,5%	17,1%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	61,7%	29,6%	8,7%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	81,8%	16,2%	2,0%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	66,4%	22,9%	10,7%	100,0%
	Bioingeniør	60,8%	32,2%	6,9%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	53,0%	35,7%	11,3%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/B arnevernspeagog	73,4%	19,6%	7,0%	100,0%
	Psykolog	47,0%	38,6%	14,5%	100,0%
	Administrasjon	80,1%	17,6%	2,3%	100,0%
	Service/Teknisk drift	82,6%	14,5%	3,0%	100,0%
	Annet	78,1%	16,8%	5,0%	100,0%
	Total	66,6%	25,9%	7,5%	100,0%

Noen medarbeidere har også tanker om å se etter stilling ved et annet sykehus (Tabell 36). Det var totalt 8 prosent av de spurte som ”noen ganger i måneden eller oftere” hadde tanker om å se etter stilling ved et annet sykehus. For de ulike yrkesgruppene varierte svarprosenten mellom 17 prosent for legene og 2 prosent for hjelpepleierne.

Det bør ikke sees på som negativt at ansatte i en organisasjon ønsker å skifte til en annen avdeling eller finne jobb ved et annet sykehus. Derimot gir det muligheter for erfaringsoverføringer mellom ulike avdelinger, og gir den enkelte medarbeider anledning til å skaffe seg nye utfordringer.

Tabell 37. Tanker om å bli selvstendig næringsdrivende. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A39.9RE			Total
		aldri	Noen ganger i året	noen ganger i måneden eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	49,4%	34,4%	16,2%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	77,2%	18,5%	4,3%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	90,4%	6,9%	2,7%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	41,6%	43,8%	14,6%	100,0%
	Bioingeniør	81,0%	16,4%	2,6%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	78,0%	18,0%	4,0%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnespedagog	61,3%	30,0%	8,7%	100,0%
	Psykolog	20,2%	51,7%	28,1%	100,0%
	Administrasjon	75,3%	22,0%	2,7%	100,0%
	Service/Teknisk drift	67,9%	25,3%	6,8%	100,0%
	Annet	72,2%	21,5%	6,3%	100,0%
	Total	71,4%	22,0%	6,5%	100,0%

Det ble også spurt hvorvidt medarbeiderne hadde tanker om å bli selvstendig næringsdrivende. Resultatene er vist i Tabell 37. Totalt var det 7 prosent som ”noen ganger i måneden eller oftere” hadde tanker om å bli selvstendig næringsdrivende. Tanker om dette vil kunne variere mellom yrkesgruppene og er trolig avhengig av hvilke muligheter det er i markedet for å kunne jobbe som selvstendig næringsdrivende. Det var 28 prosent av psykologene som hadde tanker om å bli selvstendig næringsdrivende ”noen ganger i måneden eller oftere”. Tilsvarende tall var for legene 16 prosent og for fysio-/ergoterapeuter 15 prosent.

4.4.3 Bekymringer til sikkerhet ved jobben

Dagens arbeidsliv er i stadig forandring. Statlige og kommunale virksomheter omorganiseres. Dette gjelder også for helsesektoren. For den enkelte arbeidstaker kan dette oppleves positivt i form av nye arbeidsoppgaver og utfordringer, men det kan også innebære større jobbusikkerhet som kan oppleves negativt. I spørreskjemaet tok vi med noen spørsmål om de ansatte har bekymringer knyttet til endringer i organisasjonen, og om folk er positive eller negative til slike endringer.

Tabell 38. Antall bekymringer. Foretak. Prosent

% within -

Spørsmål 38,1-5, Bekymringer. Additiv indeks. Dess høyere tall, fler bekymringer
Maks tall=5

		,00	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00	Total
-	Apotekene Vest	44,1%	20,6%	16,9%	8,1%	4,4%	5,9%	100,0%
	Helse Bergen	37,9%	26,1%	16,5%	10,8%	6,0%	2,7%	100,0%
	Helse Førde	30,4%	18,8%	16,4%	15,7%	11,8%	6,9%	100,0%
	Helse Stavanger	41,9%	25,6%	15,6%	10,0%	4,9%	2,1%	100,0%
	Total	38,3%	24,7%	16,2%	11,1%	6,5%	3,2%	100,0%

Med utgangspunkt i spørreskjemaet ble det laget en indeks som heter 'Bekymringer om jobbsituasjonen'. Respondentene kunne maksimalt oppgi fem bekymringer. Spørsmålene som inngår er om folk er bekymret for å... ”- miste jobben”, ”- bli ute av stand til å jobbe”, ”- ha vanskeligheter med å finne ny jobb dersom en blir arbeidsledig”, ”- bli overført til en annen jobb/et annet arbeidssted en ikke liker”, og ”- få en vaktplan en ikke liker”. Totalt svarte 38 prosent at de ikke hadde bekymringer (Tabell 38). Det var 3 prosent som var bekymret for alle forhold det ble spurt om. Det var flest med mange bekymringer i Helse Førde og færrest i Apotekene Vest. Menn hadde færre bekymringer enn kvinner, og eldre (+45 år) bekymret seg mer enn yngre.

Dersom vi ser på enkeltspørsmålene, var det flest ansatte som var bekymret for å få en vaktplan de ikke liker (37 prosent), mens 32 prosent var bekymret for å bli ute av stand til å jobbe.

Resultatene for spørsmålet om folk er bekymret for å miste jobben er vist i Tabell 39. En andel på 13 prosent av de ansatte var redde for å miste jobben. Vi ser av tabellen at det er store forskjeller mellom foretakene. I Helse Førde var det hele 31 prosent som var bekymret for å miste jobben¹. Lavest andel hadde Helse Stavanger med 9 prosent. Det var ingen forskjeller mellom yngre og eldre når det gjelder bekymringer for å miste jobben.

1 . Undersøkelsen ble foretatt i Helse Førde på et tidspunkt hvor det ble vedtatt omorganiseringen innad i Helse Førde.

Tabell 39. Bekymret for å miste jobben. Foretak. Prosent

% within -		Å miste jobben?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	85,1%	14,9%	100,0%
	Helse Bergen	88,9%	11,1%	100,0%
	Helse Førde	69,2%	30,8%	100,0%
	Helse Stavanger	90,7%	9,3%	100,0%
	Total	86,6%	13,4%	100,0%

Totalt 27 prosent av medarbeiderne var bekymret for å ha vanskeligheter med å finne ny jobb dersom en ble arbeidsledig, se Tabell 40. Også her var det til dels store forskjeller mellom foretakene. Flest var bekymret i Helse Førde, der 43 prosent svarte ”ja”, mens færrest var bekymret i Helse Stavanger med 22 prosent. Personer over 45 år var signifikant mer bekymret for å være ute av stand til å finne ny jobb dersom en ble arbeidsledig. Av ansatte over 45 år svarte 32 prosent ”ja” på dette spørsmålet, mens 22 prosent av de ansatte under 45 år delte denne bekymringen.

Tabell 40. Bekymret for å finne en ny jobb dersom arbeidsledig. Foretak. Prosent

% within -		Vanskelighetene med å finne ny jobb dersom du ble arbeidsledig?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	64,7%	35,3%	100,0%
	Helse Bergen	75,2%	24,8%	100,0%
	Helse Førde	57,4%	42,6%	100,0%
	Helse Stavanger	77,6%	22,4%	100,0%
	Total	73,2%	26,8%	100,0%

Når det gjelder spørsmål om bekymring i forhold til å bli overført til en annen jobb/et annet arbeidssted de ikke liker, var det totalt 31 prosent som var bekymret for det (Tabell 41). Også her fant vi den samme tendensen med flest ansatte med bekymringer i Helse Førde. I Helse Førde var hele 42 prosent bekymret for å bli overført til en annen jobb/et annet arbeidssted. For apotekene svarte 25 prosent at de var bekymret for å bli overført til en annen jobb/et annet arbeidssted. I Helse Bergen og Helse Stavanger svarte henholdsvis 31 og 27 prosent at de var bekymret for å bli overført til en annen jobb/et annet arbeidssted. Ansatte over 45 år var mer bekymret enn de under 45 år.

Tabell 41. Bekymret for å bli overført til en annen jobb/et annet arbeidssted du ikke liker. Foretak. Prosent

% within -		Å bli overført til en annen jobb / et annet arbeidssted du ikke liker?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	75,2%	24,8%	100,0%
	Helse Bergen	69,3%	30,7%	100,0%
	Helse Førde	58,3%	41,7%	100,0%
	Helse Stavanger	72,9%	27,1%	100,0%
	Total	69,1%	30,9%	100,0%

4.4.4 Kvalitet i behandling av pasienter

Den primære oppgaven til ansatte på et sykehus er å behandle pasienter. Spørreskjemaet inkluderte noen spørsmål som kan knyttes til kvaliteten på behandling av pasienter.

4.4.4.1 Bruk av avviksmeldinger

Et av spørsmålene i spørreskjemaet var hvordan avviksmeldinger benyttes i pasientbehandlingen på avdelingen. Resultatet er vist i Tabell 42.

Tabell 42. Bruk av avviksmeldinger i pasientbehandlingen på avdelingen. Foretak. Prosent

% within -		Hvordan brukes avviksmelding i pasientbehandlingen på din avdeling?					Total
		Aldri	Sjelden når avvik oppstår	Av og til når avvik oppstår	Som regel når avvik oppstår	Alltid når avvik oppstår	
-	Apotekene Vest	23,9%	3,0%	7,5%	35,8%	29,9%	100,0%
	Helse Bergen	14,6%	10,7%	24,0%	37,2%	13,4%	100,0%
	Helse Førde	6,1%	6,1%	21,6%	42,5%	23,6%	100,0%
	Helse Stavanger	10,8%	6,6%	17,2%	44,3%	21,2%	100,0%
	Total	12,1%	8,4%	21,0%	40,5%	18,0%	100,0%

Totalt oppga 12 prosent av de spurte at de aldri benytter avviksmelding mens 18 prosent sa at de alltid benytter avviksmelding når avvik oppstår. I Apotekene Vest var det 30 prosent som oppga at de alltid benytter avviksmelding når avvik oppstår. Tilsvarende tall for Helse Bergen var 13 prosent. Det var også apotekene som hadde flest som oppga ”aldri” med 24 prosent. Færrest som oppga ”aldri” var det i Helse Førde med 6 prosent.

Dersom en slår sammen de to øverste kategoriene og de to nederste kategoriene var det Helse Førde som oftest benytter avviksmelding. Her svarte 66 prosent at de ”som regel”

eller ”alltid” bruker avviksmeldinger når avvik oppstår. Færrest som svarte ”som regel” eller ”alltid” var det i Helse Bergen (51 prosent).

4.4.4.2 **Bemanning og kompetanse**

Avdelingens bemanning og kompetanse er viktige faktorer i pasientbehandlingen. På en skala fra 1=Svært mangelfull til 10=Fullt ut tilstrekkelig, ble avdelingens bemanning og kompetanse bedømt av de ulike yrkesgruppene som vanligvis er tilstede på avdelingen. Yrkesgruppene sin vurdering av bemanningen er vist i Tabell 43 og vurderingen av kompetansen er vist i Tabell 44. Selv om spørsmålet er lite relevant for enkelte yrkesgrupper, er vurderingen likevel tatt med i tabellen.

Tabell 43. Indeks for tilstrekkelig bemanning på avdelingen. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

122.1-5		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	5,6	1,9
Sykepleier/Jordmor	6,1	1,9
Hjelpepleier/Barnepleier	6,5	1,8
Fysioterapeut/Ergoterapeut	6,2	1,8
Bioingeniør	6,4	1,7
Radiograf/Stråleterapeut	6,0	1,7
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	6,8	1,8
Psykolog	6,3	1,7
Administrasjon	6,3	1,8
Service/Teknisk drift	5,8	2,3
Annet	6,4	1,9
Total	6,2	1,9

Skala: 1=Svært mangelfull, 10=Fullt ut tilstrekkelig

Gjennomsnittskåren for alle yrkesgrupper var 6,2, noe som indikerer at de ikke opplever bemanningen som fullt ut tilstrekkelig. Mest fornøyd med bemanningen var sosionom/vernepleier/barnevernspedagog som hadde skåre 6,8. Minst fornøyd var legene som skåret 5,6.

Tabell 44. Indeks for kompetansen på avdelingen. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

122.6-10		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	7,8	1,4
Sykepleier/Jordmor	8,1	1,3
Hjelpepleier/Barnepleier	8,4	1,4
Fysioterapeut/Ergoterapeut	8,1	1,4
Bioingeniør	7,5	1,7
Radiograf/Stråleterapeut	7,8	1,4
Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	8,3	1,5
Psykolog	7,8	1,7
Administrasjon	8,0	1,8
Service/Teknisk drift	7,4	2,1
Annet	8,0	1,7
Total	8,0	1,5

Skala: 1=Svært mangelfull, 10= Fullt ut tilstrekkelig

Når det gjelder kompetanse var gjennomsnittskåren for alle de spurte 8,0, noe som tilsier at ansatte opplever kompetansen som langt på vei tilstrekkelig. Hjelpepleierne var den yrkesgruppen som var mest tilfreds med kompetansen, med gjennomsnittskåre 8,1. For alle medarbeidere og for alle yrkesgrupper gjelder at de var mer fornøyd med kompetansen enn med bemanningen på egen avdeling. Resultatene indikerer at det fortsatt er muligheter for forbedring av kompetanse for at den skal oppleves fullt ut tilstrekkelig.

På foretaksnivå var ansatte i Helse Førde mest fornøyd med både bemanning og kompetanse (gjennomsnittskåre på henholdsvis 6,4 og 8,2). Minst fornøyd med bemanning var ansatte i Helse Bergen som hadde 6,0 i gjennomsnittskåre. Minst fornøyd med kompetanse var ansatte i Apotekene Vest (gjennomsnittskåre på 7,2).

4.4.4.3 Behandling av pasienters problemer

Det ble stilt spørsmål om flere forhold som kan ha betydning for behandling av pasientene. Spørsmålene i dette spørreskjemaet dreier seg om problemer i pasientbehandlingen, for eksempel relatert til organisering av arbeidet, tilgjengelighet av utstyr, tilgjengelighet av kompetanse, og bemanning. De ansatte sin opplevelse av hvor ofte det hender at pasienters problemer ikke blir behandlet fordi nødvendig utstyr ikke er tilgjengelig er vist i Tabell 45. Totalt var det 6 prosent som mente at det skjer "en gang i uken eller oftere" mens 46 prosent mente at det "aldri" skjer. Av de som oppgir at det skjer "en gang i uken eller oftere" så var dette tilfelle for 4 prosent i Helse Førde og 9 prosent i Apotekene Vest. Apotekene Vest var også det foretak der flest ansatte så på tilgang til nødvendig utstyr som en barriere for pasientbehandlingen. Her var det også flest som oppga at dette ikke er noe problem (65 prosent). For de andre foretakene

varierte det mellom 44 prosent i Helse Bergen, og 49 prosent i Helse Stavanger, som oppga at nødvendig utstyr ikke var noen barriere i pasientbehandlingen.

Tabell 45. Nødvendig utstyr ikke tilgjengelig som barriere i pasientbehandlingen.
Foretak. Prosent

% within -		A124.1RE			
		nei	Opp til en gang i måneden	en gang i uken eller oftere	Total
-	Apotekene Vest	65,2%	26,1%	8,7%	100,0%
	Helse Bergen	44,1%	49,5%	6,4%	100,0%
	Helse Førde	44,3%	51,4%	4,4%	100,0%
	Helse Stavanger	48,6%	44,3%	7,1%	100,0%
	Total	46,0%	47,6%	6,4%	100,0%

Mangel på riktig kompetanse som en barriere for behandling av pasienters problemer er vist i Tabell 46. Totalt var det 10 prosent som svarte at pasienters problemer ikke ble behandlet fordi riktig kompetanse ikke var tilgjengelig ”en gang i uken eller oftere”, mens 36 prosent svarte at dette aldri var noe problem. Blant de ansatte i Helse Førde var det 5 prosent som opplevde dette som et problem ”en gang i uken eller oftere” mot 15 prosent i Apotekene Vest.

Tabell 46. Riktig kompetanse ikke tilgjengelig som en barriere i pasientbehandlingen.
Foretak. Prosent

% within -		A124.2RE			
		Nei	Opp til en gang i måneden	En gang i uken eller mer	Total
-	Apotekene Vest	43,8%	41,7%	14,6%	100,0%
	Helse Bergen	35,5%	54,7%	9,7%	100,0%
	Helse Førde	33,9%	60,7%	5,4%	100,0%
	Helse Stavanger	36,4%	52,4%	11,2%	100,0%
	Total	35,7%	54,6%	9,7%	100,0%

En andel på 10 prosent oppga organisering av arbeidet som et hinder for at pasienters problemer blir behandlet ”en gang i uken eller mer”, se (Tabell 47), mens 44 prosent oppga at de aldri opplevde dette som et hinder i pasientbehandlingen. Det var færrest som så på organiseringen som et hinder i pasientbehandlingen i Helse Førde. Her svarte 6 prosent av de ansatte at organiseringen var en barriere i pasientbehandlingen ”en gang i uken eller oftere”.

Tabell 47. Organisering av arbeidet som en barriere i pasientbehandlingen. Foretak. Prosent

% within -		A124.3RE			
		Nei	Inntil en gang i måneden	En gang i uken eller mer	Total
-	Apotekene Vest	45,8%	39,6%	14,6%	100,0%
	Helse Bergen	40,8%	48,4%	10,7%	100,0%
	Helse Førde	51,5%	42,2%	6,3%	100,0%
	Helse Stavanger	44,6%	44,8%	10,7%	100,0%
	Total	43,8%	46,1%	10,1%	100,0%

Hvordan ansatte så på bemanning som et hinder i behandling av pasienters problemer er vist i Tabell 48. Det var totalt 27 prosent som oppga at pasienters problemer ikke ble behandlet på grunn av at bemanningen var for lav, men det var også 26 prosent som ikke så på dette som et hinder i det hele tatt. Det var færrest i Helse Førde (17 prosent) og flest i Apotekene Vest (43 prosent) som mente for lav bemanning var en barriere i pasientbehandlingen ”en gang i uken eller mer”. For både Helse Bergen og Helse Stavanger var det tilsvarende tallet 28 prosent.

Tabell 48. For lav bemanning som en barriere i pasientbehandlingen. Foretak. Prosent

% within -		A124.4RE			
		nei	Inntil en gang i måneden	En gang i uken eller mer	Total
-	Apotekene Vest	32,7%	24,5%	42,9%	100,0%
	Helse Bergen	23,2%	48,9%	27,9%	100,0%
	Helse Førde	30,7%	52,6%	16,7%	100,0%
	Helse Stavanger	26,9%	44,9%	28,3%	100,0%
	Total	25,7%	47,7%	26,6%	100,0%

Resultatene viser at i medarbeidere i større grad ser på for lav bemanning som et hinder i pasientbehandlingen enn tilgjengelighet av utstyr, mangel på kompetanse eller organiseringen av arbeidet. Dette er tilsvarende resultatet som ble funnet tidligere der de ansatte opplevde at avdelingens bemanning var mindre tilstrekkelig enn avdelingens kompetanse (jfr. indeks for bemanning og indeks for kompetanse, tabell 43 og 44). En generell tendens var også at ansatte i Helse Førde sjeldnere opplevde lav bemanning, liten tilgjengelighet av utstyr, manglende kompetanse eller organisering av arbeidet som barrierer i pasientbehandlingen, mens det motsatte var tilfelle i Apotekene Vest.

Svarene på disse spørsmålene er selvrapporterte og subjektive opplevelser i tilknytning til barrierer i pasientbehandlingen. Dataene sier lite om de faktiske forholdene når det gjelder årsaker til at pasienters problemer ikke blir behandlet. Spørsmålene er

indikatorer på hva som er utfordringer i tjenesteproduksjonen, hvor (eks. hvilke klinikker, se foretaksrapporter) problemene er størst og hvilke barrierer som eksisterer. Dataene egner seg ikke til å tallfeste omfanget av barrierer i pasientbehandlingen.

4.4.5 Planløsning og funksjonalitet

Spørreskjemaet inkluderer påstander om bygningsmessige planløsninger, tilpasning til drift og plassproblemer. Resultatene er vist i Tabell 49, Tabell 50 og Tabell 51.

Tabell 49. Tilfredshet med sykehusets planløsning. Foretak. Prosent

% within -		A123.1RE			Total
		stemmer ikke eller stemmer dårlig	både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	
-	Apotekene Vest	32,9%	60,0%	7,1%	100,0%
	Helse Bergen	36,4%	47,4%	16,2%	100,0%
	Helse Førde	27,2%	46,7%	26,1%	100,0%
	Helse Stavanger	46,4%	40,9%	12,7%	100,0%
	Total	38,5%	45,2%	16,3%	100,0%

Totalt var det 16 prosent som mente at det stemte helt eller delvis at sykehuset har en veldig funksjonell planløsning. 39 prosent mente at det ”stemmer ikke eller stemmer dårlig”. Det var noe variasjon mellom foretakene. Flest var fornøyd med planløsningen i Helse Førde (26 prosent) og færrest var fornøyd i Helse Stavanger (46 prosent).

Tabell 50. Plassproblemer på avdelingene. Foretak. Prosent

% within -		A123.2RE			Total
		Stemmer ikke og stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	
-	Apotekene Vest	9,2%	30,6%	60,2%	100,0%
	Helse Bergen	17,5%	20,7%	61,8%	100,0%
	Helse Førde	27,7%	22,3%	50,0%	100,0%
	Helse Stavanger	19,2%	18,7%	62,1%	100,0%
	Total	19,4%	20,4%	60,2%	100,0%

Det var 60 prosent som mente at det ”stemmer delvis eller helt” at det er store plassproblemer på avdelingen. Som i det forrige spørsmålet var det flest som mente at dette ikke var noe problem i Helse Førde. Der svarte 28 prosent av de ansatte at ”det stemmer ikke eller dårlig” at de har plassproblemer på avdelingen. Størst plassproblemer opplevde de i Helse Stavanger der 62 prosent svarte at det ”stemmer helt eller delvis”. Tilsvarende resultater som for Helse Stavanger fant vi også i Apotekene Vest (60

prosent) og Helse Bergen (62 prosent) I Helse Førde var det 50 prosent som mente at det ”stemmer helt eller delvis” at de har plassproblemer.

Tabell 51. Tilpasning av bygningsmasse til drift. Foretak. Prosent

% within -		A123.3RE			
		Stemmer ikke og stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis og stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	49,4%	29,9%	20,7%	100,0%
	Helse Bergen	51,4%	26,8%	21,8%	100,0%
	Helse Førde	39,7%	34,2%	26,1%	100,0%
	Helse Stavanger	55,2%	24,2%	20,6%	100,0%
	Total	51,0%	27,0%	22,0%	100,0%

Det var totalt 22 prosent som mente at det ”stemmer helt eller delvis” at posten er bygget slik at den passer til driften, se (Tabell 51). Det var flere som mente dette i Helse Førde (26 prosent) enn i de andre helseforetakene. Flest som mente at det ”ikke stemmer eller stemmer dårlig” at posten er bygget slik at den passer til driften var det i Helse Stavanger med 55 prosent. En generell tendens for disse spørsmålene på bygningsmassens funksjonalitet er at det var flest fornøyde i Helse Førde, og færrest fornøyde i Helse Stavanger.

4.5 Ledelse, kommunikasjon og samhandling

En av målsetningene for de nye regionale helseforetakene er å legge forholdene til rette for en mer effektiv ledelse av sykehusene. Spørreskjemaet inkluderte både spørsmål om ledelse, spørsmål om samarbeid mellom ledelse og ulike profesjonsgrupper, og om samarbeid og kommunikasjon mellom ulike grupper av ansatte.

4.5.1 Antall ledere

Av de spurte var det totalt 16 prosent som oppga at de hadde en lederstilling (Tabell 52). Det var 23 prosent av de spurte i Apotekene Vest som hadde lederstillinger, 15 prosent i Helse Bergen, 16 prosent i Helse Førde og 16 prosent i Helse Stavanger. I gjennomsnitt oppga lederne å ha personalansvar for 29 ansatte. Medianverdien var personalansvar for 10 ansatte. Den store forskjellen mellom gjennomsnitt og median skyldes at noen få ledere har ansvar for store grupper av ansatte. De fleste lederne har derimot ansvar for omtrent 10 ansatte.

Tabell 52. Antall ledere. Foretak. Prosent

% within -		Lederstillin	
		Lederstilling	Total
-	Apotekene Vest	22,9%	100,0%
	Helse Bergen	15,0%	100,0%
	Helse Førde	16,4%	100,0%
	Helse Stavanger	16,2%	100,0%
	Total	15,8%	100,0%

4.5.2 Lederes oppfatning av lederstillingen

Ledere ble bedt om å ta stilling til utsagn om lederopplæring og oppfølging av medarbeidere. Påstandene er *"Alle nytilsatte får lederopplæring ved tiltredelse"*, *"God individuell oppfølging som leder"*, *"Helseforetakene prioriterer lederutvikling"*, *"I avdelingen er oppfølging av nyansatte prioritert"* og *"Opplevd støtte fra medarbeider og opplevd støtte fra overordnet"*.

Totalt i Helse Vest mente 56 prosent av lederne at nytilsatte *ikke* får lederopplæring ved tiltredelse (Tabell 53). En andel på 21 prosent svarte "både og" 23 prosent svarte at påstanden "stemmer". Det er bare små forskjeller mellom foretakene.

Tabell 53. Lederopplæring ved tiltredelse. Foretak. Prosent

% within -		A108.1RE			Total
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	
-	Apotekene Vest	56,7%	16,7%	26,7%	100,0%
	Helse Bergen	54,1%	22,9%	22,9%	100,0%
	Helse Førde	54,0%	22,4%	23,6%	100,0%
	Helse Stavanger	59,6%	18,1%	22,3%	100,0%
	Total	56,1%	21,0%	22,9%	100,0%

Resultatene fra spørsmålet om ledere får god individuell oppfølging er vist i Tabell 54. En andel på 42 prosent av lederne oppga at de ikke fikk god individuell oppfølging mens 26 prosent svarte "både og". Det er noen mindre forskjeller mellom foretakene.

Tabell 54. Individuell oppfølging av ledere. Foretak. Prosent

% within -		A108.2RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	36,7%	30,0%	33,3%	100,0%
	Helse Bergen	39,0%	35,8%	25,1%	100,0%
	Helse Førde	52,1%	27,9%	20,0%	100,0%
	Helse Stavanger	41,7%	30,6%	27,8%	100,0%
	Total	41,8%	32,6%	25,5%	100,0%

På spørsmål om helseforetaket prioriterer lederutvikling (se Tabell 55) svarte 34 prosent av lederne at dette ”stemmer” mens 35 prosent svarte ”både og”. Det var her store og signifikante forskjeller mellom foretakene. Lederopplæring ble i størst grad prioritert i Apotekene Vest. Her svarte drøyt 70 prosent av lederne at utsagnet ”stemmer” mens nær en femtedel svarte ”både og”. Den motsatte ytterlighet finner vi i Helse Førde. Her mente 22 prosent av lederne at foretaket prioriterer lederutvikling, mens drøyt en tredjedel svarte ”både og”.

Tabell 55. Prioritering av lederutvikling. Foretak. Prosent

% within -		A108.3RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	9,7%	19,4%	71,0%	100,0%
	Helse Bergen	30,1%	35,6%	34,3%	100,0%
	Helse Førde	40,7%	37,3%	22,0%	100,0%
	Helse Stavanger	28,2%	36,1%	35,7%	100,0%
	Total	30,2%	35,4%	34,4%	100,0%

På spørsmål om leders oppfølging av nyansatte i egen avdeling og kollegial støtte i avdelingen var lederne mer positive, se Tabell 56 og Tabell 57. Totalt mente 58 prosent av lederne at de prioriterte oppfølging av egne ansatte. Bare 14 prosent svarte at dette stemte dårlig. Apotekene Vest hadde høyest prosentandel av ledere som mente oppfølging av nyansatte blir prioritert, mens Helse Bergen skårer lavest. Forskjellene er små, se Tabell 56.

Tabell 56. Prioritert oppfølging av nyansatte på avdelingen. Prosent

% within -		A108.4RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	16,1%	19,4%	64,5%	100,0%
	Helse Bergen	12,4%	31,2%	56,4%	100,0%
	Helse Førde	11,2%	26,9%	61,9%	100,0%
	Helse Stavanger	15,7%	26,1%	58,2%	100,0%
	Total	13,5%	28,4%	58,1%	100,0%

Respons på spørsmål om leder opplever støtte fra nærmeste kolleger, og fra nærmeste overordnede, er vist i henholdsvis Tabell 57 og Tabell 58. Når det gjelder støtte fra nærmeste medarbeidere svarte hele 83 prosent av lederne at de fikk slik støtte. Tallene varierte fra 88 prosent i Helse Førde til 74 prosent i Apotekene Vest. Selv om det var færrest i Apotekene Vest som opplevde at påstanden ”stemmer helt eller delvis” var det ingen i Apotekene Vest som opplevde at det ”stemmer ikke eller stemmer dårlig”. Forskjellene mellom foretakene er signifikante.

Tabell 57. Lederes opplevde støtte fra nærmeste medarbeidere. Foretak. Prosent

% within -		A108.5RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest		25,8%	74,2%	100,0%
	Helse Bergen	3,3%	16,0%	80,6%	100,0%
	Helse Førde	3,6%	13,7%	82,7%	100,0%
	Helse Stavanger	1,3%	10,6%	88,1%	100,0%
	Total	2,6%	14,2%	83,3%	100,0%

Totalt var det 74 prosent av lederne som svarte at de har støtte fra sine nærmeste overordnede mens 8 prosent opplevde at dette ikke stemte. Det var små forskjeller mellom foretakene.

Tabell 58. Lederes opplevde støtte fra nærmeste overordnede. Prosent

% within -		A108.6RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	3,2%	22,6%	74,2%	100,0%
	Helse Bergen	9,6%	18,5%	71,9%	100,0%
	Helse Førde	7,1%	19,1%	73,8%	100,0%
	Helse Stavanger	6,9%	15,0%	78,1%	100,0%
	Total	8,1%	17,6%	74,4%	100,0%

Resultatene viser at en stor gruppe av lederne i foretaksgruppen Helse Vest er lite fornøyd med overordnet ledelse sin oppfølging av ledere både når det gjelder nyansettelser og prioritering av lederutvikling. Derimot virker lederne godt fornøyd med den støtte de får fra nærmeste medarbeidere og nærmeste overordnede.

En annen tendens er at ledere gjennomgående er mest fornøyd i Apotekene Vest (med oppfølging av leder) og minst fornøyd i Helse Førde. Når det gjelder forhold som støtte fra medarbeidere og overordnet leder var tendensen mer uklar. Apotekene Vest er et mye mindre foretak enn de andre foretakene, noe som kan forklare hvorfor de svarer mer positivt på disse spørsmålene.

4.5.3 Ledelse

Noen av spørsmålene om ledelse ble inndelt i to indekser som vi har kalt 'Ledelse foretak' og 'Ledelse klinikk'. Den første indeksen inkluderer spørsmål om overordnet ledelse – "hvorvidt den regionale foretaksledelsen har gode kunnskaper om eget sykehus", "hvorvidt ledelsen prioriterer med utgangspunkt i helhetsvurderinger", og "hvorvidt foretaksledelsen har kunnskaper om situasjonen i avdelingene". Responsen er vist i Tabell 59. På en skala fra 1 "stemmer ikke" til 5 "stemmer helt", er gjennomsnittsverdien for alle 2,8, noe under middels. Det var noe variasjon mellom foretakene. Apotekene var mest fornøyd med en gjennomsnittsskåre på 3,2. Helse Førde hadde en gjennomsnittsskåre på 2,7. Dette er i samsvar med resultatene fra tidligere spørsmål på ledelse der Apotekene Vest kom bedre ut på oppfølgingen av ledere, og Helse Førde kom dårligst ut.

Tabell 59. Indeks for overordnet ledelse. Foretak. Gjennomsnitt og standardavvik

LEDFORET		
-	Mean	Std. Deviation
Apotekene Vest	3,2	,62
Helse Bergen	2,8	,73
Helse Førde	2,7	,89
Helse Stavanger	2,8	,82
Total	2,8	,79

Indeksen som kartlegger ledelse på klinikk/avdelingsnivå har spørsmål om ledelsen på de enkelte avdelinger ”har gode kunnskaper om arbeidet på postene”, ”har riktig prioritering”, ”har kunnskaper om egen arbeidssituasjon” og ”vektlegger å beholde ansatte”.

Medarbeiderne var mer fornøyd med ledelsen på avdelingene (Tabell 60) enn de var med ledelsen på foretaksnivå. For foretakene var gjennomsnittskåre 3,6, som er noe over middels fornøyd. Det er også her noe forskjell mellom foretakene. Helse Førde kom best ut med 3,8 i gjennomsnitt. Helse Bergen var det foretaket som skårer lavest med 3,5. Selv om Helse Førde kom dårligst ut på spørsmål om overordnet ledelse, er medarbeidere i Helse Førde mest tilfreds med ledelse på klinikk/enhetsnivå.

Tabell 60. Indeks for ledelse på klinikknivå. Foretak. Gjennomsnitt og standardavvik

LEDKLINI		
-	Mean	Std. Deviation
Apotekene Vest	3,6	,69
Helse Bergen	3,5	,91
Helse Førde	3,8	,69
Helse Stavanger	3,6	,82
Total	3,6	,85

4.5.4 Lederkvalitet

I spørreskjemaet ble det stilt en del spørsmål som dreier seg om lederskap og lederatferd. Det første utsagnet var at ”lederatferden tar utgangspunkt i den totale virksomheten sine verdier, mål og ressursgrunnlag”. Svarene er vist i Tabell 61.

Tabell 61. Lederatferden har utgangspunkt i den total virksomhetens verdier, mål og ressursgrunnlag. Foretak. Prosent

% within -		A126.1RE			Total
		stemmer ikke eller stemmer delvis	Både og	Stemmer delvis og stemmer helt	
-	Apotekene Vest	4,3%	45,7%	50,0%	100,0%
	Helse Bergen	12,9%	46,2%	40,9%	100,0%
	Helse Førde	10,6%	44,1%	45,3%	100,0%
	Helse Stavanger	12,8%	41,4%	45,8%	100,0%
	Total	12,3%	44,2%	43,5%	100,0%

Totalt var det 44 prosent av de spurte som mente at det ”stemmer helt eller delvis” at lederatferden tar utgangspunkt i den totale virksomheten sine verdier, mål og ressursgrunnlag. Det var 12 prosent som mente at det ikke stemmer. Det var flest enige i

utsagnet i Apotekene Vest, der 50 prosent svarte at det ”stemmer”. I Helse Bergen var det tilsvarende tallet 41 prosent.

Tabell 62. Ledere har mot og evne til å utøve lederskap blant annet ved å prioritere og ved å gjennomføre nødvendige prosesser i samarbeid med sine medarbeidere. Foretak. Prosent

% within -		A126.2RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis og stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	10,9%	21,8%	67,2%	100,0%
	Helse Bergen	17,9%	30,6%	51,5%	100,0%
	Helse Førde	15,3%	33,8%	50,9%	100,0%
	Helse Stavanger	17,2%	28,0%	54,9%	100,0%
	Total	17,1%	29,9%	53,0%	100,0%

Tabell 62 viser hvordan medarbeiderne i de fire foretakene er enig eller uenig i påstanden ”lederen har mot og evne til å utøve lederskap blant annet ved å prioritere og ved å gjennomføre nødvendige prosesser i samarbeid med sine medarbeidere”. Totalt mente 53 prosent av de ansatte at påstanden ”stemmer helt eller delvis” mens 17 prosent mente at den ”stemmer ikke eller stemmer dårlig”. Apotekene Vest har den største andelen ansatte som er enige i utsagnet (67 prosent), mens det er færrest enige i Helse Førde (51 prosent).

Tabell 63. Lederen møter utfordringer og utvikling gjennom kontinuerlige endringsprosesser og kompetanseheving hos medarbeidere. Foretak. Prosent

% within -		A126.3RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis og stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	12,9%	33,6%	53,4%	100,0%
	Helse Bergen	19,8%	34,9%	45,2%	100,0%
	Helse Førde	17,6%	37,4%	45,0%	100,0%
	Helse Stavanger	18,9%	32,2%	48,9%	100,0%
	Total	19,0%	34,3%	46,7%	100,0%

Tabell 63 viser hvordan medarbeiderne i de fire foretakene oppfatter påstanden om at ”lederen møter utfordringer og utvikling gjennom kontinuerlige endringsprosesser og kompetanseheving hos medarbeidere”. Totalt var det 48 prosent som mente at dette ”stemmer helt eller delvis” mens 19 prosent mente at det ”ikke stemmer”. Drøyt en tredjedel av de ansatte svarte ”både og”.

Tabell 64. Lederen formidler budskap og profil tydelig med hensyn til verdier og mål, opptrer med legitimitet og vinner tillit hos alle medarbeidere. Foretak. Prosent

% within -

		A126.4RE			
		Stemmer ikke eller stemmer delvis	Både og	Stemmer delvis og stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	15,1%	27,7%	57,1%	100,0%
	Helse Bergen	24,2%	34,1%	41,7%	100,0%
	Helse Førde	19,9%	36,8%	43,3%	100,0%
	Helse Stavanger	23,6%	30,4%	45,9%	100,0%
	Total	23,2%	33,0%	43,8%	100,0%

Responsen på påstanden om at *"lederen formidler budskap og profil tydelig med hensyn til verdier og mål, opptrer med legitimitet og vinner tillit hos alle medarbeidere"*, er vist i Tabell 64. En andel på 44 prosent av de spurte mente at dette "stemmer helt eller delvis". Tallene varierte fra 57 prosent i Apotekene Vest til 42 prosent i Helse Bergen.

Tabell 65. Hvorvidt lederen opptrer med ærlighet, humør og toleranse, og stiller samtidig krav til medarbeidere om å oppnå resultater. Foretak. Prosent

% within -

		A126.5RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	5,9%	26,1%	68,1%	100,0%
	Helse Bergen	16,8%	28,9%	54,3%	100,0%
	Helse Førde	13,9%	28,9%	57,2%	100,0%
	Helse Stavanger	16,0%	25,8%	58,2%	100,0%
	Total	15,8%	27,7%	56,4%	100,0%

Når det gjelder påstanden om at *"lederen opptrer med ærlighet, humør og toleranse, og stiller samtidig krav til medarbeiderne om å oppnå resultater"*, svarte totalt 56 prosent at dette "stemmer helt eller delvis", se (Tabell 65). I Apotekene Vest var 68 prosent av de ansatte av samme oppfatning, mot 54 prosent i Helse Bergen.

Tabell 66. Lederen ser sin virksomhet som en del av et større hele, det vil si profesjonsavhengig og uavhengig av den enheten som man er satt til å lede. Foretak.
Prosent

% within -		A126.6RE			
		Stemmer ikke eller stemmer dårlig	Både og	Stemmer delvis eller stemmer helt	Total
-	Apotekene Vest	8,6%	25,9%	65,5%	100,0%
	Helse Bergen	15,8%	36,2%	48,0%	100,0%
	Helse Førde	15,2%	35,9%	48,9%	100,0%
	Helse Stavanger	12,7%	33,8%	53,5%	100,0%
	Total	14,5%	35,0%	50,5%	100,0%

Den siste påstanden var ”lederen ser sin virksomhet som en del av et større hele, det vil si profesjonsuavhengig og uavhengig av den enheten man er satt til å lede” (Tabell 66). Totalt mente 51 prosent at dette ”stemmer helt eller delvis”. Svarprosenten varierte mellom 66 prosent i Apotekene Vest og 48 prosent i Helse Bergen. Det var totalt 15 prosent som mente at dette ”ikke stemmer”.

Generelt for alle disse påstandene er at Apotekene Vest var mest enige, det vil si at kriteriene for lederskap er sterkest tilstede i Apotekene Vest. Helse Bergen var det foretaket der færrest var enige i at kriteriene for lederskap er til stede.

4.5.5 Forholdet mellom yrkesgrupper

God kommunikasjon og samhandling er viktig mellom kolleger i ulike yrkesgrupper. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om forholdet mellom de enkelte yrkesgruppene. Resultatene viser at dette forholdet er bra.

Det som skilte seg ut i negativ retning var forholdet mellom de ulike yrkesgruppene og ledere, og forholdet mellom de ulike yrkesgruppene og administrasjon. Tabell 67 og Tabell 68 viser hvordan de ulike yrkesgruppene opplevde forholdet til ledere og til administrasjon. Svarene ble gitt på en skala fra 1= ”Fiendtlig og anspent” til 5= ”Vennlig og avslappet”.

Tabell 67. Forholdet mellom ledere og de forskjellige yrkesgruppene. Prosent

		A77.2RE			Total
		fiendtlig og anspent	både og	Vennlig og avslappet	
Hvilken type stilling har du?	Lege	10,4%	21,5%	68,1%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	5,2%	17,1%	77,8%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	5,1%	12,1%	82,7%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	1,9%	17,5%	80,5%	100,0%
	Bioingeniør	6,2%	35,6%	58,2%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	10,2%	26,8%	63,0%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	7,5%	15,1%	77,4%	100,0%
	Psykolog	11,7%	14,9%	73,4%	100,0%
	Administrasjon	5,5%	12,5%	82,0%	100,0%
	Service/Teknisk drift	11,0%	22,1%	66,9%	100,0%
	Annet	6,2%	18,3%	75,5%	100,0%
	Total	6,3%	18,1%	75,6%	100,0%

Når det gjelder forholdet til ledere var det totalt 76 prosent av de spurte som sa at forholdet var ”vennlig og avslappet” mens 6 prosent svarte at forholdet var ”fiendtlig og anspent”. Det var noe variasjon mellom yrkesgruppene. Hele 83 prosent av hjelpepleierne opplevde forholdet til ledere som ”vennlig og avslappet” mot 58 prosent blant bioingeniørene og 63 prosent blant radiografer/stråleterapeuter. Totalt sett opplevde seks prosent av de ansatte at forholdet til ledelsen var ”fiendtlig og anspent”.

Tabell 68. Forholdet mellom administrasjon og de forskjellige yrkesgruppene. Prosent

		A77.7RE			Total
		Fiendtlig og anspent	Både og	Vennlig og avslappet	
Hvilken type stilling har du?	Lege	18,3%	37,3%	44,4%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	11,5%	31,3%	57,2%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	8,0%	19,7%	72,2%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	3,5%	26,2%	70,2%	100,0%
	Bioingeniør	5,0%	40,8%	54,2%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	10,2%	30,6%	59,3%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	3,9%	16,1%	80,0%	100,0%
	Psykolog	8,7%	27,2%	64,1%	100,0%
	Administrasjon	3,1%	9,9%	87,0%	100,0%
	Service/Teknisk drift	8,7%	26,5%	64,8%	100,0%
	Annet	6,2%	21,8%	72,1%	100,0%
Total		9,2%	26,9%	63,9%	100,0%

Totalt 64 prosent av de ansatte opplevde forholdet til administrasjonen som ”vennlig og avslappet”, mens 9 prosent mente at forholdet var ”fiendtlig og anspent”. Det var noen forskjeller mellom yrkesgruppene. I yrkesgruppene ’leger’ og ’sykepleiere’ opplevde henholdsvis 18 og 12 prosent av de ansatte at forholdet til administrasjonen var ”fiendtlig og anspent”. Sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger var den yrkeskategorien der flest (80 prosent) opplevde forholdet til administrasjonen som ”vennlig og avslappet”.

4.5.6 Kommunikasjon

Samhandling og kommunikasjon handler om måten vi sender og mottar informasjon på. Det kan dreie seg om å ikke klare å gi nok informasjon, men også om hvorvidt medarbeidere og overordnede gir motstridende informasjon, ordrer eller instruksjoner.

Når det gjelder spørsmålet om en ”mottar utilstrekkelig informasjon relatert til arbeidet eller mottar informasjon for sent”, svarte 12 prosent av de ansatte at det aldri skjedde. En andel på 63 prosent svarte at det skjedde ”mindre enn en gang i uken” mens 25 prosent svarte at det ”skjer mer enn en gang i uken”, se (Tabell 69). De yrkesgruppene som rapporterte dette hyppigst var radiografer/stråleterapeuter, der 40 prosent svarte at informasjonen var utilstrekkelig ”en gang i uken eller mer”. Av yrkesgruppene rapporterte radiografer/stråleterapeuter hyppigst om utilstrekkelig informasjon (41 prosent ukentlig). Blant legene rapporterte nær 30 prosent om problemet. Tilsvarende tall for administrasjon og service/teknisk drift var henholdsvis 31 prosent og 32 prosent.

Tabell 69. Mottak av utilstrekkelig informasjon relatert til arbeid, eller mottar informasjon for sent. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?

		A47.2RE			
		aldri	Mindre enn en gang i uken	En gang i uken eller mer	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	8,4%	62,8%	28,9%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	8,3%	66,6%	25,1%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	21,0%	61,6%	17,4%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	10,3%	69,7%	20,0%	100,0%
	Bioingeniør	12,1%	66,6%	21,4%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	7,9%	51,6%	40,5%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	10,8%	63,2%	25,9%	100,0%
	Psykolog	6,5%	68,8%	24,7%	100,0%
	Administrasjon	9,0%	60,1%	30,9%	100,0%
	Service/Teknisk drift	19,7%	48,5%	31,8%	100,0%
	Annet	15,8%	59,7%	24,5%	100,0%
	Total	11,7%	62,9%	25,3%	100,0%

Informasjon kan være utilstrekkelig i forhold de oppgaver man skal utføre. Et annet problem kan være at man mottar ordrer som er uoverensstemmende eller motstridende i arbeidet. Totalt var det 24 prosent som oppga at dette aldri skjer (Tabell 70), og 14 prosent som sa at dette skjer "en gang i uken eller mer". De yrkesgruppene som rapporterte mest uoverensstemmende/motstridende ordrer var service/teknisk drift, sykepleiere og radiografer/stråleterapeuter.

Tabell 70. Mottak av uoverensstemmende/motstridende informasjon i forbindelse med arbeidet. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A47.3RE			Total
		Aldri	Mindre enn en gang i uken	En gang i uken eller mer	
Hvilken type stilling har du?	Lege	22,6%	65,5%	11,9%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	16,8%	65,2%	18,0%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	32,4%	58,4%	9,2%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	29,5%	63,5%	7,1%	100,0%
	Bioingeniør	22,2%	68,4%	9,4%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	13,6%	69,6%	16,8%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	26,6%	60,3%	13,0%	100,0%
	Psykolog	38,7%	50,5%	10,8%	100,0%
	Administrasjon	31,1%	57,0%	11,9%	100,0%
	Service/Teknisk drift	26,1%	55,5%	18,4%	100,0%
	Annet	30,4%	58,3%	11,3%	100,0%
Total		23,9%	62,0%	14,1%	100,0%

4.5.7 Lojalitet til organisasjonen og yrket

Vi har i spørreskjemaet målt oppfatning av tilhørighet til organisasjon og tilhørighet til yrket blant de ansatte. Tilhørighet til organisasjon er vist for foretakene (Tabell 71), mens tilhørighet til yrket er vist for yrkesgruppene (Tabell 72). Svarkategoriene går fra 1 som betyr tilhørighet i svært liten grad, til 5 som betyr tilhørighet i svært stor grad. Gjennomsnittsskåren for alle spurte for lojalitet til organisasjon var 3,3. Tilsvarende skåre for alle spurte på lojalitet til yrke var 4,2. Det betyr at lojaliteten til yrket er noe større enn lojaliteten til organisasjonen. Det var noe forskjell mellom de ulike foretakene, selv om disse var små. Helse Førde hadde høyest skåre på lojalitet til organisasjonen med en gjennomsnittsverdi på 3,4. Tilsvarende var gjennomsnittsskåren 3,3 for Helse Bergen, Helse Stavanger og Apotekene Vest.

Tabell 71. Indeks for lojalitet til organisasjonen. Foretak. Gjennomsnitt og standardavvik

Lojalitet til organisasjonen, mean 40 1-3		
-	Mean	Std. Deviation
Apotekene Vest	3,3	,99
Helse Bergen	3,3	,90
Helse Førde	3,4	,93
Helse Stavanger	3,3	,91
Total	3,3	,91

Skala: 1=I svært liten grad, 2=I liten grad, 3=Av og til, 4=I noen grad, 5=I svært stor grad

Det ble videre sett på om det var forskjeller mellom yrkesgrupper, mellom ledere og ikke-ledere, og i forhold til alder når det gjaldt tilhørighet til organisasjonen. Det var forskjell på yrkesgruppene, med størst tilhørighet til organisasjonen blant de administrativt ansatte. Hjelpepleiere hadde også relativt høy organisatorisk tilhørighet, mens psykologene skåret lavest.

Ledere følte større tilhørighet til organisasjonen enn ikke-ledere. Lederne hadde en gjennomsnittskåre på 3,7 mens ikke-ledere hadde 3,2. Lojalitet til organisasjonen endret seg signifikant med alder. Yngre ansatte opplevde mindre tilhørighet enn eldre.

Når det gjelder lojalitet til yrket var det leger og psykologer som skåret høyest, med 4,5 i gjennomsnitt for begge gruppene. Fysio-/ergoterapeuter skåret 4,4. Den laveste tilhørigheten (gjennomsnittskåre 3,9) til yrket opplevde ansatte i service/teknisk drift. Resultatene viser at det er ansatte med profesjonsutdanning som har størst tilhørighet til yrket. For alle spurte var tilhørigheten til yrket større enn tilhørighet til organisasjonen.

Tabell 72. Indeks for lojalitet til yrket. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

Lojalitet til yrke mean spm 40 5 - 8		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	4,5	,57
Sykepleier/Jordmor	4,3	,68
Hjelpepleier/Barnepleier	4,2	,75
Fysioterapeut/Ergoterapeut	4,4	,56
Bioingeniør	4,1	,77
Radiograf/Stråleterapeut	4,2	,74
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	4,1	,73
Psykolog	4,5	,57
Administrasjon	3,9	,79
Service/Teknisk drift	3,9	,87
Annet	4,0	,90
Total	4,2	,76

Skala: 1=I svært liten grad, 2=I liten grad, 3=Av og til, 4=I noen grad, 5=I svært stor grad

Tilsvarende tall fra NEXT-studien viser for alle landene inkludert i studien, at tilhørighet til organisasjon var lavere enn tilhørighet til yrket. Størst tilhørighet til yrket fant man i Frankrike der gjennomsnittskåre var 4,3. Finland og Slovakia hadde gjennomsnittskåre på 4,2 for tilhørighet til yrket, og respondentene opplevde derfor tilhørighet til yrket tilsvarende norske medarbeidere. Lavest tilhørighet til yrket fant en i Storbritannia der gjennomsnittskåren var 3,8. Når det gjelder tilhørighet til organisasjonen var den høyest i hos respondentene i Finland der gjennomsnittskåren var 3,8. Lavest tilhørighet til organisasjon fant man i Italia der gjennomsnittskåren var 3,0. Med en gjennomsnittskåre på 3,3 er norske helsemedarbeidere derfor blant de med lavest tilhørighet til organisasjonen.

4.5.8 Holdning og vilje til endring på avdelingen

På grunnlag av spørsmålene om organisasjonsendring ble det konstruert indekser. Den ene indeksen viser 'Potensial for positiv endring' mens den andre viser 'Motstand mot endring'. Potensial for positiv endring inkluderer påstander om ... "*ledelsen sin evne til å forandre helseforetaket på en god måte*", "*ny organisering gjør foretaket til en mer utfordrende og stimulerende arbeidsplass*", og "*klinikken er i stand til å forandre seg i tråd med nye forventninger*". Skalaen går fra 1 til 4, der 1=Ikke i et hele tatt og 4=I stor grad. Resultatene er vist i Tabell 73 for foretakene, og i Tabell 74 for de enkelte yrkesgruppene.

Tabell 73. Indeks for positive holdninger til endring. Foretak. Gjennomsnitt og standardavvik

spm118,2,3,4 Potensial for positiv endring, mean, høy verdi=stor grad		
-	Mean	Std. Deviation
Apotekene Vest	2,9	,46
Helse Bergen	2,7	,54
Helse Førde	2,5	,55
Helse Stavanger	2,6	,55
Total	2,6	,55

Skala: 1=Ikke i det hele tatt, 2=I liten grad, 3=Til en viss grad, 4=I stor grad

Gjennomsnittsskåren for foretakene var 2,6 på 'Potensial for positiv endring', noe som viser et visst potensial, men ikke stort. Det var små, men signifikante forskjeller mellom foretakene. Høyest skåre på positive holdninger til endring i hadde Apotekene Vest med 2,9 i gjennomsnittsskåre. Lavest var det i Helse Førde med 2,5 i gjennomsnitt. Det tilsvarer en skåre mellom "i liten grad" og "til en viss grad".

Tabell 74. Indeks for positive holdninger til endring. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

spm118,2,3,4 Potensial for positiv endring, mean, høy verdi=stor grad		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,5	,56
Sykepleier/Jordmor	2,6	,53
Hjelpepleier/Barnepleier	2,7	,56
Fysioterapeut/Ergoterapeut	2,7	,41
Bioingeniør	2,5	,47
Radiograf/Stråleterapeut	2,7	,48
Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	2,6	,54
Psykolog	2,4	,53
Administrasjon	2,8	,56
Service/Teknisk drift	2,6	,61
Annet	2,7	,56
Total	2,6	,55

Skala: 1=Ikke i det hele tatt, 2=I liten grad, 3=Til en viss grad, 4=I stor grad

Det var ikke store forskjeller mellom yrkesgruppene. De mest positive var ansatte i administrasjon med en gjennomsnittsskåre på 2,8. Psykologene var minst positive med en gjennomsnittsskåre på 2,4.

Resultatene indikerer at det er en viss endringsvilje blant de ansatte, samtidig som det også kommer frem en reservasjon mot slike endringer. Administrativt ansatte er den gruppen som er mest positive. Det kan skyldes at de er blant de gruppene som sitter nærmest prosessene med noe mer informasjon og med opplevelse av større kontroll.

Indeksen som måler motstand mot endring ble konstruert av spørsmålene: *"vi bruker mer tid og ressurser på implementering av ny organisering enn det vi får igjen"*, *"omorganisering vil ha liten betydning for posten/enheten - etter en tid er vi tilbake der vi var"* og *"hos oss er det motstand mot forandring"*. Dess høyere skåre dess mer motstand.

Totalt var gjennomsnittsskåren 2,6 for Helse Vest. Det var ingen forskjell mellom foretakene. Det var små forskjeller mellom yrkesgruppene, se Tabell 75. Psykologene hadde høyest skåre med 2,8, hjelpepleierne hadde lavest skåre med 2,5. Dette bekrefter resultatene fra indeksen som måler hvorvidt medarbeidere er positive til endring, og som viser at psykologene er den minst endringsvillige yrkesgruppen.

Tabell 75. Indeks for negative holdninger til endring. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

spm118,1,5,6 Motstand mot endring, omorg liten betydning, mean, høy verdi=stor grad

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,7	,54
Sykepleier/Jordmor	2,6	,51
Hjelpepleier/Barnepleier	2,5	,53
Fysioterapeut/Ergoterapeut	2,6	,50
Bioingeniør	2,6	,52
Radiograf/Stråleterapeut	2,6	,48
Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	2,6	,46
Psykolog	2,8	,51
Administrasjon	2,6	,49
Service/Teknisk drift	2,5	,59
Annet	2,5	,54
Total	2,6	,52

Skala: 1=Ikke i det hele tatt, 2=I liten grad, 3=Til en viss grad, 4=I stor grad

For å se om det kunne være andre forhold som påvirket endringsviljen, ble det testet om alder kunne ha betydning. Det var overhodet ingen forskjell på de under og over 45 år på noen av indeksene som kartla endringsvilje. Det var forskjell mellom ledere og ikke-ledere, der ledere hadde en noe mer positiv holdning til endring (2,6) enn ikke-ledere (2,4).

Ledere vil måtte være pådrivere for endringsprosesser som foregår i foretaket. Derfor ble det også sett på om ledere opplevde mer motstand mot forandringer enn det ikke-ledere gjorde. Det var 41 prosent av ikke-ledere som opplevde at det var motstand mot

forandringer. Tilsvarende svarte 49 prosent av lederne at det var motstand mot forandringer.

Det ble videre sett på om det var noen forskjeller mellom ansatte som hadde endret jobbinnhold etter omorganiseringen, ansatte som ikke hadde endret jobbinnhold og de som ikke hadde jobb i foretaket før omorganiseringen. De som ikke hadde jobb i foretaket før omorganiseringen var mest positive til endring og hadde høyest skåre (2,8). Ansatte med samme jobbinnhold etter omorganiseringen hadde lavest skåre (2,6 i gjennomsnitt), mens ansatte med endret jobbinnhold hadde gjennomsnittsskåre 2,7.

Det ble også sett på om det var sammenheng mellom potensial for positiv endring og hvorvidt det psykososiale arbeidsmiljøet hadde endret seg det siste året. Ansatte som mente at arbeidsmiljøet hadde blitt verre var minst endringsvillige (gjennomsnitt 2,5). Ansatte som mente arbeidsmiljøet hadde blitt bedre hadde høyere skåre på potensial for positiv endring med 2,8 i gjennomsnitt. De som hadde samme arbeidsmiljø hadde 2,6 i gjennomsnitt.

Ansatte som hadde deltatt i tiltak for bedre arbeidsmiljø og helse var mer positive til endring enn de som ikke hadde vært med på tiltak. De som hadde hatt tiltak for arbeidsmiljø og helse hadde gjennomsnittsskåre 2,7. Ansatte som ikke hadde hatt tiltak skåret 2,6 for skalaen potensial for positiv endring.

Til slutt ble det sett på om medarbeidere som var tilfredse med jobben var mer positive til endring enn de som ikke var tilfredse. De som var utilfredse med jobben hadde mindre potensial for positiv endring enn de som var tilfredse med jobben. De respektive gjennomsnittsskårene var 2,4 og 2,7.

4.5.9 Endringer i arbeidstidsordninger

En annen måte å måle endringsvilje er å benytte de ansattes holdninger til konkrete endringer som indikatorer på endringsvilje i organisasjonen. I spørreskjemaet ble det stilt spørsmål som går på arbeidstidsordninger og endringer av disse ordningene. Ansatte som gikk i vaktordning/turnus ble bedt om å svare på spørsmål om de ønsket endringer i turnus/vaktordningen (Tabell 76).

Tabell 76. Ønske om endring i turnus/vaktplan. Foretak. Prosent

% within -		Ønsker du endringer i turnus-/vaktordningen?			Total
		Nei	Ja, kanskje	Ja, absolutt	
-	Apotekene Vest	80,0%	20,0%		100,0%
	Helse Bergen	44,3%	42,0%	13,8%	100,0%
	Helse Førde	51,7%	40,3%	8,0%	100,0%
	Helse Stavanger	40,2%	41,0%	18,9%	100,0%
	Total	43,9%	41,3%	14,8%	100,0%

Det var 44 prosent som svarte et absolutt ”nei” på dette spørsmålet, 41 prosent svarte ”ja, kanskje” og 15 prosent svarte ”ja, absolutt”. I Apotekene Vest var det hele 80 prosent av de ansatte som svarte ”nei”, mot 52 prosent ”nei-svar” i Førde. Mest positive var de ansatte i Helse Bergen og i Helse Stavanger, der henholdsvis 14 prosent og 19 prosent svarte ”ja, absolutt”.

Alle medarbeidere (uansett arbeidstid) ble spurt om de hadde deltatt i utprøving av nye arbeidstidsordninger, se Tabell 77. Totalt var det 17 prosent av de spurte som sa at de hadde deltatt i utprøving av nye arbeidstidsordninger. I Helse Bergen var det flest som hadde deltatt i utprøving av nye arbeidstidsordninger (19 prosent), mens det var færrest i Apotekene Vest (11 prosent).

Tabell 77. Andel som har deltatt i utprøving av nye arbeidstidsordninger. Foretak. Prosent

% within -		Har du deltatt i utprøving av nye arbeidstidsordninger?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	89,1%	10,9%	100,0%
	Helse Bergen	80,9%	19,1%	100,0%
	Helse Førde	83,5%	16,5%	100,0%
	Helse Stavanger	85,7%	14,3%	100,0%
	Total	83,2%	16,8%	100,0%

Totalt 54 prosent av de som svarte på undersøkelsen ønsket å delta i utprøving av nye arbeidstidsordninger, se Tabell 78. De apotekansatte var mest negative til å prøve ut nye ordninger, bare 28 prosent svarte ja på dette spørsmålet. Det kan skyldes at ansatte i apotekene i større grad jobber vanlig arbeidstid og ikke går i skiftordning.

Tabell 78. Ønsker om å delta i utprøving av nye arbeidstidsordninger. Foretak. Prosent

% within -		Ønsker du å delta i utprøving av nye arbeidstidsordninger?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	72,1%	27,9%	100,0%
	Helse Bergen	45,7%	54,3%	100,0%
	Helse Førde	47,2%	52,8%	100,0%
	Helse Stavanger	43,9%	56,1%	100,0%
	Total	45,9%	54,1%	100,0%

Når de gjelder de ulike yrkesgruppene, var sykepleiere og hjelpepleiere mest positive til å delta i utprøving av nye arbeidstidsordninger, med henholdsvis 66 og 60 prosent. Minst positive av yrkesgruppene var leger, fysio-/ergoterapeuter, psykologer og ansatte

som tilhører gruppen ”annet”. I disse yrkesgruppene er det mest utbredt å ha vanlig arbeidstid. Blant ansatte som gikk i en vakt/turnusordning var det 64 prosent som ønsket å delta i utprøving av nye arbeidstidordninger mot 38 prosent blant de som hadde vanlig arbeidstid.

Tabell 79. Interesse for å delta i arbeidsplanlegging som tar hensyn til forskjellige aktivitetsnivå i løpet av året. Foretak. Prosent

% within -		Er du interessert i å delta i arbeidsplanlegging som tar hensyn til forskjellige aktivitetsnivå i løpet av året?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	51,6%	48,4%	100,0%
	Helse Bergen	40,0%	60,0%	100,0%
	Helse Førde	39,4%	60,6%	100,0%
	Helse Stavanger	43,7%	56,3%	100,0%
	Total	41,5%	58,5%	100,0%

viser i hvilken grad de ansatte ønsket å delta i en arbeidsplanlegging som tar hensyn til forskjellig aktivitetsnivå i løpet av året. Det var 59 prosent som svarte positivt på dette. Ansatte ved Apotekene Vest var minst positive mens medarbeiderne i Helse Førde var mest positive. Det var 62 prosent av de som går i skift som var positive til denne type arbeidsplanlegging Tilsvarende var det 54 prosent av de som hadde vanlig arbeidstid som var positive til det.

Tabell 80. Lengde av tidsperiode for arbeidsplanlegging. Foretak. Prosent

% within -		Over hvor lang tidsperiode bør en slik arbeidsplanlegging gå?				Total
		3 måneder	6 måneder	12 måneder	24 måneder	
-	Apotekene Vest	37,1%	38,1%	21,6%	3,1%	100,0%
	Helse Bergen	28,8%	39,5%	27,9%	3,7%	100,0%
	Helse Førde	40,1%	40,6%	17,3%	2,0%	100,0%
	Helse Stavanger	35,6%	36,4%	24,3%	3,7%	100,0%
	Total	33,0%	38,6%	25,0%	3,4%	100,0%

Tabell 80 gir en oversikt over hvor lang periode de ansatte mener en slik arbeidsplanlegging bør foregå. Ansatte i Helse Bergen var mest positivt innstilt til 12 måneder

(28 prosent) mens ansatte i Helse Førde var minst positive til samme tidsperiode (17 prosent).

På spørsmål om arbeidsplanlegging i forhold til aktivitetsnivå gjennom året, ble det også sett på hvorvidt de som hadde deltatt i utprøving av nye arbeidstidsordninger svarte forskjellig fra de som ikke hadde deltatt i utprøving av nye ordninger. De som hadde deltatt i utprøving av nye ordninger var mer positive til å delta enn de som ikke hadde deltatt. Henholdsvis 70 prosent av de som tidligere hadde deltatt i utprøving, og 56 prosent av de som ikke hadde deltatt i utprøving av nye arbeidstidsordninger, svarte ”ja” til denne type planlegging. Det var ingen forskjeller når det gjaldt tidsperioden det skulle planlegges over.

En annen faktor som kan påvirke holdningen til slike endringer er alder. Det var langt flere av de yngre arbeidstakerne som var positive til endringer i vaktordningen. Av personer over 45 svarte 54 prosent et klart ”nei” til endringer i vaktordningen, mot 38 prosent av de under 45 år.

4.5.10 Likestilling

Det ble stilt spørsmål om likestilling i spørreskjemaet. Spørsmål om ansatte vet hvor de skal henvende seg dersom de har spørsmål eller innspill vedrørende likestilling er vist i Tabell 81. Drøyt halvparten av de ansatte visste hvor de skulle henvende seg i spørsmål om likestilling. Det var ingen forskjeller mellom kvinner og menn (jfr Tabell 82).

Tabell 81. Henvendelse ved spørsmål om likestilling. Foretak. Prosent

% within -		Vet du hvor du skal henvende deg dersom du har spørsmål eller innspill vedrørende likestilling?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	43,8%	56,2%	100,0%
	Helse Bergen	50,6%	49,4%	100,0%
	Helse Førde	41,3%	58,7%	100,0%
	Helse Stavanger	49,4%	50,6%	100,0%
	Total	48,7%	51,3%	100,0%

Tabell 82. Henvendelse ved spørsmål om likestilling. Etter kjønn. Prosent

% within Kjønn		Vet du hvor du skal henvende deg dersom du har spørsmål eller innspill vedrørende likestilling?		
		Nei	Ja	Total
Kjønn	Kvinne	48,8%	51,2%	100,0%
	Mann	47,7%	52,3%	100,0%
Total		48,6%	51,4%	100,0%

Det ble stilt spørsmål om i hvilken grad kvinner og menn har like muligheter i foretaket. Resultatene for like muligheter for faglig utvikling er vist i Tabell 83, og like muligheter for å oppnå lederstillinger er vist i Tabell 84.

Tabell 83. Like muligheter for faglig utvikling mellom kvinner og menn. Etter kjønn. Prosent

% within Kjønn		A107.1RE			Total
		I liten grad	moderat	I stor grad	
Kjønn	Kvinne	13,7%	24,3%	62,1%	100,0%
	Mann	5,5%	13,4%	81,1%	100,0%
Total		12,2%	22,3%	65,5%	100,0%

Når et gjelder like muligheter for faglig utvikling for kvinner og menn, var det totalt 65,5 prosent som svarte at dette var tilfelle i stor grad. Det var stor forskjell mellom kvinner og menn. En andel på 62 prosent av kvinnene svarte at det i stor grad var like muligheter for faglig utvikling i foretaket, mot 81,1 prosent av mennene

Tabell 84. Like muligheter for å oppnå lederstillinger mellom kvinner og menn. Etter kjønn. Prosent

% within Kjønn		A107.2RE			Total
		i liten grad	moderat	i stor grad	
Kjønn	Kvinne	26,7%	27,2%	46,1%	100,0%
	Mann	9,0%	18,5%	72,5%	100,0%
Total		23,5%	25,6%	50,8%	100,0%

Når det gjelder like muligheter for kvinner og menn for å oppnå lederstillinger, svarte totalt 51 prosent at dette var tilfelle i stor grad. Ser en på kvinner og menn separat, svarte 73 prosent av mennene at det i stor grad er like muligheter mot 46 prosent av kvinnene.

Andel kvinner og menn i lederstilling er vist i Tabell 85.

Tabell 85. Lederstilling etter kjønn. Prosent

% within Kjønn		Lederstilling?		
		Lederstilling	Ikke lederstilling	Total
Kjønn	Kvinne	14,0%	86,0%	100,0%
	Mann	23,6%	76,4%	100,0%
Total		15,8%	84,2%	100,0%

Tabellen viser at 14 prosent av alle kvinner og 24 prosent av alle menn er ansatt i lederstillinger. Bortsett fra Apotekene Vest som hadde høyere andel kvinner i lederstilling enn menn (24 prosent vs 8 prosent), var det små forskjeller mellom foretakene. Det varierte fra 13 prosent ledere blant kvinnelige ansatte i Helse Førde til 14,1 prosent Helse Stavanger. Andelen ledere blant de mannlige ansatte varierte fra 21 prosent i Helse Bergen til 29 prosent i Helse Førde.

4.6 Arbeidshelse og sykefravær

4.6.1 Sykefravær

Sykefravær er et mål på sykdom blant ansatte men sykefravær kan også være et mål på hvordan det står til i en organisasjon. Sykefravær varierer ofte avhengig av individuelle forutsetninger som kjønn, alder, helse, mestringsstrategier, type arbeidsoppgaver, psykiske og sosiale forhold, bedriftskultur, type bransje og arbeidsmarked. Et høyt sykefravær medfører kostnader både for arbeidsgiver og samfunnet for øvrig, men er like viktig for livskvaliteten til den enkelte ansatte. Innsikt i forhold som påvirker helse og sykefravær er derfor viktig for alle parter i arbeidslivet. Det selvrapporterte sykefraværet for siste seks måneder er vist i Tabell 86.

Tabell 86. Antall dager sykefravær forårsaket av egen sykdom. Foretak. Gjennomsnitt, standardavvik og median

Egen sykdom?			
-	Mean	Std. Deviation	Median
Apotekene Vest	4,8	11,7	1,0
Helse Bergen	5,2	15,2	1,0
Helse Førde	4,6	12,9	1,0
Helse Stavanger	4,3	13,7	1,0
Total	4,8	14,3	1,0

Totalt var det sykefraværet 4,8 dager/siste 6 måneder i gjennomsnitt (tilsvarer 9,5 dager i året). Helse Stavanger hadde et gjennomsnitt på 4,3 dager (8,6 dager i året), mens Helse Bergen hadde høyest med 5,2 dager (10,4 dager i året). Til tross for at gjennomsnittsverdien er lav viser det store standardavviket at variasjonen i sykefravær er stor, og at en mindre andel av de ansatte har hatt mange fraværsdager.

Tabell 87. Antall dager sykefravær forårsaket av egen sykdom. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median

Egen sykdom?			
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation	Median
Lege	3,4	16,1	,0
Sykepleier/Jordmor	4,4	11,9	1,0
Hjelpepleier/Barnepleier	5,4	14,8	1,0
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	3,4	10,3	1,0
Bioingeniør	3,0	6,7	1,0
Radiograf/Stråleterapeut	5,6	14,3	2,0
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	3,9	11,4	1,0
Psykolog	4,8	11,7	2,0
Administrasjon	4,0	13,8	,0
Service/Teknisk drift	7,4	20,4	1,0
Annet	6,2	17,9	1,0
Total	4,8	14,2	1,0

Ser vi på sykefravær for de ulike yrkesgruppene viser Tabell 87 at det er stor variasjon i fraværet. Høyest fravær oppga ansatte i service/teknisk-drift med 7,4 dager i løpet av det siste halve året. Lavest var det for bioingeniører med 3 dager i gjennomsnitt det siste halvåret. For et helt år betyr det at sykefraværet i gjennomsnitt er 15 dager for ansatte i service/teknisk drift, og 6 dager for bioingeniører.

Tabell 88. Indeks for fraværskultur. Fravær når man er syk eller har syke barn. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

SICKLEAV		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	3,4	,9
Sykepleier/Jordmor	3,8	,9
Hjelpepleier/Barnepleier	3,9	,9
Fysioterapeut/Ergoterapeut	3,7	,9
Bioingeniør	3,8	,9
Radiograf/Stråleterapeut	3,8	,7
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	4,0	,8
Psykolog	3,8	,8
Administrasjon	3,8	,9
Service/Teknisk drift	3,7	1,0
Annet	3,8	1,0
Total	3,8	,9

Skala: 1=Svært uenig, 5=Svært enig

Det ble stilt en del spørsmål om fraværskultur. Spørsmålene gjelder forventning til å komme på jobb selv om man er syk, om folk er hjemme med god samvittighet når de er syke og om det er ok å være hjemme med syke barn, ble slått sammen. Gjennomsnittsverdien for disse spørsmålene samlet, er vist i Tabell 88. Skalaen går fra 1="svært uenig" til 5="svært enig". En høy skåre indikerer en god fraværskultur. Gjennomsnittsskåre for alle var 3,8, som tilsier at det er aksept for å være hjemme ved sykdom. Legene var den yrkesgruppen som hadde lavest skåre med 3,4 i gjennomsnitt. Å være hjemme ved sykdom, egen eller andres, er derfor mindre akseptert blant leger enn blant de andre yrkesgruppene. Det var sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger som hadde høyest gjennomsnittsskåre med 4,0.

Tabell 89. Unødvendig fravær. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standard avvik

Hos oss er det for mye unødvendig fravær		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,1	1,2
Sykepleier/Jordmor	2,0	1,1
Hjelpepleier/Barnepleier	2,1	1,2
Fysioterapeut/Ergoterapeut	1,5	,8
Bioingeniør	1,8	1,1
Radiograf/Stråleterapeut	2,2	1,1
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	2,0	1,1
Psykolog	1,8	1,0
Administrasjon	2,2	1,3
Service/Teknisk drift	2,5	1,4
Annet	2,3	1,3
Total	2,1	1,2

Skala: 1= svært uenig, 5 svært enig

De ansatte ble også spurt om det er unødvendig fravær på arbeidsplassen. Det ble skåret på samme skala som de øvrige spørsmål om fraværskultur. Resultatene er vist i Tabell 89. Gjennomsnittsskåre for alle spurte var 2,1 som betyr at de fleste er uenig i at det er for mye unødvendig fravær. De som var mest uenig i dette, var fysio-/ergoterapeuter. Disse hadde 1,5 i gjennomsnittsskåre. De som var minst uenig var de ansatte i Service/teknisk drift med 2,5 i gjennomsnittsskåre. Dette var også den yrkesgruppen som hadde høyest sykefravær.

4.6.2 Selvrapportert helse

Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om helseplager. Subjektivt opplevde plager i muskelskjelett systemet utgjør den største andelen av utbetalte sykepengen i året i den norske befolkningen.

Muskelskjelett plager

Andel av selvrapporterte muskelskjelett plager etter egen oppfatning eller etter legens diagnose er vist i Tabell 90.

Tabell 90. Muskelskjelett plager oppgitt etter egen mening eller etter legens diagnose. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Muskel/skjelettplager i rygg eller andre deler av kroppen (f.eks. tilbakevendende smerter i ledd eller muskel, isjas, gikt,	
		Ja, egen mening	Ja, etter legens diagnose
Hvilken type stilling har du?	Lege	17,7%	13,2%
	Sykepleier/Jordmor	20,1%	21,7%
	Hjelpepleier/Barnepleier	23,3%	29,3%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	23,2%	18,5%
	Bioingeniør	25,6%	18,2%
	Radiograf/Stråleterapeut	27,0%	20,5%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	13,8%	18,2%
	Psykolog	14,0%	11,8%
	Administrasjon	15,6%	30,4%
	Service/Teknisk drift	23,9%	32,2%
	Annet	16,7%	26,8%
Total		19,8%	23,3%

Totalt svarte 43 prosent av de spurte at de hadde muskelskjelett plager etter egen mening eller legens diagnose. Blant ansatte i service/teknisk-drift var det totalt 56 prosent som oppga at de hadde muskel skjelettplager, etter egen mening eller legens diagnose. Blant hjelpepleierne er tilsvarende tall 53 prosent. Den gruppen med lavest selvrapporterte plager var psykologene.

Slike plager er kartlagt i mange populasjonsundersøkelser. Ser man på personer som er mye plaget, fant man i helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) at 47 prosent oppga langvarige plager med smerter/stivhet siste år. Muskelskjelett plager ble kartlagt i NEXT-studien. Tallene for muskel/skjelett plager etter legens diagnose, viste at i Tyskland oppga hele 39 prosent muskelskjelett plager etter legens diagnose. Tilsvarende tall fra Nederland var 22 prosent. Det betyr at medarbeidere i Norge i mindre grad enn medarbeidere i andre land i Europa har fått diagnose på plager i muskel-, skjelettsystemet.

4.6.3 Hudsykdommer

Andel av medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest som er plaget med hudsykdommer er vist i Tabell 91.

Tabell 91. Hudsykdommer oppgitt etter egen mening eller etter legens diagnose. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Hudsykdommer (f.eks. allergi eller annet)	
		Ja, egen mening	Ja, etter legens diagnose
Hvilken type stilling har du?	Lege	5,5%	7,3%
	Sykepleier/Jordmor	8,4%	12,2%
	Hjelpepleier/Barnepleier	10,8%	13,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	5,4%	8,7%
	Bioingeniør	8,6%	11,8%
	Radiograf/Stråleterapeut	10,8%	17,5%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	2,2%	8,7%
	Psykolog	5,4%	18,5%
	Administrasjon	7,4%	13,3%
	Service/Teknisk drift	7,0%	12,7%
	Annet	7,8%	11,7%
Total		7,9%	11,9%

Totalt svarte 20 prosent hudsykdommer etter egen mening eller etter legens diagnose. Det var også her forskjeller mellom yrkesgruppene. Hudsykdommer var mest utbredt blant radiografer/stråleterapeuter, der 28 prosent at de hadde hudsykdommer etter egen mening eller legens diagnose. Minst utbredt var hudsykdommer blant sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger med 11 prosent som oppga hudsykdom etter egen mening eller legens diagnose.

4.6.4 Psykiske plager

Psykiske lidelser er voksende når det gjelder årsak til sykefravær i det norske arbeidslivet. Forekomst av psykiske plager blant medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest er vist i Tabell 92. Totalt var det 16 prosent som oppga at de hadde slike plager etter egen mening eller etter legens diagnose.

Tabell 92. Psykiske plager oppgitt etter egen mening eller etter legens diagnose. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Psykiske plager (f.eks. depresjon, utbrenthet, angst eller	
		Ja, egen mening	Ja, etter legens diagnose
Hvilken type stilling har du?	Lege	9,3%	1,8%
	Sykepleier/Jordmor	11,0%	4,2%
	Hjelpepleier/Barnepleier	9,6%	6,1%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	6,8%	6,8%
	Bioingeniør	12,5%	4,9%
	Radiograf/Stråleterapeut	15,0%	5,8%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	11,0%	1,7%
	Psykolog	14,0%	3,2%
	Administrasjon	11,4%	5,2%
	Service/Teknisk drift	10,3%	8,2%
	Annet	10,0%	7,0%
Total		10,7%	5,0%

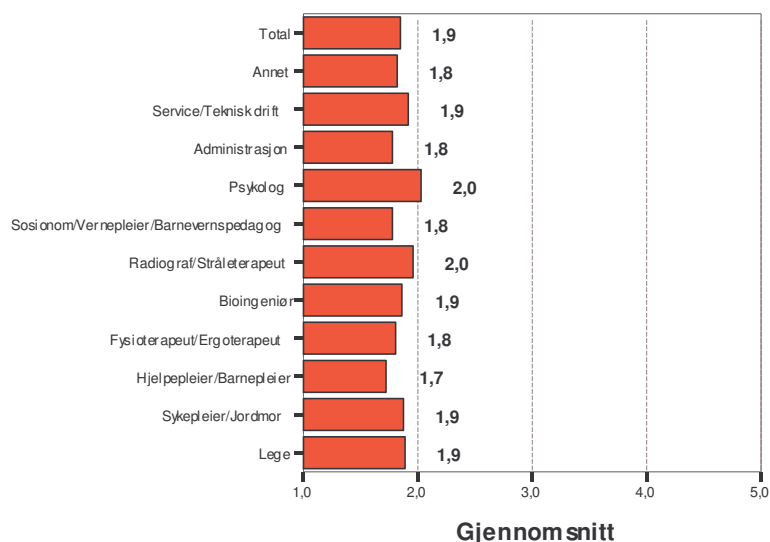
Det var flest blant radiografer/stråleterapeuter som oppga psykiske plager etter egen mening eller etter legens diagnose med 21 prosent mot 11 prosent blant legene. I HUNT ble det spurt etter hvor mange som har hatt psykiske plager og søkt hjelp for dette. Der var det 12 prosent som oppga at de var plaget og hadde søkt hjelp for dette.

Tabell 93. Indeks som måler utbrenthet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

Utbrenthet - mean spm 98		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	1,9	,68
Sykepleier/Jordmor	1,9	,71
Hjelpepleier/Barnepleier	1,7	,68
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	1,8	,58
Bioingeniør	1,9	,67
Radiograf/Stråleterapeut	2,0	,83
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	1,8	,66
Psykolog	2,0	,70
Administrasjon	1,8	,69
Service/Teknisk drift	1,9	,84
Annet	1,8	,76
Total	1,9	,72

Skala: 1=(Nesten) aldri, 2=Et par ganger i måneden, 3=En eller to ganger i uken, 4=Tre til fire ganger i uken, 5=(Nesten) hver dag

Blant de psykiske lidelsene som har blitt mer og mer utbredt som sykefraværsårsak er utbrenthet (NOU, 2000). En indeks basert på disse spørsmålene ”Hvor ofte”- ”føler du deg trett?”, ”-er du fysisk utslitt?”, ”-er du følelsesmessig utslitt?”, ”-tenker du: jeg klarer ikke mer?”, ”føler du deg oppbrukt?”, ”føler du deg svak og utsatt for sykdom?” ble laget. Dette ble rapportert på en femdelt skala fra ”aldri” til ”hver dag”. Gjennomsnittsverdien for indeksen for hver av yrkesgruppene er gitt i Tabell 93 og i Figur 6. Gjennomsnittsskåren for alle er 1,9 som tilsier at de ansatte på en eller annen måte føler seg utbrente et par ganger i måneden eller sjeldnere. Det var noe forskjell mellom yrkesgruppene. De som hadde lavest skåre var hjelpepleierne med 1,7. Høyest skåre hadde psykologene med 2,0.

Utbrenthet - gj.snitt spm 95

Figur 6. Indeks for utbrenthet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt

Sammenlignet med tilsvarende tall fra NEXT-studien, er det bare i Nederland at man finner tilsvarende lave gjennomsnittsverdier for utbrenthet der de i gjennomsnitt hadde skåre på 1,7. Høyest gjennomsnitt på utbrenthet hadde de i Frankrike med gjennomsnittsskåre på 2,9.

4.6.5 Arbeidsevne

I hvilken grad vår helse påvirker vår evne til å utføre jobben varierer mye. Vår egen innstilling, hvilke helseplager vi har og hvilken type jobb og arbeidsoppgaver vi utfører vil påvirke dette. Enkelte jobber kan utføres selv om en har til dels store plager, andre jobber kan gjennomføres med en del tilrettelegging og noen klarer vi ikke å utføre i det hele tatt. I denne undersøkelsen tas i bruk en indeks for arbeidsevne. Det er en indeks som bygger på spørsmål om egenrapportert sykefravær, selvrapporterte helseplager, arbeidssvekkelse på grunn av sykdom og selvurdert evne i forhold til fysiske og psykiske arbeidskrav. Resultatene er vist i Tabell 94.

Tabell 94. Arbeidsevneindeks. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median

Work ability index, sumskåre spm 96 & 98			
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation	Median
Lege	43,3	5,0	44
Sykepleier/Jordmor	42,2	5,2	43
Hjelpepleier/Barnepleier	41,0	5,8	42
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	42,6	4,6	44
Bioingeniør	42,3	4,6	43
Radiograf/Stråleterapeut	41,4	5,8	43
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	42,3	5,1	44
Psykolog	42,3	4,9	43
Administrasjon	42,2	5,3	43
Service/Teknisk drift	40,3	6,7	42
Annet	41,5	6,1	43
Total	41,9	5,5	43

Skala: 7-27=Svak arbeidsevne, 27-36=Moderat arbeidsevne, 36-43=God arbeidsevne, 44-49=Utmerket arbeidsevne

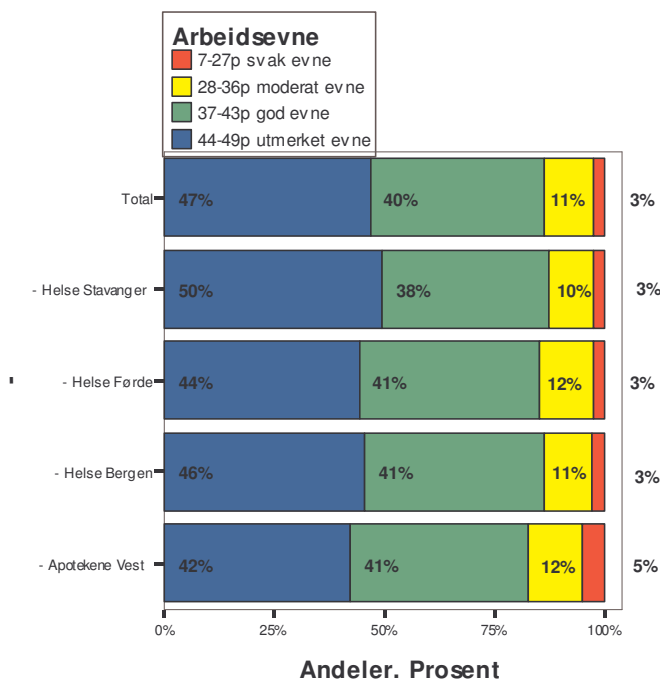
En skåre fra 7 - 27 indikerer svak arbeidsevne, fra 28 - 36 er arbeidsevnen moderat, fra 37 - 43 er arbeidsevnen god, og skåre fra 44 - 49 indikerer utmerket arbeidsevne. Totalt er gjennomsnittsskåren blant de spurte i denne undersøkelsen 41,9, noe som indikerer at den gjennomsnittlige medarbeider i helseregionen har god arbeidsevne. Det er noe forskjell på de ulike yrkesgruppene, men gjennomsnittsskåren for alle yrkesgrupper faller inn i kategorien god arbeidsevne. Høyest skåre har legene med 43,3 i gjennomsnitt og lavest skåre har ansatte i service/teknisk-drift med 40,3. Hjelpepleierne var også blant gruppene med relativt lav gjennomsnittsskåre.

Tabell 95 viser prosentfordeling etter yrkesgruppe for graderingen av arbeidsevne. Legene hadde størst andel utmerket arbeidsevne med 60 prosent. Færrest med utmerket arbeidsevne var det blant ansatte i service/teknisk-drift og blant hjelpepleierne, der henholdsvis 36 prosent av ansatte i service/teknisk-drift og 39 prosent av hjelpepleierne hadde utmerket arbeidsevne. Blant ansatte i service/teknisk drift var det også 6 prosent som hadde svak arbeidsevne. Tilsvarende var det 4 prosent av de som tilhørte gruppen "annet" som hadde svak arbeidsevne. Det er også verdt å legge merke til at hele 16 prosent av hjelpepleierne og 15 prosent av ansatte i service/teknisk drift hadde moderat arbeidsevne.

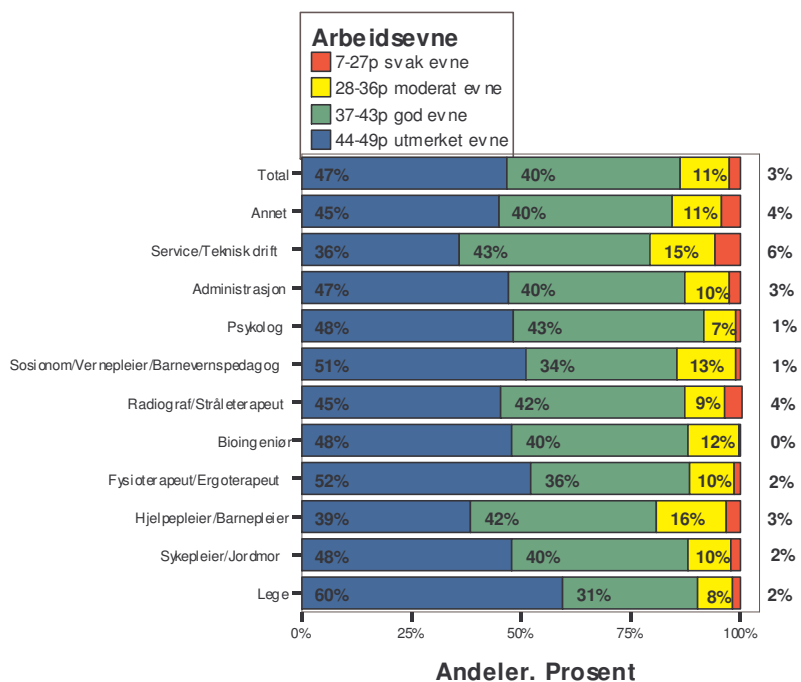
Tabell 95. Arbeidsevneindeks. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Work ability index, sumscore omkodet				Total
		7-27p svak evne	28-36p moderat evne	37-43p god evne	44-49p utmerket evne	
Hvilken type stilling har du?	Lege	1,8%	7,9%	30,8%	59,5%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	2,2%	9,8%	40,2%	47,8%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	3,4%	15,9%	42,1%	38,6%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	1,5%	10,3%	36,0%	52,2%	100,0%
	Bioingeniør	,4%	11,7%	40,0%	47,9%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	3,7%	9,3%	41,7%	45,4%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	1,2%	13,4%	34,1%	51,2%	100,0%
	Psykolog	1,2%	7,2%	43,4%	48,2%	100,0%
	Administrasjon	2,6%	10,2%	40,2%	47,0%	100,0%
	Service/Teknisk drift	5,7%	14,8%	43,3%	36,1%	100,0%
	Annet	4,3%	11,3%	39,5%	44,9%	100,0%
	Total	2,7%	10,9%	39,5%	46,8%	100,0%

I Figur 7 og i Figur 8 er den prosentvise fordelingen innen hver kategori fremstilt grafisk for henholdsvis foretakene og yrkesgruppene.



Figur 7. Arbeidsevneindeks. Foretak. Prosent



Figur 8. Arbeidsevneindeks. Etter yrkesgruppe. Prosent

Arbeidsevneindeks er en mye brukt indeks benyttet på mange yrkesgrupper og i mange land. Tall fra NEXT-studien viser at gjennomsnitt for alle inkluderte i studien var 39,1, som tilsvarer god arbeidsevne. Lavest arbeidsevne fant man blant pleiepersonale i Polen der gjennomsnittskåre var 36,3 som tilsvarer moderat arbeidsevne. Pleiepersonale i Frankrike hadde en gjennomsnittskåre på 37,8. Arbeidsevnen blant norsk pleiepersonale er derfor bedre enn det en finner blant tilsvarende yrkesgrupper i andre europeiske land. Det land som utenom Norge hadde høyest gjennomsnitt var Nederland der gjennomsnittskåre var 41,4.

Arbeidsevnen ble kontrollert for kjønn, alder, stillingsandel og skiftarbeid. I gjennomsnitt hadde de mannlige medarbeiderne en litt bedre arbeidsevneindeks enn kvinner, med henholdsvis 42,8 i gjennomsnitt for menn og 42,7 for kvinner. Begge kjønn faller inn i kategorien ”god arbeidsevne”. Dersom en ser på kvinner og menn hver for seg, er det stor forskjell på kjønnene når det gjelder god og utmerket arbeidsevne. Det er 45 prosent av kvinnene, mot 56 prosent av mennene som har utmerket arbeidsevne.

Det ble delt på ansatte under og over 45 år. Yngre arbeidstakere har bedre arbeidsevne enn eldre arbeidstakere med gjennomsnittskåre på henholdsvis 42,5 og 41,4. Også her faller gjennomsnittsverdiene inn under god arbeidsevne. Arbeidsevnen svekkes derfor med økende alder. Dette kan også forklare en lavere arbeidsevne blant hjelpepleiere, som var den yrkesgruppen med høyest gjennomsnittsalder.

Det var forskjell i arbeidsevne mellom ansatte som jobbet heltid og deltid, der heltidsansatte hadde en gjennomsnittskåre på 42,2, og deltidsansatte hadde i gjennomsnitt 41,4. Både heltids- og deltidsansatte har god arbeidsevne. Forskjellen kan likevel indikere at helsestatus kan ha innvirkning på valg av deltid eller heltid, men også at man kan gå i deltidsstilling for å holde helseplager i sjakk. Ser en også her på fordelingen mellom de ulike kategoriene, synliggjøres forskjellene bedre idet det var 49 prosent av heltidsansatte som hadde utmerket arbeidsevne, mens tilsvarende tall for deltidsansatte var 42,1 prosent. Det var 42 prosent som hadde god arbeidsevne, og 13 prosent som hadde moderat arbeidsevne blant de deltidsansatte, mens tilsvarende tall for de som gikk i heltid var henholdsvis 38 prosent og 10 prosent. Det var det ingen forskjell mellom de som jobbet vanlig arbeidstid og de som gikk i vakt/turnusordning når det gjelder arbeidsevne.

4.6.6 Jobbtilfredshet

Jobbtilfredshet er i undersøkelsen målt ved enkeltspørsmål og som en indeks av flere spørsmål. Totalt var 89 prosent ”tilfreds” eller ”svært tilfreds” med jobben sett under ett – alt tatt i betraktning. Tallene varierte fra 87 prosent i Apotekene Vest til 91 prosent i Helse Førde. De ulike yrkesgruppenes respons på spørsmålet ”*hvor tilfreds er du med jobben din sett under ett - alt tatt i betraktning?*” er vist i Tabell 96.

Tabell 96. Tilfredshet med jobben sett under ett – alt tatt i betraktning. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Hvor tilfreds er du med din jobb sett under ett - alt tatt i betraktning		
		Utilfreds eller svært utilfreds	Tilfreds eller svært tilfreds	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	13,3%	86,7%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	9,8%	90,2%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	5,1%	94,9%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	5,2%	94,8%	100,0%
	Bioingeniør	11,9%	88,1%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	7,3%	92,7%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	10,2%	89,8%	100,0%
	Psykolog	18,3%	81,7%	100,0%
	Administrasjon	13,2%	86,8%	100,0%
	Service/Teknisk drift	16,0%	84,0%	100,0%
	Annet	11,8%	88,2%	100,0%
Total		10,6%	89,4%	100,0%

Mest tilfreds er hjelpepleiere og fysio-/ergoterapeuter der 95 prosent er tilfreds eller svært tilfreds. Mest utilfreds er psykologer og ansatte i service/teknisk drift.

Gjennomsnittsverdier for hele indeksen på yrkesgrupper er vist i Tabell 97. Indeksen inkluderer spørsmål om jobbutsikter, fornøydhets med fysiske arbeidsforhold, mulighet til å bruke evner, og jobben sett under ett. Gjennomsnittsskåren var på 2,9, som betyr at ansatte i gjennomsnitt er tilfredse med jobben. Det var svært små forskjeller mellom yrkesgruppene. Lavest gjennomsnittsskåre hadde bioingeniørene og ansatte i service/teknisk drift med 2,8

Tabell 97. Indeks for jobbtilfredshet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median

mean alle spørsmål spm 37,1-4

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	3,0	,48
Sykepleier/Jordmor	3,0	,44
Hjelpepleier/Barnepleier	3,0	,38
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	3,0	,36
Bioingeniør	2,8	,38
Radiograf/Stråleterapeut	2,9	,44
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	3,0	,44
Psykolog	3,0	,46
Administrasjon	3,0	,51
Service/Teknisk drift	2,8	,52
Annet	2,9	,46
Total	2,9	,45

Skala: 1=Svært utilfreds, 2=Utilfreds, 3=Tilfreds, 4=Svært tilfreds

Dette er en skala som er benyttet i mange studier. Tilsvarende tall fra NEXT-studien viser at pleiepersonale i Norge er mer tilfreds enn pleiepersonale i andre europeiske land. Gjennomsnitt på 2,8 for jobbtilfredshet ble funnet i Belgia og Nederland. Lavest jobbtilfredshet ble funnet blant pleiepersonale i Italia, der gjennomsnittsskåre var 2,4.

4.6.7 Lønn

På spørsmål om den økonomiske situasjon svarte 18 prosent at den var ”anstrengt” eller ”svært anstrengt”. Det var 36,0 prosent som svarte at den var ”god” eller ”svært god” (Tabell 98). Legene var den yrkesgruppen som var mest fornøyd, der 70 prosent svarte at den var ”god” eller ”svært god”. Mest anstrengt økonomi hadde radiografer/stråleterapeuter, der 25 prosent svarte at økonomien var ”svært anstrengt” eller ”anstrengt”.

Tabell 98. Økonomisk situasjon. Etter yrkesgruppe. Prosent

Crosstab

% within Hvilken type stilling har du?

		Er din økonomiske situasjon ...?					Total
		Svært anstrengt	Anstrengt	Verken god eller dårlig	God	Svært god	
Hvilken type stilling har du?	Lege	,5%	2,2%	26,9%	57,5%	12,9%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	2,7%	14,5%	47,7%	31,5%	3,7%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	5,8%	15,0%	51,6%	25,4%	2,3%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	6,4%	15,9%	51,0%	24,8%	1,9%	100,0%
	Bioingeniør	3,1%	12,0%	47,9%	32,5%	4,5%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	4,8%	20,6%	47,6%	23,8%	3,2%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	3,8%	19,9%	43,0%	30,6%	2,7%	100,0%
	Psykolog	3,2%	6,3%	41,1%	47,4%	2,1%	100,0%
	Administrasjon	5,6%	12,3%	43,6%	34,3%	4,2%	100,0%
	Service/Teknisk drift	5,5%	14,2%	50,0%	26,5%	3,9%	100,0%
	Annet	6,3%	17,3%	45,9%	26,4%	4,0%	100,0%
Total		4,0%	14,0%	46,0%	31,8%	4,2%	100,0%

På spørsmål om de var fornøyd med sin økonomiske situasjon i forhold til sine økonomiske behov, svarte 20 prosent at de ikke var fornøyd i det hele tatt. Det var tre prosent var svært fornøyd med situasjonen i forhold til sine behov.

4.7 Arbeidsmiljø

Betydningen av å ha et godt arbeidsmiljø er viktig i forhold til helse, trivsel og stabilitet av arbeidskraft. Et godt arbeidsmiljø vil også kunne gi gode vilkår for samarbeid, kompetanseutvikling og læring.

4.7.1 Det fysiske arbeidsmiljøet

Det er mange ulike forhold i arbeidsmiljøet som innvirker på helse, trivsel og gode arbeidsforhold. Mange slike forhold ble kartlagt i spørreskjemaet. Vi skal først ta for oss de fysiske arbeidsforholdene.

Tabell 99 viser i hvilken grad de spurte var tilfredse med de fysiske arbeidsforholdene. Svarene ble angitt på en firedelt skala fra "svært utilfredse" til "svært tilfredse". Totalt av alle de spurte var 72 prosent "tilfredse" eller "svært tilfredse" med de fysiske arbeidsforholdene, 28 prosent var "svært utilfredse" eller "utilfredse". Det var noe forskjell mellom foretakene. Flest "tilfredse" eller "svært tilfredse" ble funnet i Helse Førde med 81 prosent mot færrest "tilfredse" i Helse Stavanger med 69 prosent.

Tabell 99. Tilfredshet med fysiske arbeidsforhold. Foretak. Prosent

% within -		Hvor tilfreds er du med de fysiske arbeidsforholdene		
		Utilfreds eller svært utilfreds	Tilfreds eller svært tilfreds	Total
-	Apotekene Vest	30,1%	69,9%	100,0%
	Helse Bergen	27,5%	72,5%	100,0%
	Helse Førde	19,4%	80,6%	100,0%
	Helse Stavanger	31,0%	69,0%	100,0%
	Total	27,6%	72,4%	100,0%

Blant yrkesgruppene (Tabell 100), var de ansatte i administrasjon og hjelpepleierne mest "tilfreds" med de fysiske arbeidsforholdene, med henholdsvis 82 prosent og 80 prosent. Sykepleiere og bioingeniører er mest "utilfredse" med de fysiske arbeidsforholdene med henholdsvis 35 prosent og 32 prosent. Blant legene og psykologene var det også en relativt stor andel "utilfredse" med henholdsvis 29 prosent og 27 prosent som svarer "utilfredse" eller "svært utilfredse".

Tabell 100. Fysiske arbeidsforhold. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?

		A37.2RE		
		1,00	2,00	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	28,9%	71,1%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	34,5%	65,5%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	19,7%	80,3%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	23,4%	76,6%	100,0%
	Bioingeniør	32,4%	67,6%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	20,8%	79,2%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	22,2%	77,8%	100,0%
	Psykolog	27,4%	72,6%	100,0%
	Administrasjon	18,2%	81,8%	100,0%
	Service/Teknisk drift	21,4%	78,6%	100,0%
	Annet	24,2%	75,8%	100,0%
Total		27,8%	72,2%	100,0%

Skala: 1=Svært utilfreds og utilfreds, 2=Tilfreds og svært tilfreds

Spørreskjemaet inkluderte spørsmål om helt konkrete fysiske faktorer som kan innebære risiko i forhold til helse. Det ble stilt spørsmål som gikk på i hvilken grad de vurderte risiko, fra "lav risiko" til "svært stor risiko" for følgende eksponeringsfaktorer. giftige stoffer, smittefare, støy, temperatur/inneklima, tunge løft og ensidig og monotont arbeid.

Tabell 101. Risiko, eksponering for giftige stoffer. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		A44.1RE		
		Ingen eller lite risiko	Ganske eller svært stor risiko	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	93,4%	6,6%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	78,8%	21,2%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	92,0%	8,0%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	100,0%		100,0%
	Bioingeniør	75,0%	25,0%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	90,6%	9,4%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	98,2%	1,8%	100,0%
	Psykolog	100,0%		100,0%
	Administrasjon	99,7%	,3%	100,0%
	Service/Teknisk drift	81,2%	18,8%	100,0%
	Annet	85,9%	14,1%	100,0%
	Total	85,2%	14,8%	100,0%

Risiko ved eksponering av giftige stoffer er vist i Tabell 101. Når det gjelder giftige stoffer, svarte 15 prosent av de spurte at giftige stoffer innebar "ganske" eller "svært stor risiko". De yrkesgruppene som opplever "ganske eller stor risiko" i forbindelse med eksponering for giftige stoffer var bioingeniører, sykepleiere og service/teknisk-drift. Blant bioingeniørene oppga 25 prosent "ganske" eller "svært stor risiko". Blant sykepleierne var det tilsvarende tallet 21 prosent og blant ansatte i service/teknisk-drift 19 prosent. Blant fysio-/ergoterapeuter og psykologer var det ingen som opplevde eksponering for giftige stoffer som "noen risiko".

Tabell 102. Risiko, eksponering for smittefare. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		A44.2RE		
		Ingen eller liten risiko	Ganske eller svært stor risiko	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	67,2%	32,8%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	50,9%	49,1%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	66,5%	33,5%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	81,0%	19,0%	100,0%
	Bioingeniør	35,2%	64,8%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	58,9%	41,1%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	90,6%	9,4%	100,0%
	Psykolog	97,6%	2,4%	100,0%
	Administrasjon	97,4%	2,6%	100,0%
	Service/Teknisk drift	69,7%	30,3%	100,0%
	Annet	78,3%	21,7%	100,0%
Total		64,1%	35,9%	100,0%

Selvopplevd risiko ved eksponering av smittefare er vist i Tabell 102. Når det gjelder smittefare, oppga totalt 36 prosent ”ganske” eller ”svært stor risiko”. Det er store forskjeller mellom de ulike yrkesgruppene. Blant bioingeniørene oppga 65 prosent ”ganske” eller ”svært stor risiko”, mens dette var tilfelle for 49 prosent av sykepleierne. Administrativt ansatte og psykologer var de grupper opplevde i minst grad smittefare.

Tabell 103. Risiko, eksponering for støy. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		A44.3RE		
		Ingen eller liten risiko	Ganske eller svært stor risiko	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	92,5%	7,5%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	78,8%	21,2%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	81,6%	18,4%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	94,7%	5,3%	100,0%
	Bioingeniør	42,4%	57,6%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	67,5%	32,5%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	90,7%	9,3%	100,0%
	Psykolog	97,6%	2,4%	100,0%
	Administrasjon	85,8%	14,2%	100,0%
	Service/Teknisk drift	67,2%	32,8%	100,0%
	Annet	74,4%	25,6%	100,0%
	Total		78,0%	22,0%

Risiko for eksponering av støy er vist i Tabell 103. Når det gjelder støy svarte 22 prosent at støy utgjorde "ganske" eller "svært stor risiko". Hele 58 prosent av bioingeniørene en tredjedel av ansatte i service/teknisk drift og radiografer/stråleterapeuter mente at støy innebar "ganske" eller "svært stor risiko". Psykologer, leger, fysio-/ergoterapeuter og sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger opplevde i minst grad støy som risiko.

Tabell 104. Risiko, eksponering for temperatur/ inneklima. Etter yrkesgruppe Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		A44.4RE		
		Ingen eller liten risiko	Ganske eller svært stor risiko	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	75,1%	24,9%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	55,6%	44,4%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	59,9%	40,1%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	64,3%	35,7%	100,0%
	Bioingeniør	40,2%	59,8%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	48,8%	51,2%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	71,7%	28,3%	100,0%
	Psykolog	83,3%	16,7%	100,0%
	Administrasjon	69,7%	30,3%	100,0%
	Service/Teknisk drift	56,1%	43,9%	100,0%
	Annet	58,4%	41,6%	100,0%
	Total	59,1%	40,9%	100,0%

Selvopplevd risiko for temperatur/inneklima er vist i Tabell 104. Temperatur/inneklima innebar ”ganske” eller ”svært stor risiko” for 41 prosent av de ansatte. Radiografer/stråleterapeuter og bioingeniører var de gruppene der flest mente at temperatur/inneklima innebar ”ganske” eller ”svært stor risiko” med henholdsvis 51 prosent og 60 prosent. Psykologene var den yrkesgruppen som opplevde lavest risiko ved inneklima/temperatur med 17 prosent.

Tabell 105. Risiko, eksponering for tunge løft. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		A44.5RE		Total
		Ingen eller liten risiko	Ganske eller svært stor risiko	
Hvilken type stilling har du?	Lege	95,8%	4,2%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	48,7%	51,3%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	49,7%	50,3%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	57,1%	42,9%	100,0%
	Bioingeniør	90,4%	9,6%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	30,9%	69,1%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	88,7%	11,3%	100,0%
	Psykolog	100,0%		100,0%
	Administrasjon	93,1%	6,9%	100,0%
	Service/Teknisk drift	55,1%	44,9%	100,0%
	Annet	72,7%	27,3%	100,0%
	Total	63,2%	36,8%	100,0%

Selvrapportert risiko for tunge løft er vist i Tabell 105. Blant de ansatte mente 37 prosent at tunge løft innebærer ”ganske” eller ”svært stor risiko”. Radiografer/stråleterapeuter var den yrkesgruppen der flest mente at tunge løft innebar ”ganske” eller ”svært stor risiko” med 69 prosent. Blant sykepleiere og hjelpepleiere var det tilsvarende tallet 51 prosent og 50 prosent. Psykologene rapporterte minst risiko.

Tabell 106. Risiko, eksponering for ensidig og monotont arbeid. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Ensidig og monotont arbeid		
		Ingen eller liten risiko	Ganske eller svært stor risiko	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	96,6%	3,4%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	91,9%	8,1%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	88,1%	11,9%	100,0%
	Fysioterapeut/ Ergoterapeut	96,0%	4,0%	100,0%
	Bioingeniør	69,9%	30,1%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	71,2%	28,8%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	93,2%	6,8%	100,0%
	Psykolog	95,2%	4,8%	100,0%
	Administrasjon	74,3%	25,7%	100,0%
	Service/Teknisk drift	67,0%	33,0%	100,0%
	Annet	74,7%	25,3%	100,0%
	Total	84,9%	15,1%	100,0%

Det var 15 prosent av de spurte som mente at ensidig, monotont arbeid innebar ”ganske” eller ”svært stor risiko” (Tabell 106). Ansatte i service/teknisk drift mente dette i størst grad der 33 prosent svarte ”ganske” eller ”svært stor risiko”. mens 30 prosent av bioingeniørene og 29 prosent av radiografer/stråleterapeuter rapporterte dette. Opplevd risiko ved eksponering for ensidig og monotont arbeid var lavest for leger, fysio-/ergoterapeuter og psykologer.

Av de helt konkrete fysiske arbeidsplassfaktorene som vi har kartlagt, er det temperatur/inneklima som oppleves som den største risikofaktoren blant ansatte i foretaksgruppen Helse Vest. Dette er en faktor som gjelder alle ansatte uavhengig av arbeidsoppgaver. Ellers var det store variasjoner mellom yrkesgruppene på opplevd risiko for de ulike faktorene. Avhengig av arbeidsforhold, arbeidsoppgaver og nærhet til pasienter vil disse naturlig nok variere. Resultatene viser at den mest utsatte yrkesgruppen er bioingeniører med en høy prosentandel som skårer ganske eller svært stor risiko for alle disse eksponeringsfaktorene. Psykologene ser ut til å være den yrkesgruppen som er utsatt for færrest av disse risikofaktorene.

4.7.2 Sikkerhet i arbeidsmiljøet

For å jobbe sikkert og med liten risiko for skade og helsemessige konsekvenser, er det viktig å jobbe systematisk med HMS både på organisasjons- og individnivå. Undersøkelsen inneholdt spørsmål om fokus og engasjement i HMS-arbeidet og noen

spørsmål som omhandlet bevissthet og kommunikasjon i HMS-arbeidet. Spørsmålene er samlet i indekser. Indeksene er vist i Tabell 107 og i Tabell 108.

Tabell 107. Fokus og engasjement i HMS-arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

HMS		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	3,2	,80
Sykepleier/Jordmor	3,6	,75
Hjelpepleier/Barnepleier	3,6	,80
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	3,7	,65
Bioingeniør	3,4	,67
Radiograf/Stråleterapeut	3,5	,79
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	3,1	,75
Psykolog	3,1	,80
Administrasjon	3,7	,69
Service/Teknisk drift	3,5	,88
Annet	3,5	,86
Total	3,5	,79

Skala: 1=Helt uenig, 2=Delvis uenig, 3=Verken enig eller uenig, 4=Delvis enig, 5=Helt enig

Indeksen "fokus og engasjement i HMS-arbeidet" besto av spørsmål om leder er engasjert i HMS-arbeidet i avdelingen, om innspill fra verneombud tas seriøst av foretaksledelsen, om helseforetaket tar HMS alvorlig, om nærmeste leder setter pris på at en påpeker forholdene som har betydning for HMS, om kolleger er opptatt av HMS, om en kan påvirke HMS-forholdene og om en kjenner til beredskapsorganiseringen i foretaket. Det ble rapportert på en skala fra 1 til 5, fra "helt uenig" til "helt enig". Gjennomsnittsskåren for indekser var på 3,5. Dette indikerer at de ansatte er delvis enig i at det er fokus og engasjement i HMS-arbeidet. Tabell 107 viser at det er noe forskjell mellom yrkesgruppene. Det var flest som var enig i disse utsagnene blant de administrativt ansatte der gjennomsnittsskåren var 3,7. Lavest skåre hadde psykologene med 3,1 i gjennomsnitt.

Tabell 108. Bevissthet og kommunikasjon i HMS arbeidet. Etter yrkesgruppe.
Gjennomsnitt og standardavvik

SIKKERH		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,3	1,07
Sykepleier/Jordmor	2,4	1,09
Hjelpepleier/Barnepleier	2,2	1,06
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	1,9	1,01
Bioingeniør	2,5	1,09
Radiograf/Stråleterapeut	2,1	1,02
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	2,1	1,05
Psykolog	1,6	,78
Administrasjon	1,7	,85
Service/Teknisk drift	2,3	1,11
Annet	2,1	1,07
Total	2,2	1,08

Skala: 1=Helt uenig, 2=Delvis uenig, 3=Verken enig eller uenig, 4=Delvis enig, 5=Helt enig

Indeksen ”bevissthet og kommunikasjon i HMS arbeidet” besto av spørsmål om de av og til var presset til å arbeide på en måte som truet sikkerheten og hvorvidt mangelfullt samarbeid mellom ulike yrkesgrupper ofte fører til farlige situasjoner. Gjennomsnittskåren for alle de spurte var 2,2 som indikerer at de var delvis uenig i at de ble presset til å arbeide på en måte som truer sikkerheten og at mangelfullt samarbeid mellom ulike yrkesgrupper ofte fører til farlige situasjoner (Tabell 108). Det var noe forskjell mellom yrkesgruppene. De som var mest uenig i utsagnene var psykologene som hadde 1,6 i gjennomsnittskåre. Mest enig var bioingeniørene som hadde 2,5 i gjennomsnittskåre.

4.7.3 Krav til arbeidet

En anerkjent og mye brukt modell som kobler arbeidsmiljøfaktorer og helse er kravkontroll-modellen (Karasek og Theorell, 1990). Mange studier har vist at når kravene på arbeidsplassen er høye og kontrollen er liten, øker risikoen for belastning og utvikling av arbeidsrelaterte lidelser. Det ble spurt om både krav i jobben og kontroll over arbeidet i spørreskjemaet. Spørsmål om jobbkrav omfatter krav i form av tidspress (kvantitative krav) og emosjonelle krav. Kontroll omfatter spørsmål om innflytelse på arbeidsoppgaver og medbestemmelse i beslutninger.

Kvantitative krav

Kvantitative jobbkrav måler hvorvidt de ansatte opplever at de har for liten tid til å fullføre arbeidsoppgaver, muligheter for å ta pause i arbeidet når de vil, om de må arbeide svært raskt og ujevn fordeling av arbeidsmengden. Spørsmålene ble målt på en femdelt skala fra ”så godt som aldri” til ”alltid”. Her presenterer vi resultatene som en

indeks som er gjennomsnitt for alle spørsmålene. Ett høyt gjennomsnitt betyr høye kvantitative jobbkrev. Resultatene er vist i Tabell 109.

Tabell 109. Krav til arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median

spm 42, 2,3,4,6,8 Krav til arbeidet			
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation	Median
Lege	3,3	,57	3,4
Sykepleier/Jordmor	3,2	,52	3,2
Hjelpepleier/Barnepleier	2,9	,53	3,0
Fysioterapeut/Ergoterapeut	3,0	,51	3,0
Bioingeniør	3,3	,54	3,3
Radiograf/Stråleterapeut	3,3	,45	3,2
Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	2,8	,54	2,8
Psykolog	3,0	,64	3,0
Administrasjon	3,4	,54	3,4
Service/Teknisk drift	3,3	,54	3,3
Annet	3,1	,59	3,2
Total	3,2	,56	3,2

Skala: 1=Så godt som aldri, 2=Sjelden,3=Av og til, 4=Ofte, 5=Alltid

Totalt for alle de spurte var gjennomsnittskåren 3,2. Det betyr at ansatte opplever slike krav "av og til" eller "ofte". Det er forskjeller mellom yrkesgruppene. Administrasjon var den gruppen med høyest kvantitative krav og lavest kvantitative krav hadde sosionom/vernepleier/barnvernspedagog. Selv om gjennomsnittsverdien kan indikere at de kvantitative kravene er moderate for disse gruppene, var det for enkeltvariablene (muligheter for å ta pauser i arbeidet, må arbeide svært raskt) mange som ofte opplever kvantitative krav i arbeidet.

Tabell 110 viser fordelingen for spørsmålet "Kan du ta pause i arbeidet når du vil". Den viser at 41 prosent av de spurte svarte at de sjelden har mulighet til å ta pauser når de vil. Yrkesgruppene med størst andel som sjelden kunne ta pauser var leger, sykepleiere og radiografer/stråleterapeuter med rundt 50 prosent. Størst frihet til å ta pauser når de ville hadde administrasjon og psykologer med 37 prosent.

Tabell 110. Mulighet for å ta pause i arbeidet når du vil. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A42.4RE			Total
		sjelden	av og til	Ofte eller alltid	
Hvilken type stilling har du?	Lege	51,4%	33,9%	14,7%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	51,1%	35,8%	13,1%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	41,4%	44,3%	14,3%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	26,9%	50,6%	22,5%	100,0%
	Bioingeniør	39,9%	35,1%	25,1%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	50,4%	38,4%	11,2%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	17,3%	51,8%	30,9%	100,0%
	Psykolog	23,2%	40,0%	36,8%	100,0%
	Administrasjon	21,7%	41,4%	36,9%	100,0%
	Service/Teknisk drift	26,2%	48,5%	25,2%	100,0%
	Annet	34,7%	39,0%	26,2%	100,0%
Total	41,0%	39,2%	19,8%	100,0%	

Tabell 111 viser fordelingen på spørsmålet ”Må du arbeide svært raskt?” Totalt svarte halvparten av de ansatte ”ofte” eller ”alltid”. Det var store forskjeller mellom yrkesgruppene. En andel på 64 prosent av radiografer/stråleterapeuter og av administrativt ansatte som svarte ”ofte” eller ”alltid” på dette spørsmålet. Dersom vi ser på de som svarte ”sjelden”, gjaldt dette spesielt sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger, fysio-/ergoterapeuter og psykologer.

Tabell 111. Må arbeide svært raskt. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A42.6RE			Total
		sjelden	Av og til	Ofte eller alltid	
Hvilken type stilling har du?	Lege	6,8%	34,1%	59,1%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	7,8%	40,8%	51,4%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	15,4%	45,2%	39,5%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	22,8%	43,7%	33,5%	100,0%
	Bioingeniør	9,0%	38,3%	52,8%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	2,4%	33,9%	63,7%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	31,1%	50,0%	18,9%	100,0%
	Psykolog	25,0%	45,8%	29,2%	100,0%
	Administrasjon	2,9%	33,3%	63,8%	100,0%
	Service/Teknisk drift	7,8%	42,3%	49,8%	100,0%
	Annet	11,7%	35,8%	52,5%	100,0%
Total		10,2%	39,6%	50,1%	100,0%

Emosjonelle krav

Emosjonelle jobbkrav ble målt med spørsmål om hvor ofte de ansatte ble konfrontert med død, menneskelig lidelse, aggressive eller trøblete pasienter. Svarene ble gitt på en femdelte skala fra "aldri" til "alltid". Resultatene er vist i Tabell 112. Gjennomsnittskåren lå på 2,7, det vil si at kravene oppleves av og til. Gjennomsnittskåre for de ulike yrkesgruppene varierte noe med utgangspunkt i hvor stor grad de har kontakt med pasienter. Leger, sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger og psykologer skåret høyest med 3,2, som i gjennomsnitt betyr at de opplever emosjonelle jobbkrav av og til.

Tabell 112. Emosjonelle krav. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median

Emosjonelle krav mean spm 74 1 - 4			
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation	Median
Lege	3,1	,64	3,3
Sykepleier/Jordmor	3,0	,64	3,0
Hjelpepleier/Barnepleier	2,9	,67	3,0
Fysioterapeut/Ergoterapeut	2,8	,51	2,8
Bioingeniør	2,3	,83	2,5
Radiograf/Stråleterapeut	2,9	,49	3,0
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	3,2	,60	3,3
Psykolog	3,2	,57	3,3
Administrasjon	1,9	,87	1,8
Service/Teknisk drift	1,9	,95	1,8
Annet	2,2	,94	2,3
Total	2,7	,85	2,8

Skala: 1=Aldri, 2=Sjelden, 3=Av og til, 4=Ofte, 5=Alltid

Selv om disse gruppene i gjennomsnitt opplever emosjonelle krav av og til, vil det være en del variasjon mellom de ulike variablene i indeksen. Tabell 113 viser prosentvis fordeling på spørsmål om konfrontasjon med menneskelig lidelse. Det er 54 prosent som opplevde konfrontasjon med menneskelig lidelse "ofte" eller "alltid". Tallene varierer mellom yrkesgruppene avhengig av hvor mye pasientkontakt de ansatte har. Psykologer og sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger opplever menneskelig lidelse hyppigst, der 89 prosent og 80 prosent av svarer "ofte" eller "alltid". Det er verdt å merke seg at det i de yrkesgruppene som i mindre grad har pasientkontakt også er mange som svarer at de "ofte" eller "alltid" blir konfrontert med menneskelig lidelse. I service/teknisk drift var det 17 prosent som svarte "ofte" eller "alltid" og blant administrativt ansatte var det 19 prosent.

Tabell 113. Konfrontasjon med menneskelig lidelse. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A74.2RE			Total
		Sjelden	Av og til	Ofte eller alltid	
Hvilken type stilling har du?	Lege	7,5%	18,2%	74,3%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	10,5%	23,2%	66,2%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	19,4%	22,2%	58,4%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	5,1%	23,6%	71,3%	100,0%
	Bioingeniør	38,6%	34,9%	26,4%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	8,6%	27,3%	64,1%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	4,2%	15,7%	80,1%	100,0%
	Psykolog	4,1%	7,2%	88,7%	100,0%
	Administrasjon	58,9%	22,2%	18,9%	100,0%
	Service/Teknisk drift	65,8%	16,9%	17,3%	100,0%
	Annet	47,0%	21,4%	31,6%	100,0%
Total	24,2%	22,3%	53,5%	100,0%	

Debriefing

I helsevesenet jobber man med syke og skadde mennesker. Det betyr at mange kan oppleve flere ting som gjør stort inntrykk. I disse jobbene er det mange vurderinger som må tas og som kan ha stor betydning for pasienten. I forhold til de inntrykk og opplevelser man har og de beslutninger som tas, er det viktig å kunne prate med noen for å bearbeide opplevelser og eventuelle feilhandlinger. Dessuten vil en gjennomgang av feilhandlinger også være utgangspunkt for å kunne forbedre rutiner og prosedyrer og dermed gi rom for læring. Det er derfor viktig at slike ting settes i system. I spørreskjemaet ble det spurt etter hvor ofte en hadde debriefing/samtale med kolleger og/eller ledere etter vanskelige oppgaver og hendelser, og hvorvidt det finnes rutiner for når og hvordan slike samtaler skal finnes sted. Slike samtaler vil også være en måte å bearbeide og mestre emosjonelle krav på, som presentert ovenfor.

Tabell 114. Muligheter for debriefing/samtale med kolleger og/eller ledere. Etter yrkesgruppe. Prosent

		Z75			Total
		Aldri eller sjelden	Ganske ofte	Svært ofte eller alltid	
Hvilken type stilling har du?	Lege	64,2%	27,4%	8,4%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	52,5%	33,0%	14,6%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	54,5%	25,8%	19,7%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	39,9%	39,9%	20,3%	100,0%
	Bioingeniør	66,1%	21,1%	12,8%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	80,2%	14,0%	5,8%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	31,9%	42,7%	25,4%	100,0%
	Psykolog	39,4%	37,2%	23,4%	100,0%
	Administrasjon	71,9%	18,5%	9,6%	100,0%
	Service/Teknisk drift	81,9%	11,5%	6,6%	100,0%
	Annet	59,8%	24,8%	15,5%	100,0%
Total	57,0%	28,4%	14,6%	100,0%	

Tabell 114 viser at 57 prosent svarer "aldri" eller "sjelden" på spørsmål om hvor ofte de har debriefing etter vanskelige oppgaver. Bare 15 prosent svarer svært "ofte eller alltid" på spørsmålet. Ser vi på de yrkesgruppene som er i direkte kontakt med pasienter, rapporterte 80 prosent av radiografer/stråleterapeuter at de sjelden eller aldri har slik samtale mens 64 prosent av legene oppga "sjelden" eller "aldri" på spørsmålet. Resultatene kan indikere at det er mange som etter vanskelige hendelser ikke har mulighet eller i svært liten grad har mulighet til å bearbeide opplevelser. Dersom en ser på svarene på spørsmål om det finnes rutiner for når og hvordan slike samtaler skal gjennomføres som presentert i Tabell 115, er det kun 28 prosent som svarer ja på dette mens 12 prosent svarer at dette ikke er et aktuelt spørsmål. Det betyr at det heller ikke eksisterer gode rutiner for slike samtaler. Det er en del variasjoner mellom de ulike yrkesgruppene. En andel på 49 prosent av sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger mot 11 prosent av radiografer/stråleterapeuter oppga at de hadde rutiner for slike samtaler.

Tabell 115. Rutiner for debriefing. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Finnes det rutiner for når og hvordan slike		
		Ja	Ikke aktuelt	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	27,2%	5,4%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	31,6%	2,5%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	39,4%	2,6%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	12,8%	4,7%	100,0%
	Bioingeniør	5,6%	19,3%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	10,7%	6,6%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	49,1%	1,2%	100,0%
	Psykolog	36,7%	4,4%	100,0%
	Administrasjon	17,4%	43,6%	100,0%
	Service/Teknisk drift	17,2%	26,6%	100,0%
	Annet	25,6%	26,2%	100,0%
Total		27,6%	11,7%	100,0%

4.7.4 Kontroll over arbeidet og medvirkning

Kontroll over arbeidet ble målt ved hjelp av spørsmål om innflytelse på utførelse av arbeidsoppgaver og ansattes medvirkning i forhold til beslutninger. Innflytelse på arbeidsoppgaver ble skåret på en femdel skala fra ”i svært liten grad” til ”i svært stor grad”. Spørsmålene dreide seg om innflytelse på oppgaver som skal utføres, om en bestemmer selv hvordan en skal utføre oppgavene en blir tildelt, om en bestemmer eget arbeidstempo og innflytelse på når en skal utføre tildelte oppgaver.

Tabell 116. Innflytelse på arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median

Innflytelse på arbeidet spm 43 1 - 4			
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation	Median
Lege	3,5	,88	3,8
Sykepleier/Jordmor	3,5	,82	3,5
Hjelpepleier/Barnepleier	3,5	,82	3,7
Fysioterapeut/Ergoterapeut	4,0	,59	4,0
Bioingeniør	3,0	,93	3,0
Radiograf/Stråleterapeut	2,9	,96	3,0
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	3,8	,71	4,0
Psykolog	4,1	,65	4,3
Administrasjon	3,7	,95	3,8
Service/Teknisk drift	3,6	1,03	3,8
Annet	3,5	,98	3,8
Total	3,5	,90	3,8

Skala: 1=I svært liten grad, 2=I liten grad, 3=Av og til, 4=I noen grad, 5=I svært stor grad

Gjennomsnittskåre for spørsmålene for hver av yrkesgruppene er gitt i Tabell 116. Gjennomsnittsverdi for alle spurte var 3,5 som indikerer at i gjennomsnitt har medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest "av og til" innflytelse på utførelse av egne arbeidssoppgaver. Det var imidlertid store forskjeller mellom de ulike yrkesgruppene. Høyest innflytelse hadde psykologer med gjennomsnittskåre på 4,1 og fysioterapeut/ergoterapeut med 4,0. Det betyr at disse yrkesgruppene derfor "i noen grad" har innflytelse på sine arbeidssoppgaver. Lavest innflytelse på utførelse av arbeidssoppgaver har radiografer/stråleterapeuter med 2,9.

Tabell 117. Medvirkning på beslutningsprosesser. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

Medvirkning mean spm 121,1-4		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,8	,88
Sykepleier/Jordmor	3,0	,87
Hjelpepleier/Barnepleier	3,1	,92
Fysioterapeut/Ergoterapeut	3,4	,76
Bioingeniør	2,6	,86
Radiograf/Stråleterapeut	2,7	,78
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	3,1	,92
Psykolog	3,0	,82
Administrasjon	2,9	1,00
Service/Teknisk drift	2,7	1,10
Annet	2,9	,97
Total	2,9	,92

Skala: 1=Svært uenig, 5=Svært enig

Innflytelse handler ikke bare om innflytelse på arbeidsoppgaver, men også om innflytelse og medvirkning i forhold til overordnede forhold, slik som å bestemme hvilke krav som skal settes til jobben, at det gis anledning til å påvirke mål og handlinger, at ansatte er involvert i beslutninger som angår dem, og at ansatte har gode påvirkningsmuligheter i sin organisasjon. Spørsmål på disse faktorene var inkludert i spørreskjemaet. De ble angitt på en femdelte skala fra ”svært uenig” til ”svært enig”. En høy verdi indikerer derfor stor grad av medvirkning og en lav verdi indikerer at de har liten grad av medvirkning. Resultatene er vist i Tabell 117.

Gjennomsnittsverdien for alle spurte var på 2,9. Dette indikerer at de opplever at de har innflytelse, men graden av innflytelse kan bli mye større. Den yrkesgruppen som opplevde å ha størst innflytelse, var fysio-/ergoterapeuter med gjennomsnittsskåre på 3,4. Lavest innflytelse opplevde bioingeniørene med gjennomsnittsskåre 2,6. Sammenligner vi med forrige indeks som målte innflytelse på arbeidsoppgaver, hadde alle yrkesgrupper høyere skåre for innflytelse på arbeidsoppgaver. Det betyr at de opplever at den daglige påvirkning og kontroll over egne arbeidsoppgaver er ganske stor, mens de derimot opplever at deres muligheter til å påvirke i forhold til mer overordnede beslutninger er mindre. Minst forskjell var det for radiografer/stråleterapeuter og for bioingeniører.

Spørreskjemaet inkluderte spørsmål om innflytelse på vaktplan. Svarene på dette spørsmålet er vist i Tabell 118 for de fire foretakene.

Tabell 118. Grad av påvirkning på planlegging av turnus/vaktplan. Foretak. Prosent

% within -

		Hvor mye påvirkning har du på planleggingen av din turnus-/vaktplan?					Total
		Ingen påvirkning	Liten påvirkning	Noe påvirkning	Betydelig påvirkning	Jeg bestemmer på egenhånd	
-	Apotekene Vest	50,0%		25,0%	25,0%		100,0%
	Helse Bergen	17,3%	20,0%	43,0%	18,1%	1,6%	100,0%
	Helse Førde	5,8%	16,0%	51,7%	25,7%	,8%	100,0%
	Helse Stavanger	25,8%	29,3%	31,4%	12,1%	1,3%	100,0%
	Total	18,9%	22,9%	39,9%	17,0%	1,4%	100,0%

Det var totalt 19 prosent i foretaksgruppen som oppga at de ikke hadde noen påvirkning på planlegging av turnus/vaktplan og 23 prosent oppga liten påvirkning. Kun en prosent oppga at de ”bestemmer på egenhånd” men det var 17 prosent som oppga at de hadde ”betydelig påvirkning” og 40 prosent som oppga ”noe påvirkning”. Det var betydelige forskjeller mellom foretakene. Størst påvirkning hadde ansatte i Helse Førde, der 26 prosent oppga at de hadde ”betydelig påvirkning” og 52 prosent oppga at de hadde ”noe påvirkning”. I Helse Stavanger var grad av påvirkning minst.

I spørreskjemaet ble det stilt spørsmål om hvorvidt det var muligheter til å komme med forslag til forbedringer og hvorvidt slike forslag ble diskutert på avdelingen. Svarene er vist i Tabell 119 og i Tabell 120. Totalt svarte 32 prosent av ansatte at de ”ofte” kommer med forslag til forbedringer, og 56 prosent svarte ”av og til”. Det var en prosent som svarte ”aldri”. Dersom en slår sammen ”av og til” og ”ofte” og ser på de ulike foretakene, varierte tallene mellom 88 prosent for Helse Førde og 91 prosent for Apotekene Vest. Det indikerer at de ansatte er flinke til å komme med forslag til forbedringer.

Tabell 119. Forslag til forbedringer. Foretak. Prosent

Crosstab

% within -

		I min avdeling kommer de ansatte med forslag til forbedringer				Total
		Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	
-	Apotekene Vest		8,9%	58,5%	32,6%	100,0%
	Helse Bergen	1,3%	12,2%	54,9%	31,7%	100,0%
	Helse Førde	1,1%	11,1%	60,6%	27,2%	100,0%
	Helse Stavanger	1,2%	10,1%	55,3%	33,4%	100,0%
	Total	1,2%	11,2%	55,9%	31,7%	100,0%

Totalt 91 prosent svarte ja på spørsmålet om hvorvidt forslag til forbedringer ble diskutert på avdelingen. Det varierte mellom 89 prosent i Helse Bergen og 94 prosent i Helse Førde.

Tabell 120. Forslag tatt opp til diskusjon. Foretak. Prosent

Crosstab

% within -

		I min avdeling blir forslag til forbedring diskutert		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	2,2%	97,8%	100,0%
	Helse Bergen	10,8%	89,2%	100,0%
	Helse Førde	5,7%	94,3%	100,0%
	Helse Stavanger	8,4%	91,6%	100,0%
Total		9,0%	91,0%	100,0%

Tabell 121. Medarbeidersamtale. Foretak. Prosent

% within -

		Hadde du medarbeidersamtale i 2002?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	64,7%	35,3%	100,0%
	Helse Bergen	66,0%	34,0%	100,0%
	Helse Førde	68,3%	31,7%	100,0%
	Helse Stavanger	55,0%	45,0%	100,0%
Total		62,6%	37,4%	100,0%

En medarbeidersamtale kan være et viktig element for å kartlegge hver enkelt medarbeider sine forventninger, ønsker og problemer i forhold til arbeidets innhold, trivsel, videreutvikling og arbeidsforhold. Det ble spurt om hvor mange som hadde hatt medarbeidersamtale siste året. Resultatet er vist i Tabell 121. Totalt var det 37 prosent av de spurte som hadde hatt medarbeidersamtale det siste året. Flest var det i Helse Stavanger med 45 prosent og færrest var det i Helse Førde med 32 prosent. Når det gjelder bruk av medarbeidersamtale så har man funnet i andre studier at omtrent 50 prosent av de ansatte hadde medarbeidersamtaler. I noen bedrifter er tallene over 90 prosent (Mikkelsen, 2002).

4.7.5 Sosial støtte

Spørreskjemaet inkluderte spørsmål som tok opp sosial støtte fra både kolleger og ledere. Spørsmålene dekket hvorvidt nærmeste ledere og kolleger er i stand til å verdsette verdien av arbeidet, om de uttrykker meninger om arbeidet og om de kommer med konstruktive råd. Spørsmålene ble summert til to indekser der den ene angir støtten fra kolleger og den andre indeksen angir støtten fra nærmeste ledere. Indeksen går fra 1

som betyr ”ikke i det hele tatt” til 5 som betyr ”i stor grad”. Et lavt tall betyr derfor liten støtte og et høyt tall betyr mye støtte.

Tabell 122. Grad av sosial støtte fra ledere. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

COMPUTE sossupsu = mean(a67.1,a68.1,a68.2) (COMPUTE)

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	3,3	,94
Sykepleier/Jordmor	3,2	,97
Hjelpepleier/Barnepleier	3,3	,95
Fysioterapeut/Ergoterapeut	3,5	,84
Bioingeniør	3,0	,94
Radiograf/Stråleterapeut	2,9	1,01
Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	3,2	,98
Psykolog	3,2	,94
Administrasjon	3,3	1,08
Service/Teknisk drift	3,1	1,13
Annet	3,2	1,01
Total	3,2	,99

Skala: 1=Ikke i det hele tatt, 5=I stor grad

Når det gjelder sosial støtte fra nærmeste leder (Tabell 122) var gjennomsnittsverdien 3,2, som indikerer at ansatte er over middels fornøyd med støtten fra nærmeste leder. Det var forskjeller mellom de ulike yrkesgruppene. Fysio-/ergoterapeuter var mest fornøyd med den sosiale støtten fra nærmeste leder med gjennomsnittskåre 3,5. Minst fornøyd var radiografer/stråleterapeuter med gjennomsnittskåre på 2,9.

Når det gjelder den sosiale støtten fra kolleger hadde medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest gjennomsnitt på 3,4. Det betyr at de var over middels fornøyd med den sosiale støtten fra kolleger. Ser vi på de ulike yrkesgruppene, der gjennomsnittskåren er vist i Tabell 123, var sosionomer/vernepleiere/barnvernspedagoger og fysioterapeuter de gruppene som var mest fornøyd med den sosiale støtte med 3,6 i gjennomsnittskåre. Minst fornøyd var bioingeniører og ansatte i service/teknisk-drift. Det generelle mønsteret er at de ansatte er mer fornøyd med støtten fra kolleger enn med støtten fra nærmeste leder. Det gjelder for alle yrkesgruppene bortsett fra fysioterapeuter/ergoterapeuter og ansatte i administrasjon. For disse yrkesgruppene var det ikke signifikant forskjell mellom opplevd støtte fra ledelse og fra kolleger, når en t-test ble utført på variablene støtte fra ledere og støtte fra kolleger

Tabell 123. Grad av sosial støtte fra kolleger. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

COMPUTE sossupco = mean.2(a67.2,a68.3,a68.4)
(COMPUTE)

Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	3,4	,78
Sykepleier/Jordmor	3,5	,72
Hjelpepleier/Barnepleier	3,4	,78
Fysioterapeut/Ergoterapeut	3,6	,65
Bioingeniør	3,2	,72
Radiograf/Stråleterapeut	3,5	,63
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	3,6	,75
Psykolog	3,5	,68
Administrasjon	3,3	,86
Service/Teknisk drift	3,2	,88
Annet	3,3	,86
Total	3,4	,77

Skala: 1=Ikke i det hele tatt, 5=I stor grad

Et av spørsmålene som kartla psykiske forhold var hvorvidt de ansatte var tilfredse med den psykologiske støtten på arbeidsplassen. Skåren på dette spørsmålet for de fire foretakene er vist i Tabell 124.

Tabell 124. Psykologisk støtte på arbeidsplassen. Foretak. Prosent

% within -		A37.4RE		
		Svært utilfreds og utilfreds	Tilfreds og svært tilfreds	Total
-	Apotekene Vest	29,8%	70,2%	100,0%
	Helse Bergen	27,0%	73,0%	100,0%
	Helse Førde	22,7%	77,3%	100,0%
	Helse Stavanger	21,2%	78,8%	100,0%
	Total	24,4%	75,6%	100,0%

Av alle spurte svarte 76 prosent at de var tilfreds eller svært tilfreds med den psykologiske støtten. Det var 24 prosent som rapporterte å være utilfreds eller svært utilfreds. Det var færrest i Apotekene Vest som var tilfreds eller svært tilfreds med den psykologiske støtten med 70 prosent. Flest tilfredse eller svært tilfredse var det i Helse Stavanger med 79 prosent.

Tabell 125. Psykologisk støtte på arbeidsplassen. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		A37.4RE		
		Svært utilfreds og utilfreds	Tilfreds og svært tilfreds	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	25,6%	74,4%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	22,3%	77,7%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	18,2%	81,8%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	11,0%	89,0%	100,0%
	Bioingeniør	30,4%	69,6%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	29,5%	70,5%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	25,0%	75,0%	100,0%
	Psykolog	24,7%	75,3%	100,0%
	Administrasjon	30,3%	69,7%	100,0%
	Service/Teknisk drift	35,2%	64,8%	100,0%
	Annet	26,6%	73,4%	100,0%
Total		24,5%	75,5%	100,0%

Resultatene for de ulike yrkesgruppene er vist i Tabell 125. De yrkesgruppene der flest var tilfreds og svært tilfreds med psykologisk støtte på arbeidsplassen var fysio-/ergoterapeuter med 89 prosent og hjelpepleiere med 82 prosent. Ansatte i service/teknisk-drift var minst tilfredse der 35 prosent svarte at de var utilfreds eller svært utilfreds.

4.7.6 Organisasjonsklima

Organisasjonsklima er en indeks som sier noe om i hvilken grad det eksisterer tillit, varme og samarbeid i organisasjonen. Indeksen inkluderer spørsmål om hvorvidt folk i organisasjonen stoler på hverandre, er kjølige og nedlatende overfor hverandre, hvorvidt det er varme i relasjonene, om folk syter over ting uten å gjøre noe, og hvorvidt ansatte med ulik yrkesbakgrunn samarbeider med hverandre. Skalaen går fra 1="svært uenig" til 6="svært enig". På denne indeksen indikerer lav skåre et positivt organisatorisk klima.

Tabell 126. Indeks for organisasjonsklima. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt og standardavvik

Report

ORG_CLIM		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,9	,9
Sykepleier/Jordmor	2,9	,9
Hjelpepleier/Barnepleier	2,7	,9
Fysioterapeut/Ergoterapeut	2,7	,9
Bioingeniør	3,0	,9
Radiograf/Stråleterapeut	2,9	,8
Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	2,7	,9
Psykolog	2,8	,9
Administrasjon	3,0	1,0
Service/Teknisk drift	3,3	1,0
Annet	2,9	1,0
Total	2,9	,9

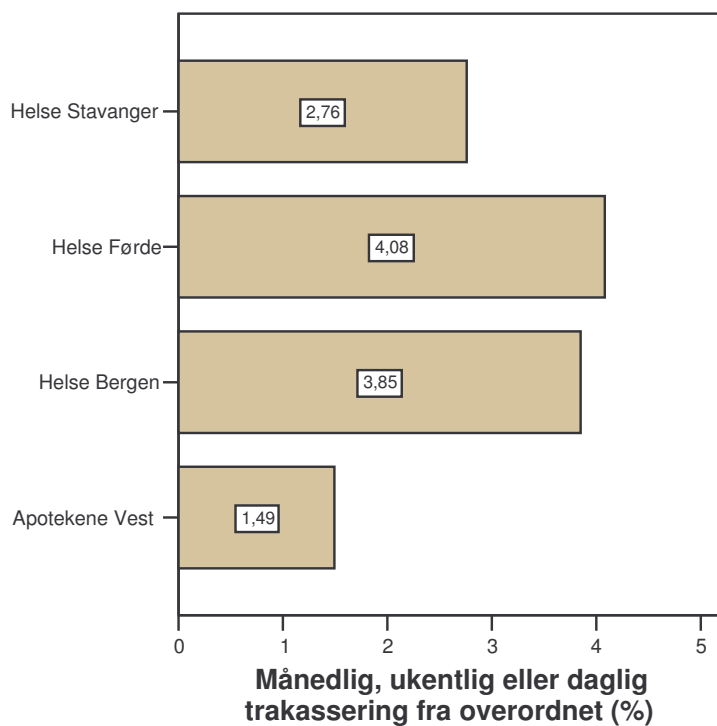
Skala: 1=Svært uenig, 5=Svært enig

Totalt var gjennomsnittskåren for alle som har svart 2,9, som indikerer at klimaet oppfattes som mer positivt enn negativt (Tabell 126). Gjennomsnittsskåren varierte mellom 2,7 hjelpepleiere, fysio-/ergoterapeuter og sosionom/vernepleier/barnevernspedagog og 3,3 for service/teknisk drift. Dette indikerer at ansatte i service/teknisk drift opplever et noe kaldere organisasjonsklima enn de andre yrkesgruppene.

4.7.7 Andre sider ved arbeidsmiljøet

Trakassering

Noen av spørsmålene i skjemaet dreier seg om trakassering, enten fra overordnet eller fra kolleger. Når det gjelder trakassering fra overordnet er forekomsten i foretakene vist i Figur 9 og forekomsten for yrkesgruppene vist i Tabell 127.



Figur 9 Trakassering fra overordnet. Foretak. Prosent

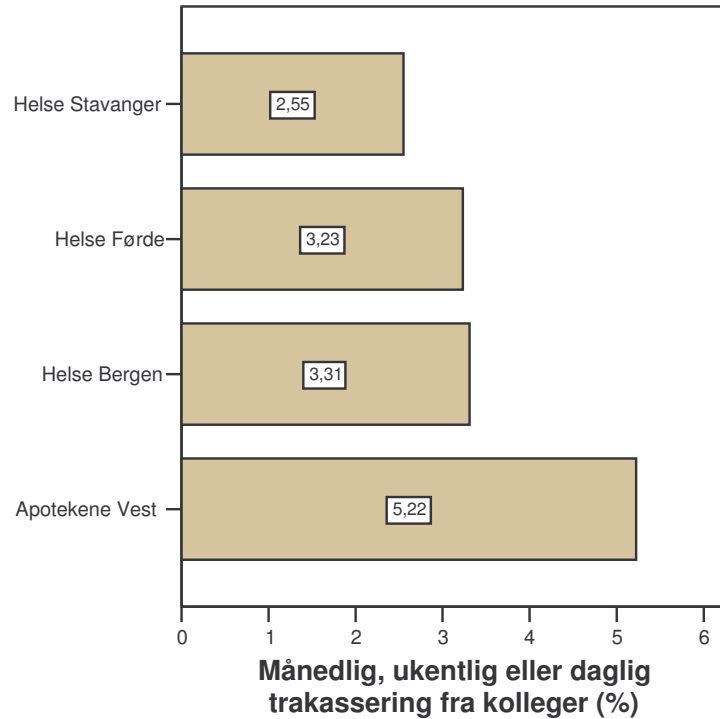
Det varierte mellom to prosent av medarbeiderne i Apotekene Vest og fire prosent av medarbeiderne i Helse Førde som følte seg trakassert av overordnet månedlig eller oftere.

Totalt i foretaksgruppen svarte fire prosent at de opplevde trakassering fra overordnet månedlig eller oftere. Hele sju prosent av ansatte i service/teknisk drift opplevde trakassering fra overordnet "månedlig eller oftere". Tilsvarende oppga fem prosent av legene trakassering fra overordnet "månedlig eller oftere". Den yrkesgruppen der færrest rapporterte trakassering fra overordnet var fysioterapeuter med én prosent. Det var fem prosent av mennene som rapporterte trakassering fra overordnet "månedlig eller oftere", mens tilsvarende tall for kvinnene var tre prosent.

Tabell 127. Trakassering fra overordnet. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A78.1RE			Total
		aldri	Svært sjelden	Månedlig eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	74,3%	20,8%	5,0%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	77,1%	19,8%	3,1%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	80,9%	17,0%	2,1%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	84,2%	14,6%	1,3%	100,0%
	Bioingeniør	71,8%	24,1%	4,1%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	71,9%	23,4%	4,7%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	77,5%	17,3%	5,2%	100,0%
	Psykolog	80,4%	16,5%	3,1%	100,0%
	Administrasjon	83,5%	14,2%	2,4%	100,0%
	Service/Teknisk drift	69,5%	23,2%	7,4%	100,0%
	Annet	78,7%	17,7%	3,5%	100,0%
Total		77,5%	19,0%	3,5%	100,0%

Forekomst av trakassering fra kolleger i de fire foretakene er vist i Figur 10. I Apotekene Vest var det fem prosent som rapporterte trakassering fra kolleger ”månedlig eller oftere”. I Helse Stavanger var et tre prosent som rapporterte trakassering fra kolleger ”månedlig eller oftere”.



Figur 10. Trakassering fra kolleger. Foretak. Prosent.

Forekomsten av trakassering fra kolleger for yrkesgruppene er vist i Tabell 128. Totalt oppga tre prosent av de ansatte i foretakgruppen trakassering fra kolleger "månedlig eller oftere". Også her var det høyest andel blant ansatte i service/teknisk-drift, med ni prosent. Av legene oppga tre prosent trakassering av kolleger "månedlig eller oftere". Lavest var psykologene der én prosent oppga trakassering "månedlig eller oftere". Det var fire prosent av mennene som oppga trakassering fra kolleger "månedlig eller oftere", mens tilsvarende tall for kvinnene er tre prosent. Tilsvarende tall fra en studie i politiet viste at fem prosent var utsatt for plaging/mobbing av og til. Resultatene viste at 4 prosent av mennene opplevde dette av og til og hele åtte prosent av kvinnene opplevde dette av og til.

Tabell 128. Trakassering fra kolleger. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		A78.2RE			Total
		Aldri	Svært sjelden	Månedlig eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	72,3%	25,2%	2,5%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	70,9%	26,8%	2,3%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	71,8%	25,1%	3,0%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	84,9%	13,8%	1,3%	100,0%
	Bioingeniør	70,5%	27,8%	1,7%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	76,6%	21,9%	1,6%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	72,3%	24,6%	3,1%	100,0%
	Psykolog	80,2%	18,8%	1,0%	100,0%
	Administrasjon	75,1%	22,8%	2,1%	100,0%
	Service/Teknisk drift	61,9%	29,5%	8,6%	100,0%
	Annet	72,1%	23,4%	4,5%	100,0%
Total		71,8%	25,2%	3,0%	100,0%

Blant de ansatte i foretaksgruppen Helse Vest ble det også spurt om diskriminering på grunnlag av kjønn, rase, politisk eller religiøst livssyn. Totalt oppga to prosent av alle spurte denne type diskriminering "månedlig eller oftere". Det tilsvarte én prosent av kvinnene og tre prosent av mennene. Av de som oppga at de var født i et annet land oppga fem prosent diskriminering "månedlig eller oftere". Tilsvarende tall for de som var født i Norge var en prosent.

Vold fra pasienter

I helsevesenet kan vold fra pasienter og fra pasienters pårørende være en viktig kilde til stress. Spørreskjemaet hadde spørsmål om dette temaet.

Forekomst av vold fra pasienter er vist i Tabell 129. Vold fra pasienter "månedlig eller oftere" var rapportert av sju prosent av alle de spurte. Det var store variasjoner mellom yrkesgruppene. Blant sosionom/vernepleier/barnevernspedagog oppga 29 prosent vold fra pasienter "månedlig eller oftere", mens tallene for sykepleiere og hjelpepleiere var åtte til ni prosent. Kun tre prosent av legene oppga vold fra pasienter "månedlig eller oftere". Det var 12 prosent av mennene og fem prosent av kvinnene som rapporterte vold fra pasienter "månedlig eller oftere". Når det gjelder vold fra pasienters pårørende var det ingen som oppga dette "daglig". Resultat fra analyser på klinikknivå (se delrapporter) viser forøvrig at det er innen psykiatrien at voldsepisoder er mest utbredt.

Tabell 129. Vold fra pasienter. Etter yrkesgruppe. Prosent

		A78.3RE			Total
		Aldri	Svært sjelden	Månedlig eller oftere	
Hvilken type stilling har du?	Lege	63,0%	34,3%	2,8%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	43,3%	48,4%	8,4%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	41,1%	49,8%	9,1%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	69,4%	28,7%	1,9%	100,0%
	Bioingeniør	60,8%	37,8%	1,4%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	47,7%	48,4%	3,9%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	35,3%	35,3%	29,4%	100,0%
	Psykolog	58,8%	38,1%	3,1%	100,0%
	Administrasjon	92,8%	6,4%	,8%	100,0%
	Service/Teknisk drift	84,8%	13,0%	2,2%	100,0%
	Annet	76,5%	19,4%	4,1%	100,0%
Total		57,2%	36,4%	6,5%	100,0%

Involvering i arbeidet

Vi har ulike mestringsstrategier og måter å ta inn over oss hendelser i omgivelsene. Spørreskjemaet tar opp disse problemstillingene med spørsmål om en blir slått ut av tidspress på jobb, om en begynner å tenke på problemer på jobben i det en står opp om morgenen, om andre mener en ofrer for mye for jobben, om en tenker på arbeidet når en legger seg om kvelden og om en får søvnproblemer forårsaket av det en ikke får gjort. Spørsmålene ble skåret på en firedelt skala fra ”sterkt uenig” til ”sterkt enig”. Spørsmålene ble samlet til en indeks. Hensikten med spørsmålene er å undersøke om involvering i arbeidet skaper belastninger i fritiden. Gjennomsnittskåren er vist i Tabell 130

Tabell 130. Involvering i arbeidet. Etter yrkesgruppe. Gjennomsnitt, standardavvik og median

OVERC		
Hvilken type stilling har	Mean	Std. Deviation
Lege	2,2	,53
Sykepleier/Jordmor	2,1	,48
Hjelpepleier/Barnepleier	1,9	,43
Fysioterapeut/ Ergoterapeut	2,0	,46
Bioingeniør	2,0	,50
Radiograf/Stråleterapeut	2,0	,54
Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	1,9	,49
Psykolog	2,2	,46
Administrasjon	2,2	,51
Service/Teknisk drift	2,1	,53
Annet	2,0	,52
Total	2,1	,50

Skala : 1=sterkt uenig, 2=uenig, 3=enig, 4=sterkt enig.

Gjennomsnittsskåren totalt for alle var 2.1, som indikerer at medarbeidere i foretaksgruppen Helse Vest er uenige i påstandene, og som betyr at jobben i liten grad skaper belastninger i fritiden. Det var forskjell mellom yrkesgruppene Høyest gjennomsnitt hadde legene, psykologene og de administrativt ansatte. Lavest gjennomsnitt hadde hjelpepleiere og sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger. Dette indikerer at grupper med mye ansvar har større problemer med å legge fra seg jobben på jobb enn andre grupper. Ledere hadde et gjennomsnitt på 2,2 og tilsvarende hadde ikke-ledere et gjennomsnitt på 2,0. Det var ingen forskjell mellom yngre og eldre arbeidetakere

Bytte av vakter

Fleksibilitet i bytte vakter på kort varsel kan være et gode for de ansatte. Resultatene er vist i Tabell 131. Av de som går i vaktordning mente 49 prosent at det å bytte vakt er ganske lett, mens åtte prosent mente at det å bytte vakt ikke var mulig i det hele tatt.

Tabell 131. Muligheter for å bytte vakt/skift på kort varsel. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Har du muligheten til å bytte vakt/skift på kort varsel (1 til 3 dager i forveien)?			
		Nei	Å bytte vakt er ganske vanskelig	Å bytte vakt er ganske lett	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	9,8%	45,8%	44,4%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	6,4%	50,4%	43,2%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	5,8%	37,1%	57,1%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	4,2%	25,0%	70,8%	100,0%
	Bioingeniør	2,5%	45,6%	51,9%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	7,8%	37,3%	54,9%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	7,1%	33,3%	59,6%	100,0%
	Psykolog	100,0%			100,0%
	Administrasjon	19,0%	23,8%	57,1%	100,0%
	Service/Teknisk drift	11,2%	32,6%	56,2%	100,0%
	Annet	9,2%	31,3%	59,4%	100,0%
	Total	6,9%	44,4%	48,8%	100,0%

Flest var det blant fysio-/ergoterapeuter som opplevde at det å bytte vakt var lett med 71 prosent. Samtlige psykologer svarte at de ikke hadde mulighet til å bytte vakt på kort varsel.

Arbeid på samme post

På spørsmål om hvorvidt ansatte i HV alltid jobber på samme posten eller ikke svarte 73 prosent ”ja alltid”, og 12 prosent svarte ”nei, går ofte mellom poster”. Dette spørsmålet er trolig mest relevant for leger, sykepleiere og hjelpepleiere (Tabell 132). Drøyt en tredjedel av legene arbeider alltid på den samme posten mot nesten 80 prosent av syke- og hjelpepleierne.

Tabell 132. Arbeid på samme eller forskjellige poster. Etter yrkesgruppe. Prosent

Crosstab

% within Hvilken type stilling har du?

		Jobber du alltid på den samme posten?			Total
		Nei, jeg går ofte mellom poster	Nei, jeg går av og til mellom poster	Ja, jeg jobber alltid på den samme posten.	
Hvilken type stilling har du?	Lege	35,4%	27,6%	37,0%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	5,6%	16,7%	77,7%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	3,8%	16,8%	79,4%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	29,2%	26,0%	44,8%	100,0%
	Bioingeniør	13,2%	8,6%	78,2%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	10,2%	5,5%	84,3%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnvernspedagog	7,1%	11,4%	81,5%	100,0%
	Psykolog	9,6%	9,6%	80,9%	100,0%
	Administrasjon	12,5%	5,4%	82,2%	100,0%
	Service/Teknisk drift	22,5%	11,1%	66,4%	100,0%
	Annet	15,7%	14,4%	69,9%	100,0%
Total		11,8%	15,4%	72,8%	100,0%

Stressende situasjoner i arbeidet

I spørreskjemaet hadde vi med utdrag av måleinstrumentet som heter Nursing Stress Scale. Tabell 133 viser hvor ofte medarbeidere i de ulike foretakene blir stresset på grunn av utilstrekkelig informasjon fra annet helsepersonell.

Tabell 133. Opplevd stress på grunn av utilstrekkelig informasjon. Foretak. Prosent

% within -

		Utilstrekkelig informasjon			Total
		Aldri	Av og til	Ofte og svært ofte	
-	Apotekene Vest	29,4%	64,7%	5,9%	100,0%
	Helse Bergen	15,1%	71,5%	13,4%	100,0%
	Helse Førde	16,3%	72,9%	10,8%	100,0%
	Helse Stavanger	14,5%	73,5%	11,9%	100,0%
	Total	15,2%	72,4%	12,4%	100,0%

Totalt svarte 15 prosent at de aldri opplevde stress på grunn av utilstrekkelig informasjon, mens 72 prosent svarte "av og til", og 12 prosent svarte "ofte eller svært ofte". Fordelingen for yrkesgruppene er vist i Tabell 134.

Tabell 134. Stress på grunn av utilstrekkelig informasjon etter yrkesgrupper. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Utilstrekkelig informasjon			Total
		Aldri	Av og til	Ofte og svært ofte	
Hvilken type stilling har du?	Lege	7,9%	76,1%	16,0%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	7,8%	79,3%	12,9%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	17,4%	73,7%	8,9%	100,0%
	Fysioterapeut/ Ergoterapeut	16,3%	76,2%	7,5%	100,0%
	Bioingeniør	16,0%	65,1%	18,9%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	6,6%	66,9%	26,4%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	19,4%	77,6%	2,9%	100,0%
	Psykolog	17,6%	75,3%	7,1%	100,0%
	Administrasjon	61,5%	34,2%	4,3%	100,0%
	Service/Teknisk drift	49,6%	33,9%	16,5%	100,0%
	Annet	29,9%	59,0%	11,1%	100,0%
Total		15,2%	72,5%	12,3%	100,0%

Radiografer/stråleterapeuter opplevde i størst grad stress på grunn av utilstrekkelig informasjon fra annet helsepersonell angående en pasients medisinske tilstand. Sosionomer/vernepleiere/ barnevernspedagoger rapporterte dette i minst grad.

Ansatte ble spurt hvorvidt de opplevde seg selv stresset på grunn av for lite personell til å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud, etter egen subjektive vurdering. Resultatene er vist i Tabell 135. Totalt mente 21 prosent at de "ofte" eller "svært ofte" var stresset på grunn av for lite personell til å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud etter egen vurdering, mens 59 prosent oppga at de var stresset "av og til" på grunn av for lite personell til å gi et faglig forsvarlig tilbud etter egen vurdering. Det var flest som opplevde stress "ofte" eller "svært ofte" i Helse Bergen med 23 prosent, og færrest var det i Helse Førde med 16 prosent. Fordeling på yrkesgruppene er vist i Tabell 136.

Tabell 135. For lite personell for å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud etter egen vurdering. Foretak. Prosent

% within -		For lite personell til å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud, etter egen oppfatning.			
		Aldri	Av og til	Ofte eller svært ofte	Total
-	Apotekene Vest	17,6%	63,5%	18,9%	100,0%
	Helse Bergen	19,5%	57,6%	22,9%	100,0%
	Helse Førde	22,6%	61,3%	16,1%	100,0%
	Helse Stavanger	19,1%	59,8%	21,1%	100,0%
	Total	19,8%	59,1%	21,2%	100,0%

Det er store variasjoner mellom yrkesgruppene. Psykologer og sykepleiere opplevde stress i størst grad med henholdsvis 30 prosent og 25 prosent. Administrativt ansatte opplevde dette i minst grad med 13%.

Tabell 136. For lite personell til å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud etter egen vurdering. Etter yrkesgrupper. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		For lite personell til å kunne gi et faglig forsvarlig tilbud, etter egen oppfatning.			
		Aldri	Av og til	Ofte eller svært ofte	Total
Hvilken type stilling har du?	Lege	21,5%	58,3%	20,2%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	13,7%	61,1%	25,2%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	15,9%	65,5%	18,6%	100,0%
	Fysioterapeut/ Ergoterapeut	16,8%	65,7%	17,5%	100,0%
	Bioingeniør	22,2%	62,4%	15,3%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	28,6%	58,0%	13,4%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/ Barnevernspedagog	20,7%	63,8%	15,5%	100,0%
	Psykolog	16,3%	53,5%	30,2%	100,0%
	Administrasjon	43,4%	43,4%	13,2%	100,0%
	Service/Teknisk drift	40,5%	40,5%	18,9%	100,0%
	Annet	32,3%	50,7%	17,0%	100,0%
	Total	19,6%	59,2%	21,3%	100,0%

Stress på grunn av bruk og funksjon av spesialutstyr er vist for foretakene i Tabell 137.

Tabell 137. Stress på grunn av usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr. Foretak. Prosent

% within -		Usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr			Total
		Aldri	Av og til	Ofte eller svært ofte	
-	Apotekene Vest	30,0%	64,0%	6,0%	100,0%
	Helse Bergen	32,3%	62,7%	5,0%	100,0%
	Helse Førde	35,6%	59,4%	5,1%	100,0%
	Helse Stavanger	30,0%	65,0%	5,0%	100,0%
	Total	31,9%	63,0%	5,0%	100,0%

Det var totalt fem prosent som svarte at de ”ofte” eller ”svært ofte” var stresset på grunn av usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr. Det var bare små variasjoner mellom foretakene.

Tabell 138. Stress på grunn av usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr			Total
		Aldri	Av og til	Ofte eller svært ofte	
Hvilken type stilling har du?	Lege	28,8%	65,1%	6,1%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	17,8%	75,8%	6,5%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	32,1%	63,0%	4,9%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	39,0%	61,0%		100,0%
	Bioingeniør	41,3%	57,0%	1,7%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	35,9%	60,7%	3,4%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/Barnevernspedagog	71,1%	26,4%	2,5%	100,0%
	Psykolog	84,0%	16,0%		100,0%
	Administrasjon	80,0%	17,8%	2,2%	100,0%
	Service/Teknisk drift	56,4%	38,2%	5,5%	100,0%
	Annet	58,1%	39,5%	2,4%	100,0%
	Total	31,7%	63,3%	5,0%	100,0%

Sykepleierne og leger ble i størst grad stresset på grunn av bruk og funksjon av spesialutstyr, se Tabell 138, med henholdsvis 7 prosent og 6 prosent som oppgir stress ”ofte eller svært ofte”.

En analyse viser at det var noen sammenheng med hyppig opplevd stress relatert til bruk og funksjon av spesialutstyr og læringsmiljø. Vi fant at jo mer opplevd stress relatert til usikkerhet angående bruk og funksjon av spesialutstyr jo mindre tid til læring. Det var også en positiv sammenheng mellom hyppighet av stress på grunn av usikkerhet knyttet til bruk og funksjon av spesialutstyr, og kvantitative jobbkraav. De som rapporterte stress ofte rapporterte høyere kvantitative jobbkraav. Denne type usikkerhet kan derfor dreie seg om at en ikke har tid til å lære inn de ferdigheter som trengs for å mestre denne type utstyr.

Endringer i det psykososiale arbeidsmiljøet

Store omorganiseringsprosesser kan påvirke det psykososiale arbeidsmiljøet for den enkelte ansatte. Tabell 139 viser hvor mange medarbeidere i Helse Vest som har opplevd at det psykososiale arbeidsmiljøet har forandret seg det siste året. Det var like mange som opplevde en forbedring, som en forverring av arbeidsmiljøet med en andel på 17 prosent.

Tabell 139. Endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Foretak. Prosent

% within -		Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?			Total
		Verre	Det samme	Bedre	
-	Apotekene Vest	24,4%	52,6%	23,0%	100,0%
	Helse Bergen	18,2%	65,1%	16,7%	100,0%
	Helse Førde	13,9%	69,9%	16,2%	100,0%
	Helse Stavanger	17,3%	66,5%	16,2%	100,0%
	Total	17,4%	66,0%	16,6%	100,0%

Endring i arbeidsmiljø siste året for yrkesgruppene er vist i Tabell 140. De yrkesgruppene der flest oppga at det hadde skjedd en forandring var psykologer og sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger. Hos psykologene var det like mange som opplevde en forbedring som forverring (22 prosent). Blant sosionomer/vernepleiere/barnevernspedagoger var det 28 prosent som opplevde en forverring og 18 prosent som opplevde en forbedring.

Tabell 140. Endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Etter yrkesgruppe. Prosent

% within Hvilken type stilling har du?		Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?			Total
		Verre	Det samme	Bedre	
Hvilken type stilling har du?	Lege	16,8%	68,5%	14,7%	100,0%
	Sykepleier/Jordmor	17,0%	65,6%	17,4%	100,0%
	Hjelpepleier/Barnepleier	12,9%	71,9%	15,1%	100,0%
	Fysioterapeut/Ergoterapeut	18,1%	71,0%	11,0%	100,0%
	Bioingeniør	16,9%	66,9%	16,2%	100,0%
	Radiograf/Stråleterapeut	19,0%	65,1%	15,9%	100,0%
	Sosionom/Vernepleier/B arnevernspedagog	27,7%	54,5%	17,8%	100,0%
	Psykolog	22,1%	55,8%	22,1%	100,0%
	Administrasjon	20,9%	61,3%	17,8%	100,0%
	Service/Teknisk drift	20,0%	67,3%	12,7%	100,0%
	Annet	15,8%	67,2%	17,0%	100,0%
	Total	17,4%	66,1%	16,5%	100,0%

Vi undersøkte om de ansatte som opplevde en forverring av det psykososiale arbeidsmiljøet oppfattet en del endringer i jobbinnhold annerledes enn de som ikke hadde opplevd endring eller hadde fått det bedre. For de som hadde endret jobbinnhold var det 25 prosent som opplevde at det psykososiale arbeidsmiljøet ble verre og 21 prosent som opplevde at det ble bedre. Konkrete faktorer som kan ha hatt innvirkning på opplevd endring i det psykososiale arbeidsmiljøet uavhengig av endring i jobbinnhold vil bli fortløpende presentert.

Tendensen i tabellene er at ansatte som rapporterte en forverring i det psykososiale arbeidsmiljøet rapporterte en større reduksjon i læringsmuligheter, jobbtrygghet og påvirkningsmuligheter forårsaket av omorganiseringen til helseforetak enn de som enten opplevde ingen endring eller en forbedring i det psykososiale arbeidsmiljøet. De som hadde fått ett bedre psykososialt arbeidsmiljø siste året opplevde i større grad en økning i læringsmuligheter, jobbtrygghet og påvirkningsmuligheter. Det kan indikere at en gruppe av ansatte i større grad er flinkere til å utnytte potensialet som ligger i slike omorganiseringsprosesser både i å forbedre arbeidsbetingelser og arbeidsmiljø.

Tabell 141 viser endring i jobbtrygghet. Ansatte som opplever å ha fått et dårligere psykososialt arbeidsmiljø opplever også å ha fått en mye mindre jobbtrygghet det siste året, sammenlignet med de som opplevde forbedring eller ingen endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Det var 33 prosent av de ansatte som fikk et verre psykososialt arbeidsmiljø siste år som opplevde mindre jobbtrygghet. Tilsvarende tall for de som ikke hadde opplevd noen endring eller forbedring var henholdsvis 19 og 18 prosent.

Tabell 141. Jobbtrygghet og endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Prosent

% within Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?		Endring Jobbtrygghet			Total
		Avtatt mye el litt	Ingen endring	Økt litt el mye	
Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?	Verre	33,2%	63,9%	2,9%	100,0%
	Det samme	19,4%	76,8%	3,8%	100,0%
	Bedre	18,4%	73,1%	8,5%	100,0%
Total		21,7%	73,9%	4,4%	100,0%

Endring i læringsmuligheter er vist i Tabell 142. For de som fikk det verre var det 21 prosent som opplevde at læringsmulighetene hadde avtatt etter omorganiseringen. Åtte prosent av de som hadde samme arbeidsmiljø og seks prosent av de som fikk det bedre opplevde at læringsmulighetene hadde avtatt etter omorganiseringen. Det var også langt flere av de som fikk et bedre psykososialt arbeidsmiljø som opplevde at læringsmulighetene økte.

Tabell 142 Læringsmuligheter og endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Prosent

% within Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?		A117.2RE			Total
		Avtatt	Ingen endring	Økt	
Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?	Verre	20,9%	71,0%	8,1%	100,0%
	Det samme	8,3%	81,7%	10,0%	100,0%
	Bedre	6,3%	75,9%	17,8%	100,0%
Total		10,2%	78,8%	10,9%	100,0%

Endring i påvirkningsmuligheter er vist i Tabell 143. Når det gjelder påvirkningsmuligheter rapporterte 33 prosent av den gruppen som hadde forverring i sitt psykososiale arbeidsmiljø siste år, at påvirkningsmulighetene hadde forverret seg etter omorganiseringen. For de andre gruppene var tilsvarende tall 14 prosent for den gruppen som opplevde samme arbeidsmiljø, og 11 prosent for den gruppen som mente at det psykososiale arbeidsmiljøet hadde blitt bedre.

Tabell 143. Påvirkningsmuligheter og endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Prosent

% within Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?		A117.3RE			Total
		avtatt	ingen endring	økt	
Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?	Verre	32,7%	59,0%	8,3%	100,0%
	Det samme	13,8%	77,8%	8,4%	100,0%
	Bedre	10,6%	71,1%	18,2%	100,0%
Total		16,7%	73,3%	10,0%	100,0%

Blant de som hadde fått et bedre psykososialt arbeidsmiljø siste år var det 18 prosent som opplevde at påvirkningsmulighetene hadde økt.

Tabell 144. Kontakt med overordnet og endring i det psykososiale arbeidsmiljøet. Prosent

% within		A117.6RE			Total
Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?		avtatt	ingen endring	økt	
Har det psykososiale arbeidsmiljøet endret seg det siste året?	Verre	30,1%	61,9%	8,0%	100,0%
	Det samme	9,1%	80,8%	10,1%	100,0%
	Bedre	6,3%	69,7%	24,0%	100,0%
Total		12,4%	75,6%	12,0%	100,0%

Kontakt/dialog med nærmeste overordnet hadde avtatt for 30 prosent av de som hadde fått det verre (Tabell 144). Tilsvarende tall for de gruppene der arbeidsmiljøet var det samme eller var blitt bedre siste året var ni prosent og seks prosent. For de som opplevde en forbedring i psykososialt arbeidsmiljø var det hele 24 prosent som opplevde at kontakt/dialog med nærmeste overordnet hadde økt. For de andre gruppene var tilsvarende andel 10 prosent for de med samme psykososiale arbeidsmiljø og åtte prosent for de som hadde fått det verre.

Tabell 145. Deltagelse i tiltak for forbedring av arbeidsmiljø og helse. Foretak. Prosent

% within -		Har du deltatt i tiltak for å bedre arbeidsmiljø og helse det siste året?		
		Nei	Ja	Total
-	Apotekene Vest	56,3%	43,7%	100,0%
	Helse Bergen	61,6%	38,4%	100,0%
	Helse Førde	60,8%	39,2%	100,0%
	Helse Stavanger	55,0%	45,0%	100,0%
Total		59,0%	41,0%	100,0%

Hvor mange som har deltatt i tiltak for å bedre arbeidsmiljø og helse det siste året er vist i Tabell 145. Det var 41 prosent som svarte ja på dette spørsmålet og det var noe variasjon mellom foretakene. Det var flest som svarte ja i Helse Stavanger med 45 prosent og færrest i Helse Bergen med 38 prosent.

4.8 Medarbeidere i foretakene sine egne prioriteringer

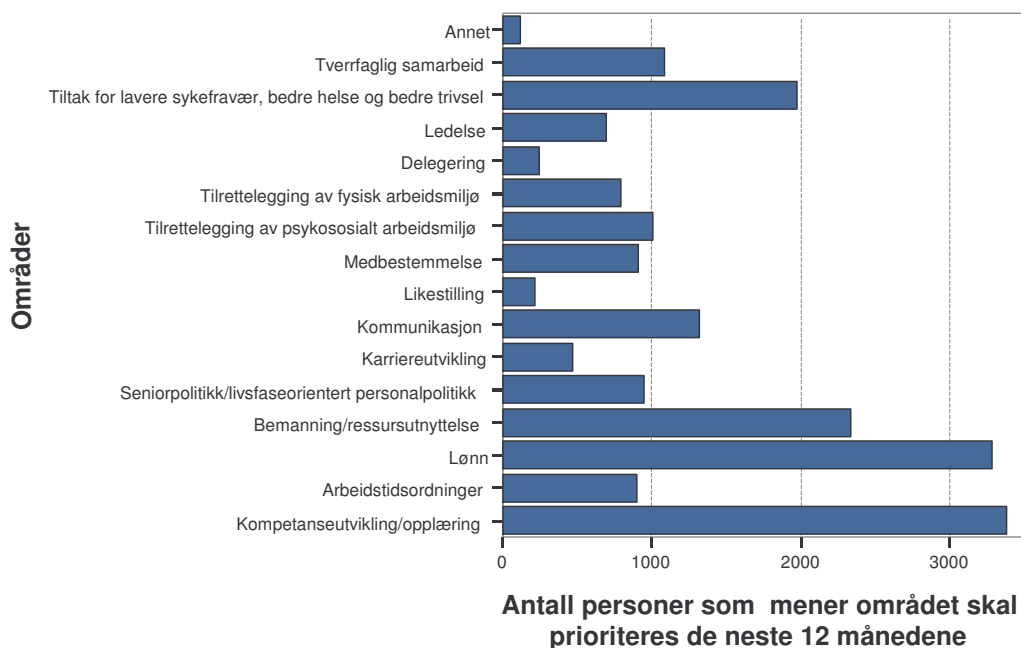
Det siste spørsmålet i spørreskjemaet er hvilke områder innen HMS og personalpolitikk foretaksgruppen burde prioritere de neste 12 månedene. Tiltakene i prioritert rekkefølge er vist i Tabell 146. Det er bare de områdene som fikk mer enn 10 prosent oppslutning som er tatt med i tabellen.

Tabell 146. Medarbeideres prioriterte satsingsområder inne personalpolitikk. Prosent

Prioritert område	Frekvens (prosent)
Kompetanseutvikling/opplæring	58
Lønn	57
Bemanning/ressursutnyttelse	41
Tiltak for lavere sykefravær, bedre helse og bedre trivsel	34
Kommunikasjon	23
Tverrfaglig samarbeid	19
Tilrettelegging av psykososialt arbeidsmiljø	17
Seniorpolitikk	16
Arbeidstidsordninger	16
Medbestemmelse	15
Tilrettelegging av fysisk arbeidsmiljø	14
Ledelse	12

Ansatte prioriterte kompetanseutvikling/opplæring høyest med 58 prosent. Nesten like mange, 57 prosent mente at lønn skulle prioriteres. Bemanning/ressursutnyttelse kom som tredje prioriterte satsingsområdet. Tiltak for lavere sykefravær, bedre helse og bedre trivsel ble prioritert av 34 prosent og kommunikasjon ble prioritert av 23 prosent.. Det var små forskjeller mellom kjønnene men det var noe mer forskjell mellom yngre og eldre. Lønn var høyere prioritert blant de unge enn blant de eldre. Av de under 30 år mente 66 prosent at lønn burde være et satsingsområde. Av de over 50 år var det 49 prosent som mente at lønn burde være et satsingsområde. Tilsvarende var det tre prosent av de under 30 år som mente at seniorpolitikk burde være et satsingsområde. Det var 35 prosent av de over 50 år som mente at seniorpolitikk burde være et satsingsområde.

Prioriteringen er også vist i Figur 11 men her er det antall medarbeidere som er vist.



Figur 11. Medarbeideres prioriterte satsingsområder innen personalpolitikk. Prosent

4.9 Risikofaktorer for ansatte i helseforetakene

For å undersøke sammenhengen mellom ulike variabler bruker en ofte en statistisk analyse som kalles en regresjonsanalyse. Hensikten med en slik analyse er å undersøke hvorvidt og i hvilken grad et sett med variabler kan sees på som en årsak til en annen variabel. Ulike variabler kan ha ulike konsekvenser (lavere eller høyere risiko) i forhold til for eksempel jobbtilfredshet. Det er for eksempel trolig at trakassering gir lavere tilfredshet mens sosial støtte kan gi høyere tilfredshet. En annen mulighet er at det ikke eksisterer noen sammenheng.

I denne delen av rapporten vil regresjonsanalyser bli benyttet for å beskrive styrken og retningen av sammenhengen mellom ulike variabler. I regresjonsanalysene har vi valgt ut de variablene det er viktigst å undersøke (for eksempel jobbtilfredshet), og i tillegg har vi valgt ut de variablene som kan tenkes som årsak til de ulike problemene. Korrelasjonsmatrisen som er lagt til grunn for regresjonene er vedlagt i Vedlegg 1. For hver faktor har vi benyttet de variablene med en korrelasjonskoeffisient (pearsons r) større enn 0,20 og som er signifikant på en prosent nivå. Faktorene er listet opp etter betydning, det vil si at den faktoren som forklarte mest står øverst. Dersom det står n.s. etter faktoren, betyr det at den i regresjonen ikke var signifikant.

Jobbtilfredshet (fra regresjonsanalysen):

Tilfredsheten øker ved:

- **Større grad av personlig utvikling (B=0,23)**
- **Lavere kvantitative krav (B=-0,13)**
- **Bedre støtte fra nærmeste leder (B=0,11)**
- Høy arbeidsevne
- Større endringsvilje
- Lav grad av utbrenthet
- Mindre trakassering fra overordnet
- Mindre stress i forhold til utilstrekkelig informasjon, tvil om foreskrivelse av behandling, lege ikke til stede, usikkerhet om utstyr.
- Mer medvirkning i forhold til overordnede mål
- Bedre lederskap
- God bemanning (n.s)
- Høyere innflytelse over utførelse av arbeidsoppgaver (n.s)

Når disse faktorene ble benyttet i en regresjonsanalyse forklarte de 31 prosent av variasjonen jobbtilfredshet. Dette er en god forklaringsprosent. Den faktoren som best forklarte jobbtilfredshet var muligheter for personlig utvikling. Jo større grad av personlig utvikling en opplever jo større jobbtilfredshet. Deretter kom kvantitative krav til arbeidet, jo høyere krav jo lavere trivsel. Den tredje viktigste faktoren som kom ut var sosial støtte fra overordnet - jo bedre støtte jo høyere er trivselen.

Arbeidsevne:

Bedre arbeidsevne ved:

- Jobbtilfredshet (B=0,25)
- Mindre trakassering fra kolleger (B=.0,14)

Til sammen forklarte disse faktorene 9 prosent av variansen. Dette er en lav forklart varians. Den faktoren som best forklarte arbeidsevne var jobbtilfredshet, der bedre jobbtilfredshet ga bedre arbeidsevne. Deretter kom trakassering fra kolleger som hadde negativ effekt det vil si jo mer trakassering jo dårligere arbeidsevne. Resultatene slik de er vist i kapittel 3.2.7.3. viste at det var noe variasjon mellom yrkesgruppene. Karaktertrekk ved disse yrkesgruppene kan derfor i større grad være avgjørende for arbeidsevne enn det som kommer fram i denne analysen.

Utbrenthet:

Utbrenthet kan forklares ved:

- **Mindre jobbtilfredshet (B=-0,19)**
- **Trakassering fra kollega (B=0,12)**
- Høye kvantitative krav

- Bemanningen er for lav
- Trakassering fra overordnet
- Pasienten behandles ikke fordi arbeidets organisering er for dårlig
- Mindre medvirkning

Når et gjelder utbrenthet så forklarte disse faktorene i regresjonsanalysen til sammen 16 prosent av variansen. Den faktoren som best forklarte utbrenthet var jobbtilfredshet. Det betyr at jo bedre jobbtilfredshet jo mindre utbrent føler man seg. Trakassering fra kolleger hadde negativ effekt, det vil si jo mer trakassering fra kolleger jo mer utbrent føler man seg.

Endringsvilje:

Mer endringsvillig

- Økt medvirkning (B=0,23)
- Bedre lederskap (B=22)
- Økt trivsel (B=0,12)
- Færre antall år i yrket
- Bedre støtte fra nærmeste leder (n.s)

Når disse faktorene ble benyttet i en regresjonsanalyse så forklarte disse til sammen 20 prosent av variansen. De faktorene som hadde størst positiv betydning i forhold til endringsvilje i organisasjonen var medvirkning i forhold til overordnede prosesser, godt lederskap og jobbtilfredshet.

5 Oppsummering av resultater og forslag til tiltak

5.1 Innledning

Det er mange positive trekk ved situasjonen i foretaksgruppen Helse Vest. Helseregionen kommer godt ut både når det gjelder trivsel, læringsmuligheter og arbeidshelse sammenlignet med andre land i Europa.

De svakeste punktene i foretaksgruppen Helse Vest synes å være knyttet til ledelse, livsfaseorientert personalpolitikk og likestillingspolitikk. Resultatene synes dessuten å vise at det er manglende rutiner i forhold til debriefingsamtaler og medarbeidersamtaler.

For de enkelte foretakene varierte svarprosenten fra 33 prosent i Helse Bergen til 78 prosent i Apotekene Vest. Undersøkelsen hadde totalt en svarprosent på 38 prosent, som er lavt. Ved å sammenlikne administrative tall fra foretaksgruppen Helse Vest med tall fra spørreskjemaundersøkelsen kan vi vurdere hvorvidt dataene er representative for de som har svart på undersøkelsen. Administrative tall fra foretaksgruppen viser 8 prosent leger, 31 prosent sykepleiere, 12 prosent hjelpepleiere og 48 prosent i gruppen ”annet”. Av de som hadde svart på undersøkelsen var det 7 prosent leger, 37 prosent sykepleiere, 10 prosent hjelpepleiere og 46 prosent annet. Det betyr at det er god overensstemmelse mellom den faktiske fordeling mellom yrkesgrupper slik den er i foretaksgruppen og slik den forekom i undersøkelsen. Når det gjelder fordelingen mellom heltidsansatte og deltidsansatte, var 34 prosent av de som svarte ansatte i deltidsstillinger. I foretaksgruppen er 42 prosent ansatt i deltidsstillinger. Selv om deltidsansatte er noe underrepresentert i undersøkelsen mener vi det materialet gir et godt grunnlag for å trekke konklusjoner. For det største foretaket (Helse Bergen) har vi også kontrollert alders sammensetningen. For hele utvalget i dette foretaket var gjennomsnittsalderen signifikant lavere enn det den var for populasjonen. Forskjellen var liten (42 år mot 44år). Eldre arbeidstakere er altså noe underrepresentert i undersøkelsen.

Det var i alt 5892 medarbeidere som svarte på undersøkelsen, som er et stort antall besvarelser. For formålet i denne undersøkelsen, der resultatene skal benyttes for videre utforming av personalpolitikk, mener vi tallene for hele regionen er robuste og gir en god pekepinn på situasjonen.

5.2 Arbeidstid og arbeidstidsordninger

I helseregionen er mange tilsatt i deltidsstillinger. Det gjelder i hovedsak sykepleiere og hjelpepleiere. Familieforhold oppgis som hovedårsak til dette. Valg av deltid kan indikere at det benyttes som en individuell strategi i flere sammenhenger. Noen benytter deltid for å balansere krav og forventinger fra arbeid og familie/fritid. Andre kan benytte deltid som en strategi for å tilpasse arbeidssituasjonen til egen helse og som en forebyggingsstrategi.

Mange av de ansatte som i dag går i deltidstillinger ønsker å gå i større stillingsandel enn det de faktisk har per i dag. I følge de personlige intervjuene er det også en del som går i deltidstillinger, men som tar ekstravakter i tillegg. Dette betyr at helseforetakene har muligheter for å utvide stillingsandelen etter behov for arbeidskraft og kompetanse.

Mange som går i deltid har også jobb utenom foretaket, noe som kan være en kompensasjon for problemer med å få en heltidsstilling. Dette kan være et bidrag til gjensidig overføring av kompetanse mellom foretakene og andre institusjoner. Sett fra helseforetakets ståsted, kan det også sees på som manglende utnyttelse av den kompetanse som er opparbeidet. Samtidig viste resultatene at hele 63 prosent av de som gikk i deltid og som samtidig hadde jobb utenfor foretaket ikke ønsket større stillingsandel. Dette kan indikere at denne gruppen av ansatte gjerne vil opprettholde den stillingen de har utenom foretaket.

Dersom en har som mål å få ned andelen deltidstillinger i organisasjonen, kan en vurdere to områder. Arbeidstid og arbeidstidsordninger bør sees i sammenheng med livsfaseorientert personalpolitikk i forhold til ansatte med barn, og i forhold til tilrettelegging for eldre arbeidstakere. En godt utformet livsfaseorientert personalpolitikk kan gi større valgmuligheter i forhold til arbeidstid.

5.3 Kompetanse og personalutvikling

Mulighetene for kompetanseutvikling og læring generelt er gode i organisasjonen sammenlignet med andre norske offentlige institusjoner og med helsepersonell i andre europeiske land. Det er i denne sammenheng viktig å trekke fram resultatene fra NEXT-studien, der norsk pleiepersonell kommer godt ut. Muligheter for personlig utvikling var også den faktoren som best forklarte jobbtilfredshet. Det er verdt å merke seg to forhold fra undersøkelsen. De yrkesgruppene som rapporterte høy grad av personlig utvikling og gode læringsmuligheter var samtidig de yrkesgruppene som rapporterte for liten tid til læring. Samtidig hadde de høye kvantitative krav, det vil si stort tidspress. Dette gjaldt i hovedsak leger og fysioterapeuter. Det bør derfor påpekes at en del av en læringsprosess er at ferdighetene skal utvikles, ikke bare læres, slik at det settes av tid til ferdighetsutvikling.

Noen yrkesgrupper kom dårligere ut på muligheter for kompetanse- og personlig utvikling og hadde færre dager med faglig utvikling. Dette var bioingeniører, administrasjon og service/teknisk drift. Dessuten viste resultatene at det var store forskjeller internt i yrkesgruppene. Rapportene fra det enkelte foretak viste forskjeller mellom klinikkene. Dette kan tyde på at det ikke foreligger systematiske planer for kompetanseutvikling i organisasjonen.

Den kunnskapen som ligger hos de yrkesgrupper og klinikker som ser ut til å være gode på dette området, kan overføres videre i organisasjonen. Noen av arbeidsoppgavene til bioingeniørene og ansatte i service/teknisk drift kan være rutinepregede, slik at muligheter for jobbrotasjon og vurdering av læringsmuligheter blir viktig når arbeidsfordelingen skal gjøres. Endring i organiseringen av arbeidet for disse gruppene og bedring av muligheter for å forbedre kompetanse og læringsmuligheter kan være et nyttige tiltak.

5.4 Livsfaseorientert personalpolitikk

Familieforhold var hovedårsak til bruk av deltid. Bruk av deltid kan benyttes som en mestringsstrategi for tilpasning mellom krav fra arbeid og familie. Resultatene viste at det å bo sammen med barn og det å gå i turnus økte konflikten mellom arbeid og fritid sammenlignet med de som ikke bodde sammen med barn og de som hadde vanlig arbeidstid.

Dårlig helse og det å ha en tung jobb var viktigste årsaker til tidlig pensjonering. Dersom arbeidet ble tilrettelagt med ulike former for tiltak i jobben som for eksempel tilpasset arbeidstid og ekstra fridager, ønsket medarbeiderne å jobbe så lenge som mulig før de gikk av med pensjon. Det kom frem i intervjuene at flere ønsket tilrettelegging av stillinger og arbeidsoppgaver i forhold til helse og arbeid.

Flere undersøkelser har vist at de eldre arbeidstakerne får færre dager med opplæring enn de yngre gjør. Denne undersøkelsen bekrefter dette. Ansatte under 45 år hadde 13.5 dager i faglig utvikling, mens de er over 45 år hadde 9 dager. Det var ingen forskjell mellom unge og eldre når det gjelder muligheter til å bruke egne evner. Årsak til at eldre har færre dager med faglig utvikling kan være knyttet til motivasjon hos arbeidstakerne selv. Det kan også være holdninger eller mangel på en systematisk seniorpolitikk hos arbeidsgiver som gir slike prioriteringer.

På individnivå vil medarbeidersamtalen være et nyttig virkemiddel for å tilpasse arbeidssituasjonen til hver enkelt medarbeider. En felles mal for medarbeidersamtaler kan sikre at de ansattes spesielle situasjon ivaretas med hensyn til tilrettelegging i forhold til krav og forventninger fra familie og barn, til aldring og i forhold til læring og kompetanseutvikling, også for seniorer.

5.5 Sirkulasjon av ansatte

Målt ved antall ansatte som vurderer å slutte i jobben og antall år i yrket, viser undersøkelsen at "turnover" i helseregionen er lav. Dette bidrar til å sikre helseregionen godt kvalifisert arbeidskraft. Sammenlignet med sykehus i andre europeiske land er helseforetakene i Helse Vest lite truet av at pleiepersonell skal forlate yrket eller foretaket. Dette ble også bekreftet i en studie av hjelpepleiere og sykepleiere utført av Institutt for samfunnsforskning (Abrahamsen, 2003). Sykehusene har til nå i liten grad vært truet av nedbemanning eller oppsigelser. Sikkerhet i jobben er en viktig arbeidsmiljøfaktor og en viktig faktor når arbeidssøkere skal vurdere framtidig arbeidssted.

Likevel viser resultatene at omorganiseringen til foretak og endringer i de interne forholdene innen hvert foretak har påvirket graden av jobbtrygghet som ansatte i foretakene føler. Det var totalt 13 prosent av de spurte som var bekymret for jobben. I Helse Førde mente en stor andel, 45 prosent, at jobbtryggheten hadde avtatt. Enkelte sykehus som for eksempel Florø og Lærdal opplever ekstra svekket jobbtrygghet, noe som må sees i sammenheng med endringsprosessene i disse foretakene.

Det er derfor viktig at sykehuset vurderer langsiktige strategier for hvilke kriterier som skal brukes ved kostnadsbesparelser og eventuell nedbemanning. Informasjon fra

ledelsen er et viktig bidrag i slike prosesser fordi det kan dempe utryggheten som mange føler.

5.6 Trusler mot pasientbehandlingen

Undersøkelsen tar opp spørsmål om de ansattes oppfatning av hvorfor pasientens problemer eventuelt ikke blir behandlet. De ansatte i helseregionen opplevde færre problemer i pasientbehandlingen knyttet til manglende kompetanse enn til manglende bemanning på avdelingene. I de fleste organisasjoner er det et nokså umettelig ønske om større bemanning. Bemanning kan løse noen problemer, men ikke alle. Økt bemanning kan for eksempel ikke løse usikkerhet over egen kompetanse, men det kan tildekke at en mangler kompetanse.

Det er verdt å peke på at bare 18 prosent oppgir at avviksmelding ble benyttet ”alltid når avvik oppstår”, mens 41 prosent som oppga ”som regel når avvik oppstår”. I de personlige intervjuene ble det sagt at kvalitetssikring prioriteres høyt og at det er en bevissthet omkring registrering av avvik. Likevel viser tallene fra spørreundersøkelsen av det er rom for forbedringer når det gjelder bruk av avviksmeldinger.

5.7 Ledelse, kommunikasjon og samhandling

5.7.1 Ledelse

Kartleggingen viser at *ledere* er lite fornøyd med den lederopplæringen som gis og den oppfølging som gis lederne i foretakene. Lederne opplevde på den annen side god støtte fra egne medarbeidere ute i avdelingene, både nærmeste medarbeidere og nærmeste overordnede leder. Medarbeiderne i helseregionen er generelt mer fornøyd med sine nærmeste ledere enn de er med ledelsen på foretaksnivå. Det var også noe forskjeller mellom foretakene på dette området, der det var flere fornøyd i Apotekene Vest enn i de andre foretakene. Flest misfornøyd ansatte fant en i Helse Førde. Dette kan tyde på at lederoppfølgingen i organisasjonen er noe usystematisk og at det er dårlig kobling mellom de strategiske ledelsesnivåene i foretaket og den operative ledelsen lengst nede og ute i organisasjonen. En slik manglende kobling kan også være en av mange årsaker til at de ansatte har større tilhørighet til yrket sitt enn til den organisasjonen de hører til.

5.7.2 Kommunikasjon og samhandling

Når det gjelder kommunikasjon og samhandling viser resultatene at forholdet mellom de ulike faggruppene er bra. De fleste yrkesgruppene opplevde forholdet til ledere og til administrasjonen som litt mer anstrengt enn forholdet til egen yrkesgruppe. Dette er i tråd med resultatene som tidligere er omtalt når det gjelder forhold til oppfatning av ledelse. I intervjuene i forkant av spørreskjemaundersøkelsen kom det fram at på enkelte avdelinger var det tatt beslutning om at hjelpepleierstillinger skulle gjøres om til sykepleierstillinger, noe som hadde fått profesjonsstrider til å blusse opp. En del mente også at profesjonsstrid kunne være personavhengig. I så fall vil det dreie seg om enkeltepisoder som er vanskelig å kartlegge i spørreskjema.

En indikasjon på problemer med kommunikasjon var at 25 prosent av respondentene rapporterte at de mottok utilstrekkelig informasjon relatert til arbeid ”en gang i uken eller oftere”. En andel på 12 prosent ble stresset ”ofte” eller ”svært ofte” på grunn av utilstrekkelig informasjon angående en pasients medisinske tilstand.

På dette grunnlag bør en vurdere å forbedre rutiner for erfaringsoverføring, videreutvikling av kompetanse og å finne fram til et felles språk som gjør at informasjon kan videreformidles på en sikker måte.

5.7.3 Endringsvilje

De ansattes endringsvilje knyttet til omorganiseringer er moderat. Endringsviljen er høyest i Apotekene Vest og lavest i Helse Førde. Av yrkesgruppene var psykologene minst endringsvillige. Det er utbredte forestillinger om at yngre er mer endringsvillige enn eldre arbeidstakere. I denne undersøkelsen var det ingen forskjell på unge og eldre arbeidstakere når det gjaldt de overordnede spørsmålene på endringsvilje. Derimot var eldre arbeidstakere mer negative til endringer i arbeidstidsordninger enn yngre arbeidstakere. Intervjuene viste ønske om å være mer involvert i omorganiseringsprosesser og ta mer beslutninger på avdelingsnivå. Det var mange som hadde lite engasjement og kjennskap til omorganiseringsprosesser.

Ansatte i lederstilling var mer endringsvillige enn andre ansatte. Dette kan skyldes at ledere sitter nærmere beslutningsprosessene, har fått mer informasjon og derfor kjenner bedre til begrunnelsene for at organisasjonsendringer gjennomføres. Sykepleiere og hjelpepleiere var mest positive til å prøve ut nye arbeidstidsordninger. Det er også disse gruppene som er sterkest berørt av skiftordninger. De som var mest negative til endringer i arbeidstidsordninger var derfor de ansatte som i dag har vanlig arbeidstid.

De viktigste årsaker til forskjeller i endringsvilje var grad av medvirkning fra de ansatte i beslutningsprosesser, kvaliteten på lederskap og grad av trivsel. I en organisasjon der omstillingsprosesser vil skje kontinuerlig er det derfor viktig at en arbeider bevisst med slike forhold.

5.7.4 Likestilling

Organisasjonen har nær 80 prosent kvinnelige ansatte. Det kom frem i de personlige intervjuene at likestilling var et ”ikke-tema” og de ansatte mente faglige kvalifikasjoner og skikkethet var viktigst i ansettelse. Spørreskjemaundersøkelsen viser at for eksempel 50 prosent av de ansatte ikke visste hvor de skulle henvende seg med spørsmål om likestilling.

I prosent var det flere menn enn kvinner som hadde lederstillinger (23 prosent vs. 14 prosent). Menn opplevde i langt større grad enn kvinner at kvinner og menn har like muligheter. Kvinner opplevde at de hadde mindre muligheter både i forhold til faglig utvikling og til å oppnå lederstillinger enn det menn hadde. Resultatene tyder på at menn ikke er like oppmerksomme på kjønnsdiskriminerende forhold i organisasjonen i forhold til faglig utvikling og det å oppnå lederstillinger.

En annen side av dette, slik det kom frem i de personlige intervjuene, er at kvinner trenger mer motivasjon og oppmuntring for å ta lederposisjoner eller for å delta på

kompetansegivende kurs. En bevisstgjøring på likestilling med spesielt fokus på å motivere kvinner kan være nyttige tiltak i organisasjonen.

5.8 Arbeidshelse og sykefravær

Generelt viste resultatene at arbeidshelsen til medarbeiderne i foretaksgruppen er god. Forekomst av utbrenthet og muskelskjelett plager er mindre utbredt enn i andre europeiske land. Det er imidlertid viktige forskjeller mellom ulike yrkesgrupper. Plager i muskelskjelett systemet er mest utbredt blant ansatte i service/teknisk-drift og blant hjelpepleiere. Det er disse yrkesgruppene som har de tyngste jobbene. Hjelpepleiere og ansatte i service/teknisk drift vurderte i størst grad å slutte i jobben før pensjonsalder på grunn av helse eller at jobben er fysisk tung.

Det er sammenheng mellom sykefravær og utbredelse av helseplager. Service/teknisk har høyest fravær, med over dobbelt så mange selvrapporterte fraværsdager på grunn av egen sykdom som bioingeniører med lavest fravær. Det er en aksepterende holdning til det å være vekke fra jobb når man er syk selv eller har syke barn. Den gruppen som rapporterte for mye unødvendig fravær var ansatte i service/teknisk-drift, som også var den gruppen av ansatte som hadde høyest selvrapportert fravær.

Undersøkelsen viser at medarbeiderne i foretakene har høyere arbeidsevne² enn pleiepersonale i andre europeiske land. Det er variasjoner mellom yrkesgruppene. Dette indikerer at trekk ved jobben og arbeidsoppgavene har betydning for arbeidsevnen. Mange ansatte blant hjelpepleiere og ansatte i service/teknisk drift har fysisk tunge eller monotone jobber. Arbeidsevnen var lavest blant ansatte i service/teknisk-drift og hjelpepleiere. Et annet funn er at deltidsansatte har dårligere arbeidsevne enn heltidsansatte. Det kan indikere at helsestatus har innvirkning på valg av heltid eller deltid og at man reduserer sin stillingsandel for å forebygge eventuelle helseplager på sikt eller dempe plager. Det er få andre faktorer som kan forklare variasjon i arbeidsevne og kan være forårsaket av individuelle forhold som ikke er kartlagt her.

Det kom frem i de personlige intervjuene at en stabil personalgruppe, faglig trygghet, støtte og takhøyde for diskusjoner var viktige bidrag til arbeidsmiljøet og derfor viktig for å forebygge sykefravær. Dette er generelle forhold som er viktige uansett yrkesgruppe og klinikk.

5.9 Arbeidsmiljø

Bioingeniører er den yrkesgruppen med størst risiko foreksponering av fysiske arbeidsmiljøfaktorer (kjemikalier, smitte, støy etc.) I tillegg kom denne yrkesgruppen

² Med arbeidsevne menes hvor godt en arbeidstaker fungerer i arbeidet og inkluderer forhold som fysiske og psykiske krav i jobben og fysisk og psykisk helse.

svært dårlig ut i forhold til læringsmuligheter, trivsel, innflytelse på arbeidsoppgaver og medvirkning i beslutningsprosesser.

Totalt svarte 4 prosent at de var trakassert av overordnet månedlig eller oftere og tre prosent følte seg trakassert av kolleger månedlig eller oftere. Blant leger og ansatte i service/teknisk-drift var det henholdsvis tre prosent og sju prosent som rapporterte trakassering månedlig eller oftere. Ved enkelte sykehus var det om lag 20 prosent av de ansatte som opplevde trakassering månedlig eller oftere. Dette er et høyt tall. Det kan indikere at det på enkelte sykehus og innen noen yrkesgrupper kan være alvorlige arbeidsmiljøproblemer.

En andel på fem prosent rapporterte stress ofte eller svært ofte på grunn av usikkerhet ved bruk og funksjon av spesialutstyr og 63 prosent oppga stress ”av og til”. Resultatene viser at de som opplevde stress i forhold til å beherske slikt utstyr også rapporterte dårligere læringsklima og høyere kvantitative jobbkrav.

Bruk av debriefingssamtaler etter problematiske hendelser er lite systematisert i organisasjonen. To forhold bør påpekes i denne sammenheng. En slik samtale vil være en måte å bearbeide stress på og kan gi muligheter for læring. Et tiltak som burde la seg gjennomføre er å gi klare retningslinjer for debriefingssamtaler. Det kom frem i de personlige intervjuene at slike retningslinjer var systematisert noen steder. Disse erfaringene burde være et godt grunnlag for å gjennomføring av debriefingssamtaler på alle aktuelle nivå og enheter.

Systematisk bruk av medarbeidersamtaler er lite gjennomført i foretaksgruppen. Bare 37 prosent svarte at de hadde hatt medarbeidersamtale siste året. Medarbeidersamtalen er et nyttig virkemiddel i forhold til blant annet livsløpsorientert personalpolitikk. Klare føringer på bruk av medarbeidersamtale og hva den skal inkludere vil gi et godt redskap i forhold til kartlegging av behov og tiltak.

Avslutningsvis viser resultatene at tilfredshet med jobben er relativt stor i organisasjonen, sammenlignet med pleiepersonell i andre europeiske land. Det er forskjeller mellom yrkesgruppene. Tilfredshet med jobben var høyest blant fysio-/ergoterapeuter og lavest blant bioingeniørene. Jobbtilfredshet har sammenheng med grad av personlig utvikling, grad av tidspress i jobben og støtte fra nærmeste leder. I de personlige intervjuene kom det frem at jobbtilfredshet også hadde sammenheng med faglig utvikling og utfordringer.

5.10 Sammenheng mellom funn og medarbeiderens egne prioriteringer

Medarbeiderne prioriterte kompetanseutvikling øverst, deretter lønn og bemanning/ressursutnyttelse. Ledelse var noe som kom svært langt ned på medarbeidernes prioriteringsliste.

Med utgangspunkt i resultatene fra undersøkelsen bør imidlertid et fokus på ledelse prioriteres i foretakene. Utvikling av en livsfaseorientert personalpolitikk bør også

prioriteres og må sees i sammenheng med arbeidstidsordninger og bruk av heltid og deltid. Det vil være sammenfallende med medarbeidernes prioritering av bemanning og ressursutnyttelse.

Resultatene viser at medarbeiderne i organisasjonen opplever at kompetansen i organisasjonen er god, og med store muligheter for utvikling og læring. Muligheter for kompetanseutvikling og læring er imidlertid noe skjevt fordelt, både mellom grupper og innad i grupper av ansatte. I tillegg til å følge opp ønsket om kompetanseutvikling vil et fokus på jevn fordeling av kompetanseutvikling og læringsmuligheter være et godt tiltak.

Referanseliste

Abrahamsen Bente (2003). Yrkesavgang blant pleiepersonell. ISF-rapport 2003:11. Institutt for samfunnsforskning.

Allen NJ, Meyer JP (1990). The measurements and antecedents of affective continuance and normative commitment to the organisation. *Journal of Occupational Psychology* 63:1-18.

Bartram DJ, Foster PA, Lindley AJ, Brown & Nixon S (1993). Learning climate questionnaire (LCQ): Background and technical information. Oxford: Employment Service and Newland Park Associates,

Burke RJ, Greenglass ER (2000). Hospital restructuring and downsizing in Canada: are less experienced nurses at risk. *Psychological Reports* 87: 1013-1021.

Burke RJ, Greenglass ER (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology and Health*. 0:83-94.

Dye DA. (1996). Organizational assessment survey. US Office of Personnel Management, Washington.

Jonge J de, Mulder MJGP, Nijhuis FJN (1999). The incorporation of different demand concepts in the Job Demand-Control Model: Effects on health care professionals. *Social Science and Medicine*. 48: 1149-1160.

Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfield SA, Smith GD (1998). An uncertain future: The health effects of threats to employment security in white-collar men and women. *American Journal of Public Health*. 88: 1030-1036.

Gray-Toft P, Anderson JG. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal of Behaviour Assessment* 3:11-23.

Hasselhorn.HM, Tackenberg P, Müller BH (2003a). Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Report No 2003:7 SALSA. Stockholm, Sweden.

Hasselhorn HM, Mueller BH, Tackenberg (2003b). Investigating premature departure from the nursing professions in Europe – The European NEXT study. In: Hasselhorn.H-M. Tackenberg.P., Müller,B.H., editors. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Report No 2003:7 SALSA. Stockholm, Sweden.

Heijden BIJM (1998). The measurement and development of professional expertise throughout the career. Dissertation, Enschede: University of Twente.

HUNT (2004) <http://www.hunt.ntnu.no/index.php?side=pop/nt/voksne/fylke>

Kalimo R, Taris TW, Schaufeli WB (2003). The effects of past and anticipated future downsizing on survivor well-being: An equity perspective. *Journal of Occupational Health Psychology*. 8: 91-109.

Kristensen TS (2000). A new tool for assessing psychosocial factors at work. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Copenhagen: National Institute of Health.

Kristiansen.TS., Borritz M (2001). Copenhagen burnout inventory: Normative data from a representative Danish population on personal burnout and results from the PUMA study on personal Burnout, work burnout and client burnout. Copenhagen: National Institute of Occupational Health.

Krogstad U, Veenstra M, Sjetne IS, Østhus R, Røttingen JA (2002). Sykehusorganisasjoner sett med personalets øyne. *Tidsskrift for Norsk Lægeforening* 122: 1890-1894.

Kuemmerling A, Hasselhorn HM, Tackenberg P, Next-Study Group (2003). Psychometric properties of the scales used in the NEXT-study. In: Hasselhorn.HM, Tackenberg P, Müller BH editors. Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Report No 2003:7 SALSA. Stockholm, Sweden.

Mikkelsen A (2002). Medarbeidersamtaler i det nye arbeidslivet. J.W Cappelens Forlag a.s. Oslo.

Mikkelsen A, (2003). Energibransjen I omstilling: Arbeidsorganisering, helse og produktivitet. Rapport RF 2003/033 (konfidensiell). RF-Rogalandsforskning.

Mikkelsen A, Saksvik PØ (2004). The relationship between systematic occupational health and safety work and sick leave. *The journal of occupational health and safety.*(vol20,2)

Netemayer RG, Boles JS, McMurrian R (1996). Development and validation of work-family conflict and family –work conflict scales. *Journal of Applied Psychology*, 81: 400-410.

NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering: Et inkluderende arbeidsliv. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Olsen E, Stevenson B (2002). Risikonivå norsk sokkel. Rapport RF 2002-319. RF-Rogalandsforskning.

Parker SK, Chmiel N, Wall TD 1997. Work characteristics and employee well-being within a context of strategic downsizing. *Journal of Occupational Health Psychology*. 2:289-303.

Pedersen C. (1999). Readiness for organisational change: Investigating how a learning climate may enhance the employees' degree of readiness for organisational change. Hovedfagsoppgave i psykologi, NTNU Trondheim.

SSB, 1998. http://www.ssb.no/emner/06/02/notat_9873/

SSB,2003.http://statbank.ssb.no/statistikbanken/ny_fr.asp

SAMDATA, 2002. http://www.samdata.sintef.no/SAMDATA_sykehus/2001/index.htm

SAMDATA 2003. <http://www.samdata.sintef.no/sykehus/index.htm>

Siegrist J, Starke D, Chandola T, Godin I, Marmot M, Niedhammer I, Peter (in press). The measurement of effort-reward imbalance at work. European Comparison. Special Issue *Social Science and medicine* (in press).

Theorell T, Perski A, Åkerstedt T, Sigala F, Ahlberg-Hulthen G, Svensson J. et al. (1988). Changes in job strain in relation to changes in psychological state. A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. 13: 189-96.

Torgen M, Stenlund C, Ahlberg G, Marklund S (2001). Et hållbart arbetsliv för alla åldrar. Rapport nr. Arbetslivsinstitutet. Stockholm.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A et. al. (1998). Work ability 2nd ed. Helsinki: Finnish Institute of occupational Health.

Vedlegg

Korrelasjonsmatriser

Se neste sider

